

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOSIAIS E HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O  
ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Bibiana Ramos dos Santos**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2011**

# **ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES**

**Bibiana Ramos dos Santos**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Psicologia**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Dorian Mônica Arpini**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2011**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências Sociais e Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

A comissão Examinadora abaixo assinada  
aprova a Dissertação de Mestrado

**ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O  
ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES**

elaborada por  
**Bibiana Ramos dos Santos**

Como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Psicologia**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

**Dorian Mônica Arpini, Dr<sup>a</sup>**  
(Presidente/Orientadora)

**Ana Cristina Garcia Dias, Dr<sup>a</sup>** (UFSM)

**Maria Angela Mattar Yunes, Dr<sup>a</sup>** (FURG)

Santa Maria, 19 de janeiro de 2011

*Aos meus avós, Turi e Irene,  
Aos meus pais, Luiz Humberto e Eliana  
Ao Michel*

## AGRADECIMENTOS

À Deus,

À Profª Mônica,  
pelo acolhimento com tanto carinho e pela orientação firme e amorosa,  
condições para o término desse trabalho.

Às equipes de Saúde da Família,  
por compartilharem sua experiência,

À Lisiane Lopes Machado e Nilves Junges,  
pela ajuda com as transcrições,  
sem vocês o trabalho teria sido muito mais difícil.

À Shana Hastenpflug Wottrich,  
pela amizade e tradução do abstract.

Aos meus amigos,  
por entenderem e me amarem.

À Lisaya,  
pelo trabalho de amor que me manteve nessa caminhada.

À minha família,  
pelo amor, carinho e paciência,  
pelo incentivo e pelas críticas, sempre construtivas.

Ao Michel,  
pelo amor e companheirismo;  
pelo apoio e incentivo para continuar, quando tudo estava difícil.

À Pink,  
por me amar e me lembrar que a vida deve ser divertida,  
vivida sempre com amor.

## **RESUMO**

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Universidade Federal de Santa Maria

### **ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E O ATENDIMENTO AOS ADOLESCENTES**

AUTORA: BIBIANA RAMOS DOS SANTOS

ORIENTADOR: DORIAN MÔNICA ARPINI

Local e Data da Defesa: Santa Maria, 19 de janeiro de 2011

O objetivo desta pesquisa foi conhecer as demandas identificadas por profissionais de saúde das equipes de Estratégia de Saúde da Família, com foco na adolescência. O estudo contempla em sua revisão teórica uma apresentação do Sistema Único de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, assim como o resgate das políticas públicas, direcionadas aos adolescentes, propostas pelo Ministério da Saúde (PROSAD). Encontra-se no estudo um capítulo específico sobre adolescência, no qual se procurou dar enfoque às mudanças vivenciadas nesta etapa do desenvolvimento, incluindo aspectos físicos, psíquicos e sociais, assim como a importância das relações familiares para os adolescentes. O estudo buscou compreender através da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, a relação do adolescente com seu contexto, estabelecendo as interferências entre esses microssistemas e seu efeito sobre a saúde do adolescente. Para atender ao objetivo proposto, o estudo foi de caráter qualitativo. Foram entrevistados, através da técnica de entrevistas semi-estruturadas, profissionais de cinco equipes da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Santa Maria/RS. Os resultados foram compreendidos através da proposta de casos múltiplos, e analisados através da análise de conteúdo. Os resultados evidenciados através das falas dos profissionais indicaram a fragilidade das ações direcionadas ao público adolescente, mas, também apontaram para importantes problemáticas presentes neste grupo. Entre elas destaca-se a gravidez na adolescência, a violência, as drogas e os problemas familiares. Os profissionais apontaram para a ausência de projetos direcionados ao público adolescente, o que aumentaria o risco para as problemáticas anteriormente descritas. Os profissionais de saúde não têm conhecimento da existência do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), aspecto que possibilita compreender as dificuldades referidas na atuação junto ao público adolescente. Foram apontados, ainda, pelos profissionais, aspectos referentes à instabilidade no trabalho com relação à manutenção das equipes, aspecto que interfere nos vínculos estabelecidos com a comunidade, bem como no investimento em novas ações e/ou projetos. As considerações finais destacam a importância de incrementar o trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família, fomentando a proposta de forma a fortalecer a implantação das idéias presentes no PROSAD, que inclui as principais questões destacadas pelos profissionais, presentes em suas comunidades. Sem a consolidação de ações específicas para os adolescentes percebe-se o aumento de riscos presentes neste grupo, razão pela qual a promoção de saúde e a prevenção se tornam cada vez mais urgentes e necessárias.

**Palavras-Chave:** Estratégia de Saúde da Família; Adolescência; Profissionais de saúde.

## **ABSTRACT**

Master's Thesis  
Psychology Postgraduate Program  
Federal University of Santa Maria, RS, Brazil

### **FAMILY HEALTH CARE STRATEGY AND ASSISTANCE TO ADOLESCENTS**

**AUTHOR: BIBIANA RAMOS DOS SANTOS**

**ADVISER: DORIAN MÔNICA ARPINI**

**Defense Place and Date: Santa Maria, January, 19th, 2011**

The aim of this research was to know the demands identified by health care team professionals of Family Health Care Strategy, focusing on adolescence. Such study contemplates on its theoretical review a presentation of the Health System and the Family Health Care Strategy, as well as the public policies for adolescents proposed by the Health Ministry (PROSAD). There is a specific chapter about adolescence, in which changes experienced in such period of development are approached, including physical, psychic and social aspects, as well as the importance of the family relationships as regards the adolescents. Such study aimed to understand, through the Bioecological Theory of Human Development, the relation between the adolescent and his context, establishing interferences among microsystems and their effects on the adolescent's health. In order to reach the aim of the study, a qualitative approach was used. Data collection consisted of semi-structured interviews carried out with professionals of five teams of Family Health Care Strategy in Santa Maria/RS. Results were understood through the analysis of multiple cases and analyzed through content analysis. The reports of the professionals indicate the fragility of actions directed to the adolescent public, but also point out important problems presented in such group. Among them, the results highlight pregnancy in adolescence, violence, drugs and family problems. The professionals point out the absence of projects directed to the adolescent public, what could increase the risk concerning the problems previously described. The health care professionals have no knowledge of the existence of Adolescent Health Care Program (PROSAD), and such aspect enables understanding the difficulties referred concerning assistance of the adolescent public. Moreover, aspects regarding working instability related to the maintenance of the health care teams were pointed out by the professionals. Such aspects interfere on the bonds established with the community, as well as on the investment concerning new actions and/or projects. The final considerations highlight the importance of making improvements in the working process of the teams of Family Health Care Strategy, emphasizing the proposal to strengthen the implementation of ideas present in PROSAD, which includes the main questions highlighted by the professionals as part of their communities. Without the consolidation of specific actions for the adolescents, risks seem to increase within such group. Thus, health care promotion and prevention become increasingly urgent and necessary.

**Keywords:** Family Health Care Strategy; Adolescence; Health care professionals.

## LISTA DE QUADROS

<b>QUADRO 1</b> – Unidades de Saúde da Família, por região, no município de Santa Maria, RS .....	20
<b>QUADRO 2</b> – Constituição das equipes das UBSs que participaram da pesquisa .....	68
<b>QUADRO 3</b> – Caracterização dos entrevistados, por equipe, profissão e tempo de trabalho .....	69



## LISTA DE REDUÇÕES

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APA	<i>American Psychological Association</i>
CAPS	Centros de Apoio Psicossociais
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
NESSA	Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da UERJ
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PROSAD	Programa de Atenção à Saúde do Adolescente
PSF	Programa de Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

RESUMO.....	5
ABSTRACT.....	6
LISTA DE QUADROS.....	7
LISTA DE REDUÇÕES.....	8
INTRODUÇÃO.....	11
1 CAMINHOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	13
1.1 MODIFICAÇÕES NOS MODELOS DE SAÚDE.....	13
1.2 O MODELO DE SAÚDE BRASILEIRO: A CONSTRUÇÃO DO SUS.....	14
1.3 O PACTO PELA SAÚDE: NOVO MODELO DE ATENDIMENTO.....	15
1.4 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
1.4.1 Estratégia de Saúde da Família em Santa Maria.....	19
1.5 PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	21
2 ADOLESCENTE.....	26
2.1 TRANSFORMAÇÕES FÍSICAS E PSICOLÓGICAS.....	29
2.2 ADOLESCÊNCIA E FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA TEORIA ECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO.....	31
2.2.1 Psicologia positiva.....	31
2.2.2 Resiliência.....	32
2.2.3 Fatores de risco e proteção.....	32
2.2.4 Perspectiva Ecológica do Desenvolvimento Humano.....	34
2.2.5 Relação entre o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento e a Estratégia de Saúde da Família.....	39
2.3 FAMÍLIA E ADOLESCÊNCIA.....	40
2.4 OS GRUPOS E AS INFLUÊNCIAS POSITIVAS E NEGATIVAS.....	46
2.5 A SEXUALIDADE E A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	48
2.6 O ADOLESCENTE E A ESCOLA.....	53
2.7 O ADOLESCENTE E O TRABALHO.....	54
2.8 DROGAS E VIOLÊNCIA.....	57
3 METODOLOGIA.....	66

<b>3.1 PROCEDIMENTOS</b> .....	66
<b>3.2 LOCAL DA PESQUISA E PARTICIPANTES</b> .....	67
<b>3.3 ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	69
<b>3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS</b> .....	71
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	72
<b>4.1 PRINCIPAL CLIENTELA IDENTIFICADA PELOS PROFISSIONAIS E ATENDIMENTOS MAIS FREQUENTES DIRIGIDOS À POPULAÇÃO</b> .....	72
<b>4.2 CONCEITUAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA ADOLESCÊNCIA</b> .....	83
<b>4.3 DEMANDAS DOS ADOLESCENTES IDENTIFICADAS PELOS PROFISSIONAIS</b> .....	90
<b>4.4 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO LOCAL E DOS ADOLESCENTES DA REGIÃO DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE</b> .....	97
<b>4.5 ATENDIMENTO OFERECIDO PELA EQUIPE AOS ADOLESCENTES</b> .....	124
<b>4.6 DIFICULDADES APONTADAS PELOS PROFISSIONAIS NO TRABALHO COM OS ADOLESCENTES E COM A COMUNIDADE</b> .....	133
<b>4.7 SENTIMENTOS REFERIDOS PELO PROFISSIONAL OU PERCEBIDOS PELO ENTREVISTADOR AO LONGO DA ENTREVISTA</b> .....	142
<b>4.8 SOLUÇÕES E SUGESTÕES APONTADAS PELOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA ESF PARA SANAR AS DIFICULDADES E PROBLEMAS APONTADOS COM RELAÇÃO À DEMANDA ADOLESCENTE</b> .....	150
<b>CONCLUSÃO</b> .....	155
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	159
<b>APÊNDICES</b> .....	169
<b>APÊNDICE A – Protocolo de Coleta de Dados</b> .....	169
<b>APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada</b> .....	172
<b>APÊNDICE C – Termo de Confidencialidade</b> .....	173
<b>APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	174

## INTRODUÇÃO

Esta proposta de pesquisa surgiu do interesse suscitado durante a participação em um projeto de pesquisa, onde foram desenvolvidos instrumentos de avaliação do bem-estar subjetivo de adolescentes. Como resultado revelou-se a influência de várias questões pertinentes à família dos mesmos no seu bem-estar, tais como a saúde de pessoas da família, o trabalho dos pais, o relacionamento dos adolescentes com os familiares e pares, escolaridade, questões relativas à saúde do próprio adolescente, entre outras. Percebeu-se que o bem-estar dessa população dependia de vários fatores, mas, que a maioria deles se relacionava direta ou indiretamente ao ambiente familiar.

Este estudo se propõe a conhecer, a partir do olhar dos profissionais de saúde, as demandas encontradas com maior frequência pelas equipes de Estratégia da Saúde da Família, em famílias com filhos, no período de desenvolvimento da adolescência; assim como, identificar quais são as principais dificuldades de saúde relacionadas aos adolescentes. O estudo objetiva, também, identificar o acolhimento e a receptividade, por parte dos profissionais de saúde, às demandas dos adolescentes, bem como quais as estratégias utilizadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família na resolução das questões encontradas nas famílias com filhos adolescentes.

Esta pesquisa vem a satisfazer o desejo de conhecer essa população, ampliando, através do conhecimento, a construção de estratégias e ações que auxiliem na saúde dos adolescentes, pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família no município de Santa Maria, RS.

Assim, primeiramente apresenta-se uma revisão teórica da Saúde Pública no Brasil, desde a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), passando pelas mudanças no modelo de atenção, até a Estratégia de Saúde da Família (ESF), enquanto política de saúde consolidada, assim como seu funcionamento no município de Santa Maria, RS. Neste primeiro capítulo aborda-se, ainda, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), com o propósito de investigar a sua implantação e atuação na cidade.

O segundo capítulo versa a respeito do adolescente, a partir da perspectiva da Psicologia do Desenvolvimento, suas mudanças físicas e psicológicas, sua sexualidade e as implicações na relação com a família, especialmente com os pais, seus pares e sua relação com a escola e mundo do trabalho, muitas vezes mutuamente excludentes no cotidiano desses adolescentes. A violência e as drogas aparecem em uma única sessão, pois, compreende-se que se complementam em sua relação com o adolescente. Nesse capítulo incluiu-se a visão da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano, e sua relação com a Psicologia Positiva, por entender que tal teoria, ao considerar a importância do contexto e das relações interpessoais no desenvolvimento de cada pessoa, responde aos interesses e objetivos propostos no estudo. Dentro desta perspectiva teórica foram abordados os conceitos de resiliência e os fatores de risco e proteção, termos importantes para a compreensão da Perspectiva Bioecológica do Desenvolvimento Humano e sua relação com a Estratégia de Saúde da Família.

O terceiro capítulo apresenta o método utilizado. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com a utilização da técnica de entrevistas semi-estruturadas, as quais foram analisadas considerando-se a proposta de estudos de casos múltiplos, conforme Yin (2005). Também, nesse capítulo, descrevem-se as equipes participantes da pesquisa e os procedimentos éticos utilizados. A análise dos dados coletados foi realizada com base no método proposto por Bardin (1977).

O quarto capítulo apresenta os resultados e a discussão, momento no qual foi relacionado o material coletado com a Teoria Ecológica e do Desenvolvimento, buscando uma compreensão maior das relações estabelecidas entre os adolescentes e seu contexto.

As considerações finais sintetizam os achados encontrados com os objetivos da pesquisa, buscando responder à pergunta sobre como é realizado o atendimento aos adolescentes e suas famílias, além de tecer algumas considerações a respeito das condições de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família do município de Santa Maria, RS.

# 1 CAMINHOS DA SAÚDE DA FAMÍLIA

## 1.1 MODIFICAÇÕES NOS MODELOS DE SAÚDE

A saúde pública vem sofrendo modificações em sua estrutura e formas de atuação. Passou-se dos serviços centralizados nos hospitais para uma descentralização aos postos de saúde e, posteriormente, a uma nova proposta, que, de certa maneira, resgata os vínculos entre o profissional de saúde e as pessoas por ele atendidas.

Historicamente, os primeiros médicos eram generalistas, atendendo a famílias inteiras, desde o recém-nascido ao idoso; conheciam as famílias, suas problemáticas e seu funcionamento; e, mais próximos de seus pacientes, garantiam às pessoas um relacionamento pessoal com seu médico e a confiança em seu tratamento. Com o desenvolvimento das cidades e a migração de pessoas para áreas distantes de sua origem, em busca de condições de vida e trabalho, as relações entre médicos e pacientes acabaram se distanciando. Esse distanciamento trouxe uma mudança importante na relação médico-paciente, passando o médico a desconhecer a história pessoal e familiar do paciente. O vínculo se resumia ao período de atendimento no hospital/enfermaria. O atendimento estava centralizado na figura do médico e da enfermeira, que nas cidades atuavam predominantemente nos hospitais – instituições criadas para segregar a doença do restante da sociedade. A realidade era a de muitos pacientes e poucos profissionais para atendê-los. Essa situação acabou por criar consultas rápidas e impessoais, ainda vigentes na realidade atual.

Nesse panorama, Teixeira (2004) apresentou a psicologia da saúde, definida como a aplicação dos conhecimentos e técnicas psicológicos no atendimento às doenças e cuidados em saúde; se oferece como uma ferramenta importante para auxiliar no trabalho de promoção de saúde e prevenção de doenças. O objetivo dessa área de atuação da psicologia é “entender como é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para a melhoria do bem-estar dos indivíduos e das comunidades” (TEIXEIRA, 2004, p. 441). Procura compreender o significado das

doenças e relacioná-los aos contextos onde ocorrem, auxiliando na melhoria da qualidade e resolutividade dos serviços de saúde. O autor afirmou, ainda, que a inserção dos psicólogos na saúde pode contribuir para a redução do período das internações hospitalares e do uso de medicamentos, além da utilização mais apropriada dos recursos de saúde existentes.

## **1.2 O MODELO DE SAÚDE BRASILEIRO: A CONSTRUÇÃO DO SUS**

No Brasil, o Sistema de Saúde se reorganizou na década de 1980, baseado em acordos internacionais como a Conferência de Alma Ata (OPAS, 1978) sobre Cuidados Primários de Saúde e a Carta de Ottawa (OPAS, 1986). Ambos visavam oferecer um atendimento à maior parte da população, com ênfase na promoção da saúde. O atendimento à saúde no Brasil era realizado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e o acesso era condicionado ao porte da carteira de trabalho assinada, de modo que a assistência à saúde não estava disponível a toda população. Quando a Previdência assumiu a assistência médico hospitalar aos trabalhadores a qualidade dos serviços foi rebaixada, e:

[...] tornaram-se comuns as longas filas de enfermos nas portas dos hospitais, as consultas médicas que duravam poucos minutos, a dificuldade de obter internamento para pacientes em estado grave. E não foram poucas as mortes de trabalhadores por falta de atendimento de emergência eficiente (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 43).

O Estado se preocupava com a produtividade, reduzida pelos trabalhadores doentes, porém “o Ministério da Saúde privilegiava a saúde como elemento individual, e não como fenômeno coletivo” (BERTOLLI FILHO, 2008, p.53).

O sistema de saúde não era igualitário. Tal fato foi modificado a partir da Lei 8080/90, baseada na nova Constituição Brasileira, que colocou a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, art.196). A lei 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e organiza o novo Sistema Nacional

de Saúde, chamado Sistema Único de Saúde (SUS), organizado a partir da Atenção Básica à Saúde ou Atenção Primária (BRASIL, 1990a). O SUS se estabeleceu a partir de alguns princípios, entre eles: igualdade, equidade, integralidade, universalidade e participação social. O sistema buscou oferecer um atendimento mais abrangente e mais resolutivo a toda a população brasileira, com ênfase nas ações de promoção e proteção à saúde, sem detrimento das ações curativas.

Com o SUS mais pessoas passaram a ter acesso à saúde, porém, em função do modelo médico vigente, o atendimento ainda não tem a efetividade que poderia ter, em função de atender individualmente as pessoas, desconsiderando seu contexto familiar, social e ambiental. Na perspectiva de superação dessa problemática e com vistas a uma maior efetividade do sistema, o Ministério da Saúde instituiu programas de atendimento direcionados a populações específicas, como, por exemplo, Programa de Atendimento Integral à Saúde da Criança (BRASIL, 1986), da Mulher (BRASIL, 1984) e da Família (BRASIL, 2001). Esses programas foram criados, inicialmente de modo experimental, para direcionar o atendimento e, conforme sua efetividade, foram sendo transformados em políticas de atendimento.

### **1.3 O PACTO PELA SAÚDE: NOVO MODELO DE ATENDIMENTO**

O documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde foi publicado na Portaria GM nº399/2006, e regulamentado pela Portaria nº 699/2006. Firmado entre gestores do SUS, que assumiram o compromisso público da construção do Pacto pela Saúde 2006. Representa a consolidação do SUS, devendo ser anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS e contemplando as seguintes dimensões: Pacto pela vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de gestão, descritos a seguir (BRASIL, 2006a).

- *Pacto pela vida*: representa o compromisso dos gestores do SUS, organizado a partir do levantamento de prioridades de saúde do país, de acordo com os governos municipais, estaduais e federal. Baseado nas prioridades que apresentam impacto sobre a situação de vida da população, contempla, principalmente, ações relacionadas à Estratégia de



Saúde da Família (ESF), como atenção à saúde do idoso, controle dos cânceres de colo e mama, redução da mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias (com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza), promoção da saúde (com ênfase na alimentação saudável e atividade física), fortalecimento da atenção básica, saúde mental, atenção aos portadores de necessidades especiais, além de ações de interesse de cada estado ou município.

- *Pacto em defesa do SUS*: expressa o compromisso dos gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, desenvolvendo ações para qualificar e articular o SUS como política pública. Suas prioridades são implementar um projeto permanente de mobilização social e elaborar e divulgar a carta dos direitos dos usuários do SUS.
- *Pacto de Gestão*: estabelece a clara responsabilidade de estados, municípios e governo federal, diminuindo as competências concorrentes e, fortalecendo a gestão compartilhada e solidária do SUS. Suas prioridades são: definir a responsabilidade sanitária de cada instância gestora do SUS (federal, estadual e municipal); estabelecer as diretrizes para a gestão do SUS, com ênfase na descentralização, regionalização, financiamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação e controle social, planejamento, gestão do trabalho e educação na saúde.

O Pacto pela Saúde foi firmado entre gestores das diversas esferas de governo, com o intuito de regulamentar a implantação e o funcionamento do SUS nos diversos municípios, estabelecendo limites de decisão e determinando o grau de autonomia de cada esfera. Também atua como incentivo à adoção de algumas políticas de saúde que, dependem do interesse do gestor local para sua implantação, como é o caso da Estratégia de Saúde da Família.

#### **1.4 A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) comemorou 17 anos em 2010. Surgiu como Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde (MS) e o Fundo das Nações Unidas para a

Infância (UNICEF). Incorporou em suas equipes os Agentes Comunitários de Saúde que já atuavam no país desde 1991, quando foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 1997b).

Propõe alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital; e implementar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), de integralidade, universalidade, equidade e participação social. A ESF privilegia a parte preventiva sem detrimento da curativa, oferecendo atendimento por equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade. Uma comparação entre 12 nações industrializadas ocidentais diferentes indica que “os países com uma orientação mais forte para atenção primária, na verdade, possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos” (STARFIELD, 2002, p.34).

Hoje a ESF apresenta resultados positivos, como a melhora da saúde materno-infantil, a redução da mortalidade infantil, o aumento do acesso ao pré-natal, o planejamento familiar e a prevenção de complicações de doenças crônicas (BRASIL, 2008). Atualmente, 5.269 municípios possuem equipes de Saúde da Família o que representa a cobertura de 97.953.775 pessoas, ou seja, 51,64% da população do país. Entre dezembro de 2002 e maio de 2010, o número de equipes aumentou de 16.698 para 31.001 (BRASIL, 2010). A ESF atua em todas as fases do desenvolvimento humano e possui algumas áreas estratégicas específicas, definidas pelo Ministério da Saúde, para atuação em todo o território nacional, entre elas: a eliminação da desnutrição infantil, controle da hipertensão arterial, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde da criança, saúde bucal e promoção de saúde (BRASIL, 2009b).

Cada equipe de saúde da família é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde. Cada uma dessas equipes tem responsabilidade pela situação de saúde da população de um determinado território, e desenvolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação - atenção integral à saúde - através de visitas domiciliares, trabalhos educativos em escolas, creches e atendimento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).

A proposta do Ministério da Saúde com a ESF, implantada em 1994, ainda como Programa, é de aproximar o paciente, denominado agora usuário, dos profissionais que cuidam de sua saúde, descentralizando o atendimento da figura do

médico, e realizando a promoção da saúde. As equipes de saúde da família realizam o atendimento no ambiente do usuário, nas escolas, na comunidade, no próprio domicílio. Não se espera que a pessoa adoça e busque o atendimento, mas, acompanha-se a família toda, desde casa, para que se mantenha saudável, promovendo melhores condições de saúde a seus membros e aproximando-os das pessoas responsáveis por seus cuidados em saúde.

A saúde e a doença estão condicionadas a processos sociais e econômicos, aspectos considerados pelo modo de funcionamento e atendimento da ESF, que acaba por conhecer o ambiente físico, político e social que seus usuários habitam e tende a ter atuação mais coerente com suas realidades e necessidades. Passou-se de uma concepção de saúde que considerava os aspectos epidemiológicos, para um cuidado em saúde que exige a participação de cada indivíduo para a manutenção de sua saúde. Deste modo a melhoria da qualidade de vida das pessoas depende do comprometimento e das mudanças de comportamento implementadas por elas, ou seja, o abandono de hábitos nocivos e a adoção de outros, saudáveis.

O trabalho em saúde pública começa a preparar as populações (e os indivíduos) para restabelecer seu equilíbrio ao menor confronto com os riscos, fomentando e potencializando sua resiliência. A resiliência é considerada como um processo de interação entre os fatores de proteção e os eventos de vida, de maneira que a pessoa enfrente as dificuldades e consiga contorná-las, com saúde e equilíbrio, adaptando-se com o menor dano possível (POLETTI; KOLLER, 2008).

Em algumas situações ocorre, inclusive, o fortalecimento pessoal depois de passar por um evento de vida negativo, atuante como fator de risco no desenvolvimento. A ESF trabalha, principalmente, na promoção da saúde, que tem em seus eixos básicos o fortalecimento da idéia de autonomia dos sujeitos e grupos sociais, além da elaboração de políticas públicas voltadas para o fortalecimento das populações. Já as ações preventivas são baseadas em conhecimentos estatísticos e epidemiológicos, para reduzir a incidência de doenças infecciosas ou reduzir os danos de doenças degenerativas ou outros agravos à saúde. Para serem efetivas, precisam estar articuladas com outros setores, como educação e segurança, por exemplo, e às políticas responsáveis pelo espaço físico, social e simbólico. (CZERESNIA, 2009)

Como lembrou Caponi (2009) a saúde é mais do que a habilidade de viver em harmonia com o meio externo. É a “capacidade de instituir novas formas em

situações novas” (p.69). Portanto, a resiliência aparece como característica importante. Segundo a autora, a atuação em saúde não deve basear-se no conceito de risco, medido através da correlação de critérios médicos e sociais, pois, privilegiar essas populações, consideradas de risco, pode significar o abandono ou esquecimento das demais. Colocou, ainda, que é preciso ter cuidado para que o trabalho na ESF não seja mais uma edição dos programas higienistas, que se baseavam no controle da vida dos indivíduos e das populações de risco.

A doença deve ser inserida numa ampla rede de causalidade, que inclui “desarranjos ecológico-ambiental, urbano, produtivo e propriamente humano” (LEFEVRE; LEFEVRE, 2004, p.25). Para os autores, isto implica entender e admitir que, se as pessoas adoecem e morrem antes do tempo, é porque as sociedades estão doentes, o que responsabiliza a todos. A promoção de saúde seria uma percepção ampliada, integrada, complexa, que relaciona a saúde ao meio ambiente, estilo de vida, meios de produção, entre outros. Essa relação implica na responsabilização de vários setores, tais como a segurança, habitação, justiça, pois, os recursos necessários à saúde incluem paz, educação, alimentação, renda, meio ambiente estável, de modo que o chamado ‘setor saúde’ precisa de apoio e ações de outros setores para lidar e resolver os problemas de saúde.

Por essa razão Lefevre e Lefevre (2004) propuseram a estratégia de Promoção da Saúde como uma inferência integrada ou intersetorial. Sob esta perspectiva, a saúde é percebida como um direito de todos. As doenças e as pessoas que as portam serão tratadas, mas, também têm direito de viver em um país, cidade e meio ambiente que não sejam geradores de doença, sofrimento, dor, violência e morte prematura. As doenças continuarão a existir na história da humanidade, mas, significativo número delas pode ser erradicado se as pessoas mudarem seu estilo de vida, passarem a viver e a construir cidades mais saudáveis, não geradoras de doença e sofrimento.

#### **1.4.1 Estratégia de Saúde da Família em Santa Maria**

Em Santa Maria, RS, existem hoje 16 equipes de Saúde da Família, distribuídas nas cinco regiões da cidade (Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro). A

estratégia foi implantada no município em 2004, com previsão de ampliação do número de profissionais atuantes e de áreas atendidas. Porém, ao longo do tempo as mudanças de gestão acabaram por impedir a ampliação da área coberta, de modo que o número de equipes pouco foi alterado. Segundo os participantes do estudo, os locais cobertos pela ESF apresentam melhores índices de saúde e a população considera a importância do serviço. Atualmente são atendidas 51.750 pessoas, o que representa apenas 19,39% da população municipal. A Secretaria de Saúde reafirmou os planos de ampliação da cobertura, porém, a contratação de profissionais depende da abertura de concursos públicos, uma vez que as contratações emergenciais não garantem a continuidade dos atendimentos.

No Quadro 1 tem-se a distribuição das Unidades de Saúde da Família, por região, no município de Santa Maria, RS.

<b>REGIÃO</b>	<b>USF</b>
NORTE	BELA UNIÃO
	SANTO ANTÃO
LESTE	MARINGÁ
	SÃO JOSÉ
CENTRO	LÍDIA
OESTE	ROBERTO BINATO
	VICTOR HOFFMAN
	ALTO DA BOA VISTA
	SÃO JOÃO
	PARQUE PINHEIRO
SUL	URLÂNDIA
	SANTOS

**Quadro 1** – Unidades de Saúde da Família, por região, no município de Santa Maria, RS

## 1.5 PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE

O adolescente vive um momento de grandes mudanças físicas e intelectuais, apresentando necessidades específicas de sua fase do desenvolvimento. Por essa razão necessita de atendimento diferenciado, condizente com as crises que enfrenta cotidianamente (ERIKSON, 1972).

Pensando nessa especificidade, o Ministério da Saúde propõe o Programa de Saúde do Adolescente, criado para estabelecer algumas normas e critérios de atendimento específico a essa população (BRASIL, 1993). Tal proposta deveria ser implementada em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família.

Desde o final da década de 1980 existem iniciativas para serem instituídos Programas de Atenção à Saúde do Adolescente (PROSAD) (BRASIL, 1989). Porém, as políticas de saúde para esse grupo etário continuam desarticuladas, mesmo com algumas iniciativas de grupos governamentais e grupos organizados pela sociedade.

Em 1989 foi proposto o Programa Nacional de Atenção ao Adolescente, que apresentava a idéia de que:

[...] o que muitas vezes [...] observamos, apesar da consciência e esforços da sociedade, é que a inadaptação social é vista como regra por parte do adolescente, é inerente ao seu 'ser'. Por exemplo, com frequência os comportamentos delinquentiais juvenis que representam também defeitos de estruturação e funcionamento social são vistos unicamente como patologia individual (BRASIL, 1989a, p.6).

Os proponentes do programa destacaram a necessidade de uma reflexão sobre o amadurecimento físico e intelectual, por um lado, e o afetivo e social, por outro, afirmando que são distintos e não necessariamente concomitantes. Destacam, também, a importância de uma política que articulasse todos esses aspectos, e pudesse dar suporte aos profissionais de saúde que trabalham com esses jovens, de maneira multidisciplinar e intersetorial. Consideraram que a sociedade, e a família, como primeira instituição social da qual o ser humano participa, têm influência sobre o desenvolvimento e a saúde de crianças e adolescentes, motivo pelo qual tal política, com suas atualizações, passou a ser complementar à política de cuidado da família, a partir de sua criação em 1994 (BRASIL, 1989b).

Inicialmente o PROSAD visava o atendimento de adolescentes entre 10 e 19 anos, caracterizando-se por integralidade das ações e enfoque preventivo e educativo. Entre seus objetivos constavam: promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbi-mortalidade e os desajustes individuais e sociais; e, normatizar as ações consideradas nas áreas prioritárias. Além desses, o programa estimulava a implantação de programas estaduais e municipais dirigidos ao adolescente e promovia estudos multicêntricos relativos à adolescência. Importante destacar que as ações prioritárias desse programa, já em sua primeira versão compreendiam ações voltadas para o crescimento e o desenvolvimento; sexualidade; saúde mental, com ênfase para a psicologia do adolescente; saúde reprodutiva; saúde do escolar adolescente; prevenção de acidentes; violência e maus-tratos; e, família. O programa especificou uma série de atividades voltadas para o atendimento direto ao adolescente, mas, também, para a capacitação de profissionais de saúde e professores, instrumentalizando-os para o trabalho com as problemáticas adolescentes.

A segunda edição deste programa, datada de 1996, especificou os procedimentos a serem realizados para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nos serviços de saúde, sendo esse o eixo central do atendimento ao adolescente, segundo os autores do programa. Tais procedimentos contemplam:

[...] a obtenção periódica e padronizada de informações que caracterizam o crescimento e desenvolvimento; o registro de interpretação das informações obtidas frente a um apropriado padrão de referência; a busca de fatores explicativos de eventuais deficiências encontradas; a garantia de manutenção das atividades de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento possibilitando a correção de fatores capazes de comprometê-los (BRASIL, 1996, p.17).

Para poder cumprir com esses procedimentos, os serviços de saúde deveriam ter um sistema de captação da população adolescente, fichas ou prontuários para o acompanhamento e conteúdo padronizado de atividades relacionadas ao adolescente.

Em 1999, o MS ampliou o programa para indivíduos até 24 anos, considerando então a Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem, com pretensão de redimensionar as ações no campo da prevenção até o ano de 2009. Segundo Fernandes (2009), o trabalho deve ser fundamentado em princípios como

a ética, quando a relação entre o profissional de saúde e os adolescentes é pautada pelos princípios de respeito, autonomia e liberdade, prescritos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pelos códigos de ética das diferentes categorias. A privacidade assegura que os adolescentes e jovens devem ser atendidos sozinhos, caso desejem. Confidencialidade e sigilo, devem garantir aos adolescentes e jovens que as informações prestadas no atendimento não sejam repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita. A exceção se dá em situações que requerem quebra de sigilo, por exemplo, sempre que houver risco de vida ou outros riscos relevantes, tais como abuso sexual, idéia de suicídio ou informação de homicídio.

Para atender a todas as necessidades destacadas, o PROSAD determina a constituição de uma equipe multiprofissional de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, entre outros), mas, também, pretende a integração de outros profissionais, como religiosos, artistas de diversas áreas de atuação, professores e outros profissionais que lidem com jovens e tenham interesse em integrar a equipe. Importante destacar que assim como a equipe desejada extrapola o atendimento em saúde, a atuação do PROSAD seria extramuros, ultrapassando a delimitação física dos postos de saúde e hospitais, e atuando também em escolas, centros comunitários, clubes e outros locais frequentados pelos adolescentes, buscando proporcionar atendimento integral das necessidades dessa população. O programa visa atender todos os níveis de complexidade: primário, com promoção de saúde, imunizações, medidas de segurança contra acidentes; secundário, com atendimento de doenças como infecções ou mesmo de uma gravidez; nível terciário, como tratamentos hospitalares, internações em alas de cuidados especiais e reabilitação (FERNADES, 2009).

A ESF, considerada modelo de assistência às populações e às práticas profissionais, pode redirecionar as ações previstas para a população adolescente, em sua área de abrangência (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008). No Brasil, de acordo com o ECA, é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990). Recentemente, o Ministério da Saúde publicou um manual técnico, com normas específicas para o atendimento, captação e educação em saúde, voltadas para o público adolescente, atendido pela ESF (BRASIL, 2005). O manual faz parte do programa “Saúde de Adolescentes e Jovens”, lançado em 1999, como ampliação do Programa de Saúde do Adolescente, de 1993. Prevê ações



voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde de adolescentes e jovens, de forma a garantir uma atenção integral à saúde desta população, na faixa etária entre 10 e 24 anos de idade (BRASIL, 2008). O manual especifica a estrutura física, os equipamentos e insumos necessários para a implantação do atendimento das unidades de saúde, explicando a importância de ser um ambiente em que os adolescentes sintam-se acolhidos e à vontade para que frequentem o serviço. A equipe também é discutida no manual, enfatizando a importância da educação permanente, com tempo previsto para o estudo e discussão de casos e reuniões entre os membros da equipe, visando a melhoria das relações internas e do atendimento oferecido, além da capacitação constante dos profissionais. Entre as ações previstas estão a captação dos adolescentes, através da comunidade e da escola, espaço privilegiado para encontrá-los e ações específicas para grupos especiais de adolescentes, com o uso de estratégias diferenciadas como a criação de mecanismos de integração com as instituições que lidam com esses grupos. Dentre os grupos especiais, a cartilha destaca, entre outros: os envolvidos com exploração sexual; os que praticam ou sofrem violência; os profissionais do sexo e de outras formas de trabalho perigoso, penoso, insalubre e noturno; os egressos de atividades laborais de risco; os moradores de rua e de acampamentos rurais; os institucionalizados; os que estejam cumprindo medidas socioeducativas; os que apresentam alguma deficiência; e, os infectados com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

Em 2007 o MS lançou uma cartilha para a capacitação de profissionais de saúde da atenção básica, que, de acordo com a Política de Saúde da Família, devem ser a porta de entrada dos serviços de saúde, e, portanto, ter condições de atender às demandas mais comuns em todas as fases do desenvolvimento. Como parte integrante deste material encontra-se um item direcionado para o atendimento ao adolescente intitulado: “A Saúde de Adolescentes e Jovens: uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde”. Este material foi elaborado a partir de estudos de casos do contexto da saúde de adolescentes e jovens. Não oferece procedimentos prontos, mas, estimula os profissionais a buscar soluções para cada caso, de acordo com a realidade social e cultural em que atuam. Divide suas ações em três áreas temáticas principais: crescimento e desenvolvimento; saúde reprodutiva e sexualidade; e, principais problemas clínicos. Esses conteúdos foram selecionados a partir da experiência docente-assistencial do

Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA), da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que foi escolhido pelo Ministério da Saúde para elaborar um material técnico que servisse de suporte para esta demanda, devido à sua história de ensino e assistência na área de saúde do adolescente, um dos programas prioritários da UERJ, desde 1974. Foram considerados também dados de morbimortalidade dessa população (BRASIL, 2007).

## 2 O ADOLESCENTE

A adolescência é um período do desenvolvimento humano estudado pelos psicólogos com especial cuidado, apresentado em diversas definições, grande parte delas marcando as adversidades e mudanças dessa fase. Dentre os vários autores que estudam o tema, destaca-se Aberastury e Knobel (1981), que afirmaram que, na adolescência, o indivíduo deixa de ser criança, mas ainda não é um adulto; enfrenta mudanças em suas relações com pares, pais e consigo mesmo, que acarretam luto pelo corpo, pela identidade e pelos pais infantis. As mudanças que ocorrem em seu corpo levam os adultos em geral, especialmente os pais, a mudar seu comportamento com ele, podendo ocorrer um distanciamento físico, quando o colo e o abraço podem ser incômodos para o “novo” corpo e para o adulto, que passa a evitar contatos mais íntimos. Esse afastamento pode ser sentido como um abandono, uma falta de amor e desamparo para o adolescente, pois, além de não reconhecer mais o corpo que habita, ainda é afastado das pessoas que sempre o acolheram e guiaram. Essa dificuldade dos pais para aceitar o crescimento dos filhos pode ser uma consequência da rejeição da genitalidade e da personalidade emergente nesse momento, e pode aparecer como um excesso de liberdade, mascarando o abandono.

Segundo Aberastury e Knobel (1981) o adolescente experimenta uma separação progressiva dos pais, e pode sentir-se perdido, sem referências e “solto” no mundo, passando a buscar idéias e referenciais próprios, na maioria das vezes, diferentes dos paternos/familiares, mesmo que tenha os valores morais, éticos e religiosos de sua família como norteadores. Os pais precisam se acostumar com a perda de sua criança, antes tão amável e dependente, agora com atitudes independentes e contestadoras, o que exige que eles se desprendam da imagem infantil dos filhos para poderem se relacionar com o filho adulto, o que impõe uma série de renúncias. Esse filho também deve renunciar às facilidades de ser criança, como a falta de responsabilidade e assumir as oportunidades que se apresentam a ele como adolescente o que acarreta em maior responsabilização por seus atos e decisões. A hostilidade em relação aos pais é uma manifestação de seu sentimento de não ser compreendido, de sua rejeição da realidade, o que pode ser ou não

ratificado pelo mundo, representado em sua família e nas pessoas que convivem cotidianamente com ele, como amigos e professores (ABERASTURY; KNOBEL, 1981).

Essas tentativas de auto-conhecimento abrangem todas as áreas de sua vida: a religiosidade, sexualidade, escolha profissional, a escolha dos ídolos que tomarão o lugar dos pais como heróis. Submerso em sua busca por si mesmo, o adolescente pode acabar envolvido em situações que tragam condições não esperadas para sua faixa etária, como a paternidade/maternidade, por exemplo.

Uma das tarefas essenciais desse período do desenvolvimento, segundo Erikson (1972), é a estruturação da identidade, que nessa fase se encaminha para um perfil mais definitivo. O indivíduo experimenta uma série de “tipos” ou personagens, especialmente no início da adolescência, e inicialmente estrutura sua identidade pessoal como uma “colcha de retalhos”, em que cada retalho é “uma parte” de alguém, dificultando saber com quem se está lidando no momento (OUTEIRAL, 2003).

Para Erikson (1972) a identidade é um processo psicossocial, que preserva algumas características essenciais, mas, que de maneira geral se modifica no tempo, de acordo com os desafios que cada fase do desenvolvimento apresenta. Segundo o autor, cada período apresenta uma crise, ou seja, um momento em que as respostas não mais atendem às necessidades frente aos desafios que se apresentam, e que é preciso estabelecer novas maneiras de se colocar diante das dificuldades e das tarefas a serem realizadas. Concentra-se a atenção na crise da identidade manifesta durante a adolescência, porém, ela é uma continuidade no processo de desenvolvimento, que obriga a resolver várias crises, desde o nascimento.

A crise ou confusão de identidade dessa fase é uma parte das mudanças enfrentadas, e consiste em uma série de experimentações de maneiras diferentes de se posicionar e se mostrar ao mundo. A identidade se forma a partir de resoluções como o tipo de ocupação ou trabalho escolhido, quais valores serão os norteadores para a tomada de decisões, e do posicionamento quanto a uma identidade sexual que seja satisfatória para o indivíduo. Nesse momento todos os valores e habilidades adquiridos desde o início da infância devem ser praticados na busca por seu lugar no mundo, perante os pares e sua família, principalmente. Moratória psicológica ocorre quando o adolescente não se decide por nenhum

posicionamento, e acaba adiando a tomada de decisão, podendo ficar na adolescência, ou seja, na fase de experimentação, por vários anos. Tal período caracteriza as mudanças de humor e posicionamento dos adolescentes, quando se apaixonam por atitudes políticas, religiosas, por amigos e professores e na semana seguinte decidem por opiniões e sentimentos totalmente opostos, em relação às mesmas coisas e pessoas. Algumas pessoas, em razão dessa dificuldade de decisão, entre outros fatores, permanecem na adolescência por vários anos, adiando a escolha por uma identidade coesa e estável (ERIKSON, 1972; PAPALIA; OLDS, 2000; SANTROCK, 2003). Nessa busca pela identidade, o adolescente pode recorrer a situações mais favoráveis no momento como a uniformidade, quando procura segurança e estima pessoal no grupo de amigos, onde todos se identificam entre si, característica do processo de dupla identificação em massa (ABERASTURY; KNOBEL, 1981).

Ozella (2002) criticou a caracterização da adolescência com um período turbulento, especialmente quando se refere as suas instabilidades e vulnerabilidades, recriminou a falta de consideração do contexto cultural e social no momento de definir a adolescência. Segundo o autor, ainda que mencionem a relação do indivíduo com seu meio, a maioria das teorias desconsidera a importância do ambiente relacional onde se dá o desenvolvimento e prioriza as estruturas internas do indivíduo como promotoras do desenvolvimento, desconsiderando as diferenças e dificuldades presentes nas relações sociais e interpessoais. Considerou que a adolescência foi “criada historicamente pelo homem, enquanto representação e enquanto fato social e psicológico. É instituída como significado na cultura, na linguagem que permeia as relações sociais” (OZELLA, 2002, p.21).

Concorda-se com este último autor quando este afirma que a adolescência deve ser entendida em sua inserção na sociedade e que sem as condições sociais a adolescência de que se fala não existiria. Por essa razão discorre-se sobre alguns aspectos principais da adolescência como as modificações corporais e psicológicas, sua relação com as drogas e a violência, a escola e o trabalho, os grupos com os quais os adolescentes se relacionam, sua família e sua comunidade. Por considerar a importância do contexto no desenvolvimento humano utiliza-se a Perspectiva Ecológica do Desenvolvimento Humano, desenvolvida por Urie Bronfenbrenner

(1996) como uma das bases teóricas para a discussão dos dados que compõem a presente pesquisa.

## 2.1 TRANSFORMAÇÕES FÍSICAS E PSICOLÓGICAS

A adolescência é um processo complexo, que envolve aspectos físicos, cognitivos, emocionais e sociais e dificilmente se encontra um consenso quanto à idade de seu término. Porém, é estabelecido seu início com a puberdade, mesmo que essa termine antes do fim da adolescência. A puberdade pode ser definida como “um período de rápida maturação física, envolvendo mudanças hormonais e físicas que ocorrem primariamente durante o início da adolescência” (SANTROCK, 2003, p. 56). As manifestações da puberdade têm aparecido cada vez mais cedo, a partir da Revolução Industrial, quando houve melhora das condições de vida da população e avanços na medicina (PETERSEN, 1979 apud SANTROCK, 2003), além dos fatores genéticos. Em razão disso, as crianças mais bem-nutridas e bem cuidadas amadurecem mais cedo e crescem mais, o que pode explicar o fato da maturidade sexual nos países subdesenvolvidos ocorrer mais tardiamente que em países mais desenvolvidos e industrializados (PAPALIA; OLDS, 2000).

Em decorrência do fluxo de hormônios entre outras substâncias importantes no processo, as glândulas sexuais, testículos e ovários, se desenvolvem, e começam a ocorrer modificações nos corpos dos adolescentes, são os chamados caracteres sexuais secundários. Essas são as mudanças detectadas exteriormente e que diferem os homens das mulheres, quando o processo termina. As mudanças corporais nas meninas geralmente iniciam com o aumento os seios, em seguida, os pelos pubianos aparecem e logo surgem os pelos nas axilas, enquanto se processam essas mudanças elas aumentam de altura e os quadris se tornam mais largos que os ombros, dando um aspecto mais arredondado ao corpo, com as gorduras se posicionando nos seios e quadris. A *menarca* ou primeira menstruação se dá por volta dos 13 anos de idade, na maioria dos casos depois do início das mudanças corporais, e os primeiros ciclos são irregulares, e a menina pode não

ovular em cada ciclo menstrual nos primeiros anos. A menina pode ter a menstruação suspensa ou a menarca adiada pelo excesso de exercícios físicos ou desnutrição, o que ocorre com as que sofrem de anorexia ou as ginastas olímpicas, por exemplo (SANTROCK, 2003).

As mudanças nos meninos iniciam por volta dos 13 anos, eles apresentam aumento do tamanho do pênis e testículos, desenvolvem voz mais grave, pelos pubianos e axilares, além dos pelos no rosto e no peito. A massa muscular aumenta e os ombros se alargam de modo que os quadris ficam mais estreitos, dando o formato de um triângulo invertido ao corpo masculino. Os meninos têm a *espermarca* ou primeira ejaculação em média aos 13 anos, em consequência da masturbação ou da poluição noturna, às vezes relacionada a um sonho erótico.

O amadurecimento hormonal também interfere no desenvolvimento psicológico na adolescência, uma vez que o período em que essas modificações se dão em relação ao grupo de pares pode ser um fator positivo ou negativo, interferindo nas relações ali desenvolvidas. A reação às mudanças corporais pode ser positiva ou ao menos ter menos sofrimento se o adolescente for preparado para elas. As meninas que recebem alguma informação sobre a menstruação a recebem mais positivamente e não se assustam quando ela ocorre, o mesmo se dá para os meninos quando percebem a primeira ejaculação. Quanto ao tempo de amadurecimento em relação ao grupo, estudos referem que a maioria das meninas fica mais feliz quando amadurece no mesmo tempo que suas amigas e que as meninas com maturação precoce tendem a ser menos expressivas, sociáveis e equilibradas, mais introvertidas, tímidas e negativas em relação à menarca. Os meninos de amadurecimento precoce, por sua vez, se mostram mais equilibrados, tranquilos, amáveis e populares entre os amigos e colegas, com tendências de liderança, além de serem menos impulsivos; se apresentam cautelosos e limitados por regras e rotinas (PAPALIA; OLDS, 2000; SANTROCK, 2003).

## 2.2 ADOLESCÊNCIA E FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA TEORIA ECOLÓGICA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO

### 2.2.1 Psicologia positiva

Em 1998, Martin Seligman, então presidente da *American Psychological Association* (APA), publicou artigos que instigavam os psicólogos a construir uma visão de ser humano, mais focada nos aspectos “virtuosos”, ou seja, observar com mais atenção as capacidades, potenciais e motivações humanas (GIACOMONI, 2002; YUNES, 2006). Tal iniciativa foi denominada como Psicologia Positiva, e pode ser compreendida como um movimento que ocorre na psicologia contemporânea, que “busca compreender os aspectos potencialmente saudáveis dos seres humanos em oposição à psicologia tradicional e sua ênfase nos aspectos psicopatológicos” (YUNES, 2006, p.45).

De acordo com essa perspectiva, a psicologia positiva busca novas respostas na investigação de fenômenos psicológicos como a felicidade, o otimismo, altruísmo, esperança, alegria, satisfação entre outros temas que são tão importantes quanto o estudo da agressividade, depressão, angústia e ansiedade, dessa vez voltada aos aspectos saudáveis dos indivíduos, grupos e comunidades (YUNES, 2006). Giacomoni (2002) afirmou que essa nova área da psicologia se preocupa com a experiência subjetiva positiva. Seu objetivo é fornecer um novo foco à psicologia, que passa a ocupar-se também da construção de qualidades positivas e apresentam forte preocupação com aspectos preventivos da saúde psicológica, auxiliando no desenvolvimento dos aspectos e características saudáveis e positivos. Moraes e Koller (2004) lembraram que apesar de ser baseada na doença, a Psicologia não desenvolveu estudos avançados sobre prevenção, por isso propõem esse novo paradigma. Aspectos como bem-estar subjetivo, felicidade, otimismo, auto-determinação, esperança criatividade, habilidades impessoais, fé são alguns dos traços humanos que “agem como defesas contra doenças mentais” (GIACOMONI, 2002), sendo estudados por teóricos da Psicologia Positiva por estarem relacionados ao desenvolvimento saudável.



### **2.2.2 Resiliência**

A resiliência também é uma das áreas de estudo da psicologia positiva, sendo anteriormente definida como invulnerabilidade ou resistência absoluta ao estresse, acreditava-se que estava presente em somente em algumas pessoas, e era imutável. Esse conceito é muito importante para a compreensão do desenvolvimento humano, hoje é entendida como “reafirmação da capacidade humana de superar adversidades, o que não quer dizer que o indivíduo saia da crise ileso, como implica o termo invulnerabilidade” (MORAIS; KOLLER, 2004).

O conceito de resiliência se forma a partir de processos que explicam a superação de adversidades, e busca tratar de fenômenos que indiquem padrões de vida saudável. Existem estudos que focam a resiliência como capacidade humana, mas, recentemente tem sido realizados estudos da resiliência como características das famílias, de acordo com a visão sistêmica, ecológica e de desenvolvimento. Segundo Yunes (2006, p.50) os estudos mais recentes têm indicado que a “resiliência ou resistência ao estresse é relativa, suas bases são tanto constitucionais quanto ambientais e que o grau de resistência não tem uma quantidade fixa, e sim varia de acordo com as circunstâncias”.

Baseada na constituição do indivíduo tanto quanto no ambiente, a resiliência é variável de acordo com a situação e existe em todos, sendo resultante da interação entre as características do indivíduo e seu contexto social. Pode ser descrita, também, como a habilidade humana “de superar adversidades, resultante da interação permanente e do jogo de forças entre os fatores de risco e proteção” (MORAIS; KOLLER, 2004). Em razão de sua definição, precisamos entender os fatores de risco e proteção.

### **2.2.3 Fatores de risco e proteção**

Os fatores de risco podem ser definidos como todo tipo de eventos negativos de vida que, quando presentes, aumentam a probabilidade da manifestação de

problemas físicos, psicológicos e sociais (YUNES; SZYMANSKY, 2001). O risco não deve ser visto como uma categoria, mas, como processos dinâmicos, por exemplo, o divórcio dos pais, ou situações de pobreza, não devem ser entendidos como riscos para o desenvolvimento, antes de serem avaliados os processos que liga o risco às consequências. Lembrando que nenhuma condição pode ser determinada como risco *a priori*, ou seja, depende dos processos que desencadeia e de suas consequências para a pessoa. Assim, o risco deve ser considerado como processo, não como uma variável em si (YUNES et al., 2004). Em outras palavras, o que hoje é um fator de proteção, no futuro pode se transformar em risco. Gabardino e Abramowitz (1992) citados por Yunes (2004) afirmaram duas fontes de risco socioculturais: o empobrecimento social e o empobrecimento cultural, caracterizados por um conjunto de valores ou visão de mundo que ‘boicotam’ as características nas quais os sentimentos de competência da criança se constroem ao longo do desenvolvimento. Ambas as formas de empobrecimento se manifestam no conteúdo e estrutura dos sistemas de apoio do ambiente familiar, tanto formal quanto informal. Esses sistemas guiam as ações do indivíduo e dão sentido às suas experiências cotidianas (YUNES et al., 2004).

Os fatores de proteção são as influências que melhoram as respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação. Incluem, também, a interação de fatores que alteram a trajetória da pessoa e produzem experiências estressoras ou protetoras em seus efeitos. Portanto, os fatores de proteção se contrapõem aos fatores de risco, e atuam modificando, melhorando e alterando as respostas do indivíduo aos riscos de desadaptação e às situações de risco. Podem não apresentar efeitos na ausência de um agente estressor, pois, “seu papel é o de modificar a resposta do indivíduo em situações adversas mais do que favorecer diretamente o desenvolvimento normal” (YUNES; SZYMANSKY, 2001, p.37). A rede de apoio social pode atuar como fator de proteção quando proporciona ambientes saudáveis de aprendizagem, reforço de habilidades e de capacidades emocionais e sociais importantes para o desenvolvimento (YUNES et al., 2004; YUNES, 2006).

A resiliência se manifesta na presença de risco, para produzir características saudáveis e não eliminando ou evitando os fatores de risco (YUNES, 2003). Pode ser entendida como a habilidade humana de superar adversidades, resultante da interação entre os fatores de risco e proteção. Morais e Koller (2004, p.101) fazem um paralelo entre a definição de resiliência e a de saúde, em razão de seu “caráter

histórico, multidimensional e processual”. Essas características podem representar fatores de risco ou de proteção, interferindo na probabilidade do indivíduo de apresentar problemas físicos, psicológicos e sociais, e modificando, alterando, melhorando ou piorando as respostas a determinados riscos de desadaptação.

Morais e Koller (2004) fazem uma relação entre a resiliência e a Psicologia Positiva, ao afirmar que os pesquisadores ainda concentram seus estudos nos fatores de risco, sendo poucas as pesquisas com os fatores de proteção. Segundo os autores, poucos estudos questionam o que têm feito as pessoas que sofrem abusos, maus tratos e violência, estando, portanto, expostas a fatores de risco para conviver com os traumas e sofrimentos e se relacionar de maneira saudável. Diferentemente destas, muitas outras pessoas que estão expostas ao risco não conseguem enfrentar as dificuldades ou evitá-las, mesmo estando no mesmo período histórico e contexto de desenvolvimento. Compreender esses fatores possibilita elaborar estratégias de promoção e proteção da saúde. Esse conhecimento permitirá um novo olhar sobre as pessoas, especialmente àquelas que se encontram em situação de risco, deixando de vê-las como vítimas oprimidas e sem poder, mas, fortalecendo-as (empoderando-as); resgatando dimensões sadias que as permitam recuperar-se e lutar na tentativa de superar as situações de risco; ultrapassando o determinismo social que ressalta as deficiências em detrimento das potencialidades e estratégias utilizadas para superar as dificuldades e que representam a busca por competência e saúde.

#### **2.2.4 Perspectiva Bioecológica do Desenvolvimento Humano**

Urie Bronfenbrenner, principal expoente do modelo bioecológico do desenvolvimento humano, desejava desenvolver e implementar políticas públicas que pudessem contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população. Segundo Navaz e Koller (2004), na teoria ecológica, os processos psicológicos passam a ser propriedades de sistemas, onde o indivíduo é só mais um elemento, sendo o foco principal os processos e as interações. A perspectiva ecológica deriva da fórmula de Kurt Lewin, em que o comportamento (C) é uma função da pessoa (P)

e do ambiente (A):  $C = f(PA)$ . Bronfenbrenner troca o termo comportamento por desenvolvimento. Pode-se entender, então, que

[...] o desenvolvimento consiste em um processo de interação recíproca entre a pessoa e seu contexto através do tempo, sendo uma função das forças que emanam de múltiplos contextos e de relações entre eles. O desenvolvimento ocorre através de processos de interação recíproca, progressivamente mais complexa, de um ser humano ativo, biopsicologicamente em evolução com as pessoas, objetos e símbolos presentes em seu ambiente imediato [...] (NAVAZ; KOLLER, 2004, p. 53).

A Teoria Ecológica se divide em dois momentos: na publicação de “Ecologia do Desenvolvimento Humano” (1979/1996) se apresenta a primeira fase da teoria, que enfatizava os aspectos do contexto, em detrimento dos aspectos da pessoa; na segunda fase, pesquisas e trabalhos questionaram a ênfase no contexto, e minimizaram os efeitos dos processos proximais, o que foi corrigido e criticado pelo próprio autor (BRONFENBRENNER, 1996; 1999), quando ele recombina os elementos e incluiu novos elementos, como os aspectos da Pessoa, dos Processos e do Tempo, consolidando a segunda fase da teoria ecológica, chamada então de Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (CECCONELLO; KOLLER, 2004). Os elementos anteriores não foram descartados, mas o foco se estabeleceu nos processos, de modo que as interações entre as pessoas, deixam de ser vistas apenas como função do ambiente, e passam a ser consideradas uma função do processo, que é definido como a relação entre o ambiente e as características da pessoa em desenvolvimento. Esse novo modelo propõe que o estudo do desenvolvimento humano se dê a partir da interação entre quatro núcleos que se inter-relacionam: a Pessoa, o Processo, o Contexto e o Tempo (NAVAZ; KOLLER, 2004).

O Processo passou a ser o conceito principal desse novo modelo, com ênfase nos processos proximais: formas particulares de interação entre o organismo e o meio ambiente, que operam ao longo do tempo e movem o desenvolvimento. Os processos proximais são interações entre a pessoa e seu ambiente (COPETTI; KREBS, 2004). Envolve também interações mais complexas das pessoas com objetos e símbolos, motivo pelo qual as atividades podem ocorrer mesmo sem outras pessoas. Navaz e Koller (2004) concordaram com Bronfenbrenner (1999) afirmando que, do ponto de vista do Modelo Bioecológico, as características da pessoa definem a direção e o conteúdo dos processos proximais. Esses processos

podem conduzir a dois efeitos: a competência, que se manifesta quando adquire e desenvolve conhecimentos e habilidades para gerir o próprio comportamento; e, a disfunção, que se manifesta em resultado da dificuldade de manter o controle e a integração do comportamento em diferentes áreas do desenvolvimento. Os efeitos de competência e disfunção dependem da exposição aos processos proximais, que varia ao longo de cinco dimensões: duração do período de contato, frequência desse contato ao longo do tempo, interrupção ou permanência da interação, *timing* da interação e intensidade e força do contato.

A Pessoa é o segundo componente do Modelo, e envolve as características determinadas biopsicologicamente e, também, as que foram construídas na interação com o ambiente. A estabilidade e mudança das características da pessoa durante o ciclo vital também estão relacionadas ao desenvolvimento. Bronfenbrenner (1996) destacou três características pessoais que interferem no desenvolvimento através dos processos proximais: de disposição, de recurso e de demanda (CECCONELLO; KOLLER, 2004): 1) *força* - elementos que movem e sustentam os processos proximais, podem colocá-los em movimento ou barrar seu desenvolvimento. São chamadas geradoras e desorganizadoras (ou inibidoras). As geradoras envolvem orientações ativas como curiosidade, disposição pra engajar-se, em atividades individuais ou compartilhadas, com outros, respostas a iniciativas de outros e senso de auto-eficácia. As características desorganizadoras se referem às dificuldades da pessoa em manter o controle sobre seu comportamento e emoções, como apatia, desatenção, insegurança, timidez, impulsividade, irresponsabilidade. 2) *recursos biopsicológicos* - experiências, habilidades e conhecimentos necessários para o desenvolvimento dos processos proximais por todos os estágios do desenvolvimento. Envolvem competências e deficiências que interferem na capacidade de engajar-se nos processos proximais, sendo as deficiências condições que limitam ou inibem a integridade do organismo (baixo peso ao nascer, deficiências físicas ou mentais), enquanto as competências são as capacidades, habilidades, conhecimentos e experiências que evoluíram ao longo do desenvolvimento. 3) *demandas* - aspectos que estimulam ou desencorajam as reações do ambiente social, facilitando ou não o desenvolvimento dos processos proximais, como aparência física e comportamentos ativos em oposição aos passivos. Características demográficas como idade, gênero e etnia também atuam sobre os processos proximais e seus efeitos no desenvolvimento. A hereditariedade

passa a ser elemento chave, é influenciada pelas condições e processos ambientais e, através dela, os processos proximais transformam os genótipos em fenótipos (COPETTI; KREBS, 2004; NAVAZ; KOLLER, 2004).

O modelo ecológico permite estudar as instituições a partir dos processos, pessoas, tempo e contexto, que nelas atuam e interagem; considera o ambiente e as interações que nele ocorrem, além dos ambientes mais distantes, que influenciam a vida do indivíduo, mesmo que ele não participe diretamente dos mesmos. Nessa perspectiva “importante para o desenvolvimento humano é o ambiente, na maneira como é percebido pelo indivíduo, e não como ele existe na realidade objetiva” (YUNES et al., 2004), motivo pelo qual os aspectos do ambiente que mais influenciam no desenvolvimento são os mais significativos para a pessoa numa determinada situação (BRONFENBRENNER, 1996).

Esses ambientes representam o Contexto, terceiro componente do modelo, que compreende a interação de quatro níveis ambientais, articulados em estruturas concêntricas inseridas uma na outra formando o meio ambiente ecológico, e são analisados como quatro sistemas que interagem entre si: microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema.

O *Microssistema* é definido como o contexto em que há um padrão de atividades, papéis sociais e relações interpessoais experienciados face-a-face pelo indivíduo. É nesse contexto que atuam os processos proximais:

[...] produzindo e sustentando o desenvolvimento, [...] as interações dentro do microssistema ocorrem com os aspectos físicos, sociais e simbólicos do ambiente e são permeadas pelas características de força, de recursos e de demandas das pessoas envolvidas (NAVAZ; KOLLER, 2004, p.57s).

O *mesossistema* é composto pelo conjunto de microssistemas que a pessoa frequenta e nas relações estabelecidas entre eles (BRONFENBRENNER, 1996), sendo ampliado cada vez que a pessoa passa a frequentar um novo ambiente. O que a pessoa vive em um ambiente influencia suas relações com os outros, como por exemplo, uma pessoa da família que esteja doente interfere na sua produtividade no trabalho.

O *exossistema* envolve ambientes que não são frequentados pela pessoa mas, que interferem indiretamente em seu desenvolvimento. Bronfenbrenner (1986) citado por Navaz e Koller (2004) identificou três exossistemas como fundamentais: o

trabalho dos pais, a rede de apoio social e o ambiente em que a família está inserida.

O *macrossistema* é composto pelas crenças, valores, ideologias, formas de governo, culturas, subculturas, presentes na vida das pessoas e que influenciam seu desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1996).

O *Tempo* é o quarto componente do modelo bioecológico, e permite avaliar a influência de mudanças e continuidades que ocorrem ao longo do ciclo vital sobre o desenvolvimento humano. É analisado em três níveis: microtempo, mesotempo e macrotempo. *Microtempo* se refere à continuidade e descontinuidade dos processos proximais. Para que funcionem os processos proximais, estes precisam de ambientes estáveis e previsíveis, e devem ocorrer com certa regularidade. O *mesotempo* diz respeito à periodicidade dos processos proximais, por intervalos de dias e semanas. Os efeitos cumulativos desses processos podem produzir resultados significativos no desenvolvimento. O *macrotempo* envolve as expectativas e os eventos de mudança dentro da sociedade através das gerações e o modo como esses eventos afetam e são afetados pelos processos ao longo do desenvolvimento. Ao analisar o tempo é preciso considerar as mudanças que ocorrem em relação à pessoa, mas, também, em relação ao ambiente e à dinâmica entre esses dois processos (BRONFENBRENNER, 1996; NAVAZ; KOLLER, 2004).

O Modelo Bioecológico do Desenvolvimento se destaca por sua proposta de interação entre diferentes domínios do funcionamento psicológico e desenvolvimento. Ressalta os estudos de desenvolvimento no contexto, considerando a dimensão cultural, propondo a investigação entre diferentes culturas, subculturas e diferentes macrossistemas. Enfatiza-se que é importante considerar o contexto de desenvolvimento em que a pessoa está inserida. “O contexto pode ser entendido como um sistema que atua positiva ou negativamente sobre os atributos pessoais da pessoa” (COPETTI; KREBS, 2004, p.87). Estando o indivíduo inserido em mais de um contexto, nem sempre as forças que atuam nos diferentes contextos agem na mesma direção, podendo interferir nos seus atributos pessoais. Os ambientes podem interferir positiva ou negativamente, fortalecendo ou conduzindo ao enfraquecimento dos atributos pessoais, sendo o resultado uma função dessas interações. Desse modo, tanto os ambientes circundantes atuam sobre a pessoa quanto os mais remotos. É importante observar, também, o tempo vital e histórico da pessoa em desenvolvimento. A interação entre os atributos da pessoa e das

características dos contextos que interferem em seu desenvolvimento na verdade são os processos proximais.

Bronfenbrenner (1996) afirma que a família é uma fonte rica de experimentos naturais, mas, pouco utilizada em experimentos sobre o impacto dos sistemas envolvendo mais de duas pessoas, na evolução do indivíduo. O tamanho do sistema varia nas famílias, com a movimentação diária de seus membros (CECCONELLO; KOLLER, 2004). Essa abordagem enfatiza o contexto em que a pessoa está inserida e as relações que ela estabelece, além da necessidade de apresentarem expressão de afeto, equilíbrio de poder e reciprocidade. As relações se estabelecem nos microsistemas e são responsáveis por um desenvolvimento saudável, que também depende da influência dos outros sistemas (meso, exo e macro). Por exemplo, escola, família, local onde mora, trabalho interagem entre si.

### **2.2.5 Relação entre o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento e a Estratégia de Saúde da Família**

É possível pensar na Estratégia de Saúde da Família como uma proposta de atenção à saúde que integra diversos microsistemas e a interação entre eles, que interfere na saúde do indivíduo. Nessa perspectiva, é uma estratégia de atuação que concorda com a proposta da Abordagem Ecológica do Desenvolvimento, onde pessoa, processo, contexto e tempo são considerados no resultado final, ou seja, o desenvolvimento do indivíduo e sua saúde.

Destaca-se a importância da compreensão dos sistemas em que a pessoa em desenvolvimento está inserida e dos processos proximais que ocorrem nos mesmos, pois, a saúde depende das relações desenvolvidas e de sua influência na pessoa, em suas atitudes e comportamentos. O exossistema pode ser analisado através da compreensão das características e fatos ocorridos na escola, no trabalho, no posto de saúde, na comunidade ou em outros locais onde a pessoa em desenvolvimento não participa diretamente, mas que influenciam indiretamente sua vida. Transportando para a Saúde da Família, pode-se pensar nas decisões tomadas pela prefeitura, pela organização do bairro, chefia de empresas públicas e privadas, entre outros. No macrosistema pode-se considerar as determinações do governo



(municipal, estadual, e federal), políticas econômicas e sociais como saúde, educação, transporte, educação, bem como crenças e valores sociais sobre como cuidar da saúde, por exemplo, remetendo à historicidade.

Compreendendo esses sistemas poderá haver mais facilidade em entender o desenvolvimento humano e as implicações desses contextos na saúde das pessoas. Ao considerar os diversos sistemas que a pessoa faz parte, pode-se pensar na saúde diretamente ligada às condições de vida: alimentação, esporte, lazer, entre outras. O macrossistema diz respeito ao papel do Estado, na promoção de políticas públicas para a saúde, lazer, educação, economia, como medidas primordiais para a prevenção e manutenção da saúde da população; além da cultura em que o indivíduo em desenvolvimento está inserido, seu sistema de crenças quanto à saúde, às doenças e como preveni-las e tratá-las.

Os diversos contextos têm papéis próprios, mas, podem interagir para promover saúde e resiliência, melhorando a qualidade de vida das pessoas. Minayo (1996) afirmou que os problemas de saúde não são resolvidos somente com decisões tomadas no setor da saúde, mas, precisam de outros exossistemas como o setor educação, cultura, economia, por exemplo, concordando com a teoria ecológica do desenvolvimento, esclarecendo a necessidade de interação e de ações do micro ao macrossistema. Por exemplo, a escola, enquanto microsistema, tem papel fundamental na socialização do adolescente, na sua preparação para a vida adulta. Interage diretamente com a família, outro microsistema essencial, e a relação entre ambos os micros pode favorecer o desenvolvimento desse adolescente, quando há convergência de pontos de vista e atitudes.

## **2. 3 FAMÍLIA E ADOLESCÊNCIA**

A família é o primeiro microsistema do qual toda pessoa participa, mesmo antes do nascimento, e que interfere nas relações estabelecidas com todos os outros sistemas de que fará parte ao longo do desenvolvimento. Existem algumas teorias a respeito da relação familiar do adolescente e sua influência em seu desenvolvimento. Destacam-se aqui a perspectiva da continuidade e a perspectiva

da descontinuidade (SANTROCK, 2003), por acreditar-se que ambas são complementares e permitem uma visão mais completa do adolescente.

A primeira delas enfatiza as primeiras relações entre os pais e a criança, colocando-as como modelo de futuros relacionamentos ao longo da vida, influenciando as relações com irmãos, colegas, amigos e parceiros românticos. Esse ponto de vista concorda com Bowlby (1982), ao afirmar a importância das relações primárias, dos cuidados entre os pais e o bebê para a formação dos vínculos afetivos entre eles e para o desenvolvimento da segurança do último. Os vínculos estabelecidos na tenra infância influenciam o desenvolvimento por toda a infância e adolescência, as relações com as pessoas da família e pares, com pessoas estranhas e com o próprio indivíduo. Sua auto-estima, autoconfiança, e auto-cuidado interferem nas relações que estabelece com o mundo e dão continuidade às primeiras relações estabelecidas pelo indivíduo: as relações familiares. O adolescente tem as relações estabelecidas entre os membros de sua família como modelo para as próximas relações interpessoais, seja um modelo positivo, a ser seguido, seja um modelo negativo, a ser evitado. Essa linha de pensamento reafirma a importância do apego seguro no início da infância para o desenvolvimento de adolescentes socialmente competentes<sup>1</sup>.

A perspectiva da descontinuidade enfatiza a mudança e o crescimento nos relacionamentos ao longo do tempo. As pessoas constroem relacionamentos diferentes em cada fase de seu desenvolvimento e com cada pessoa diferente numa mesma fase. Os relacionamentos entre pais e filhos têm maior tendência a permanecerem com os pais tendo autoridade unilateral sobre os filhos, por terem mais conhecimento e poder sobre a determinação das regras. Segundo Santrock (2003) esse é o modelo usado quando se lida com figuras de autoridade (identificando-se com os filhos) ou quando se exerce o papel de autoridade (identificando-se com os pais). Os relacionamentos estabelecidos entre pares se desenvolvem em uma base de igualdade, pois ambos têm conhecimento e autoridade relativamente iguais. Esses seriam a matriz dos relacionamentos com amigos, colegas e parceiros amorosos. Essa perspectiva não descarta a influência dos relacionamentos anteriores, mas, marca a singularidade de cada relação estabelecida pelo indivíduo ao longo de seu desenvolvimento.

---

<sup>1</sup>Para aprofundar comportamento de apego e suas consequências ver Bowlby 1982, 1989 nas referências e *Apego e perda: apego*. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002. v.1.

Assim como os pais aprendem a entender os sinais do bebê recém-nascido (BOWLBY, 1982; WINNICOTT, 2002), eles também aprendem a se relacionar com seu filho adolescente enquanto ele se desenvolve, muitas vezes se identificando com ele.

Santrock (2003) afirmou que os pais amadurecem junto com seu filho. Dentre as mudanças nos filhos que podem influenciar a relação pais-filhos o autor destacou: puberdade, mudança do raciocínio lógico, pensamento idealista, expectativas violadas, mudanças na educação, amizade, pares, namoro e uma movimentação para a independência. O crescimento da capacidade de argumentação do filho, por exemplo, pode ser uma fonte constante de estresse, pois, agora os pais precisam argumentar para convencer de suas razões para permitir ou proibir determinado comportamento ou desejo do adolescente, não basta dizer que pode ou não pode. Isso tende a gerar longas e exaustivas discussões, que, muitas vezes, dão a impressão de que o adolescente não precisa mais dos pais ou não aprecia mais sua presença ou interferência como antes, porém:

[...] ao contrário do que se poderia ter como idéia geral, que o adolescente é desapegado a sua família, que se encontra em seus depoimentos é que a maioria tem uma genuína admiração, estima e amizade por seus pais, considerando-os, independentemente da situação concreta de muitas vezes já não estarem juntos, mas tendo-os como as pessoas mais próximas que possuem. Mas a família contemporânea de nosso país, se por um lado pode estar muitas vezes em condições de desfrutar de coisas no sentido material, não estão mais feliz por isso. Também ela sofre as agruras do antagonismo entre a industrialização, urbanização e avanço tecnológico e os valores básicos que não chegam a se estabelecer, tendo apenas como constante a fugacidade destes (BRASIL, 1989b, p.7).

Os pais também mudam com o processo de adolecer dos filhos. Santrock (2003) afirma que nesse período os pais reavaliam sua vida conjugal e profissional, sua realização ocupacional. Os sonhos dos filhos despertam nos pais a lembrança de seus sonhos adolescentes, razão pela qual se perguntam se os realizaram ou abandonaram, de modo que os pais revivem sua adolescência enquanto acompanham o crescimento de seus filhos. Alguns querem ser mais amigos do que disciplinadores, e podem pecar pela falta de autoridade e limites, ambos necessários para um desenvolvimento saudável. A hierarquia é muito importante na família, porque influencia a constituição dos valores familiares (SCHENKER, 2008).

A saúde e a sexualidade são temas que passam a ser muito mais preocupantes para os pais de adolescentes, que em geral têm por volta de

cinquenta anos, e assistem ao amadurecimento dos filhos ao mesmo tempo que questionam sua atratividade e integridade corporal. Segundo Levisky (1998) a crise do adolescente interfere na dinâmica da família, podendo reavivar conflitos que estavam latentes nos pais, mas, também entre eles como casal, o que permite considerar que toda a família sofre essa crise e precisa da colaboração de todos os seus membros para sair dela igual ou melhor do que antes, exercitando sua resiliência, tanto quanto uma pessoa em situação de crise.

De acordo com esse ponto de vista, a família é um ambiente muito importante para o desenvolvimento, inclusive na percepção do filho adolescente, que precisa de sua contenção, do mesmo modo que o bebê precisava dos braços amorosos, mas firmes, de sua mãe ou cuidador (WINNICOTT, 2002). As famílias socializam seus filhos através das práticas educativas, que ensinam o que pode ou deve ser feito e como resolver os problemas que se apresentam. Tais práticas se dividem entre as indutivas, que buscam explicar as consequências do comportamento indesejado para a própria criança e para as pessoas ao seu redor, objetivando a mudança do comportamento pela compreensão e empatia, de modo que a criança internaliza as regras e se comporta de modo desejado mesmo sem um agente externo que a controle; e, as coercitivas, quando o comportamento é modificado pela força e ação de agente externo, muitas vezes, através de ameaças de perda de privilégios, ou mesmo da atenção e amor dos pais, sem a internalização dos motivos pelos quais tal comportamento não deve ocorrer, de maneira que a criança modifica o que é indesejado somente na presença do agente repressor.

Para Bronfenbrenner (1996) a reciprocidade, as relações de poder e de afeto na família, são dimensões que auxiliam na compreensão da influência das práticas educativas que contribuem para o desenvolvimento humano. Oliveira, Rabuske e Arpini (2007) corroboram com tal contribuição, apontando que as inúmeras possibilidades de interação nos diferentes subsistemas familiares são consideradas primordiais para a compreensão do desenvolvimento humano, por constituírem o *locus* para aprender regras, valores e relações de poder.

Percebe-se que:

[...] nos últimos anos, tem-se observado que o padrão da estrutura familiar vem experimentando significativas mudanças. Essas mudanças têm atingido e modificado os tradicionais mecanismos de solidariedade familiar, considerados elementos básicos de proteção dos indivíduos e anteparo

primário contra as agressões externas e a exclusão social (BRASIL, 1996, p.11).

A família pode atuar como fator de proteção, quando provê um ambiente facilitador, mas, com regras estabelecidas, onde o adolescente aprenderá a respeitar o outro e os limites impostos, além de poder contar com o apoio dessa família (MORAIS; KOLLER, 2004; YUNES et al., 2004; YUNES, 2006). Os limites dão a certeza de que existem regras na vida e sociedade, e de que esse adolescente é importante para sua família, sendo compreendido como uma expressão da preocupação e amor para com ele (PAPALIA; OLDS, 2000; SANTROCK, 2003; SCHENKER, 2008).

Na família os valores são ensinados cotidianamente nas relações estabelecidas entre seus membros, dado que os valores são os referenciais de vida e formam os cidadãos e atores sociais, a família tem uma grande responsabilidade perante a sociedade. Famílias que ensinam afeto e aceitação constroem cidadãos mais amorosos e empáticos (SCHENKER, 2008).

Pais que são hipersolícitos e permitem que a criança ou adolescente faça o que quiser, tolerando e relevando seus erros e colocando-os sempre em primeiro lugar, muitas vezes, passando por cima da autoridade de professores, acabam fazendo por esses filhos o que eles mesmos deveriam fazer e não estabelecendo limites não educam para a vida em sociedade. Em consequência os adolescentes apresentam dificuldades em se comprometer e assumir a responsabilidade por suas ações (TIBA, 2007).

Impedir que o filho assuma as responsabilidades pelas consequências de seus atos é infantilizá-lo, o que contribui para o não cumprimento dos valores familiares e sociais (SCHENKER, 2008). A família pode estabelecer internamente um ambiente amoroso e protetivo, que pode existir mesmo que habite uma comunidade violenta, com pouca rede de apoio.

Por outro lado, famílias que exigem de seus filhos responsabilidades e atitudes além de sua fase de desenvolvimento, e, portanto, além de suas capacidades físicas, cognitivas e emocionais, podem atuar como fatores de risco, incluídos aqui os casos de negligência, abusos ou exploração de trabalho infantil (SANCHEZ; MINAYO, 2005; SOUZA; JORGE, 2005; YUNES et al., 2004). A família que oferece risco não necessariamente tem poucas condições financeiras e materiais. Os riscos podem ocorrer mesmo naquelas famílias que vivenciam um

ambiente pacífico e com boa rede social, o que, na maioria das vezes, implica em um sofrimento a mais, pelo sigilo exigido da criança ou adolescente que sofre, mas, que deve manter a imagem familiar satisfatória. A falta de apoio na família pode levar o adolescente a buscar afeto e proteção em outros grupos, como os amigos, por exemplo.

Conforme Pantoja et al. (2007, p.5):

a adolescência foi transformada em uma fase do desenvolvimento humano cujas disfunções de ordem emocional e biológica são tomadas como fatos universais, e, por conta disso, costumam excluir os condicionantes sociais, históricos e culturais. Tais noções se difundiram e passaram a ser aceitas como verdades sobre o que é *ser adolescente*”.

Nesse sentido, Arpini (2003) refere que a adolescência nem sempre teve o valor que hoje lhe é atribuído, sendo uma construção histórica e social datada do século XX (ARIÉS, 1981).

Concorda-se com o documento Programa Saúde do Adolescente, quando o mesmo afirma que:

[...] o adolescente, em qualquer situação de risco ou de atenção à saúde, tem um contexto familiar que deve ser considerado na sua abordagem, tanto como um fator facilitador das ações como um desencadeador dos problemas vivenciados pelo adolescente. Em qualquer dos casos, o profissional de saúde deve estar atento para a questão e, na medida do possível, tentar envolver a família nas ações que serão desenvolvidas com o cliente (BRASIL, 1996, p.28).

Desse modo, a família e seu entorno, incluída sua rede de apoio e comunidade são importantes para o acompanhamento e promoção da saúde do adolescente, devendo ser incluídos nas atividades voltadas ao cuidado com essa população, por sua importância e proximidade com o público alvo, os adolescentes.

## 2.4 OS GRUPOS E AS INFLUÊNCIAS POSITIVAS E NEGATIVAS

As transformações corporais, cognitivas e emocionais também interferem nas relações dos adolescentes com seus pares, ou seja, outros adolescentes mais ou menos da mesma idade e nível de maturidade (SANTROCK, 2003). Na infância os amigos eram preferencialmente do mesmo sexo e os grupos eram formados com maior influência dos pais como consequência dos ambientes que os filhos eram levados a frequentar, como o clube, os centros religiosos, a comunidade onde moravam e a escola, por exemplo. Com o passar do tempo, os próprios adolescentes começam a escolher as pessoas com as quais querem passar a maior parte de seu tempo livre, na maioria das vezes outros adolescentes. Os primeiros grupos são do mesmo sexo, na parte inicial da adolescência, e aos poucos se tornam mistos, com adolescentes de ambos os sexos.

O sentimento de ser um estranho no próprio corpo é compartilhado com outros adolescentes, nos grupos, onde existe maior identificação e o jovem se sente acolhido e seguro, na maioria das vezes. Em alguns casos a identificação no interior do grupo é tão intensa que ao jovem parece impossível separar-se do grupo, além de sentir que pertence mais ao grupo que à sua própria família. Mesmo nos casos em que as atuações do grupo e suas decisões podem ser opostas às dos pais, de modo que o adolescente pode participar desse grupo como uma maneira de tentar diferenciar sua identidade da dos pais, num período em que luta para ser independente, mas no qual os pais ainda desempenham papel muito importante em sua vida (ABERASTURY; KNOBEL, 1981).

Papalia e Olds (2000, p.360) reforçam a importância do grupo na vida dos adolescentes ao afirmar que “o grupo de amigos é uma fonte importante de apoio emocional durante a adolescência”. As escolhas podem ser muito influenciadas pelos companheiros de grupo e a personalidade em formação favorece a aceitação e atuação em comportamentos que ele não manifestaria se estivesse em família ou mesmo sozinho. Segundo Kehl (2004) os adolescentes são unidos ao grupo de amigos por laços de cumplicidade e solidariedade, sentindo-se mais potentes e, ao mesmo tempo, mais protegidos para testar os limites impostos pelos adultos. Os

princípios de igualdade e justiça são explorados no grupo de amigos, através das divergências e das soluções encontradas pelos adolescentes para resolvê-las.

Os grupos satisfazem o desejo de filiação e companheirismo, mas também “proporcionam informações, elevam sua auto-estima e lhes conferem uma identidade” (SANTROCK, 2003, p. 138).

A importância dos grupos se dá na grande influência que exercem sobre seus membros ou mesmo sobre os adolescentes que gostariam de pertencer a eles, levando ambos a tomarem atitudes que sozinhos não tomariam, muitas vezes, ignorando ou superando suas idéias e valores próprios para permanecerem ou para passarem a fazer parte de determinado grupo. Existem grupos com influências positivas, que estimulam comportamentos saudáveis, socialmente aceitos e muitas vezes altruístas. Estão incluídas aqui as atitudes positivas, como a interferência dos “grupos de jovens” das diversas religiões, grupos de atividades culturais e esportivas, inclinados a atividades solidárias e de crescimento mútuo (SANTROCK, 2003). A sensação de ser rejeitado por um grupo também interfere na formação da identidade e auto-estima dos adolescentes, o que pode causar sentimentos de rejeição e hostilidade. Desse modo, mesmo um grupo positivo pode causar sentimentos e reações negativas em pessoas que gostariam de fazer parte dele, mas se encontram fora dos padrões ou normas por ele estabelecidos para seus membros.

Porém, existem, também, grupos negativos, onde a identidade grupal pode exercer uma influência negativa, favorecendo, entre outras coisas: o exercício precoce da sexualidade; o uso de drogas e o estabelecimento de gangues (grupos com comportamentos violentos e anti-sociais), que podem induzir ou mesmo pressionar o jovem para que mantenha o comportamento estabelecido no grupo, com penalidades específicas para cada grupo, no caso de discordância dessa norma interna. Esses grupos podem induzir então à atuação ou delinquência, em que o indivíduo e o ambiente se encontram em estado de violenta discordância, (OUTEIRAL, 1982). Para Kehl (2004), quando a sociedade não estabelece claramente os limites para o prazer, o grupo pode se transformar em gangue, e os testes para estabelecer os limites da liberdade permitida pela sociedade podem ser transgressões e atos de delinquência “autorizados”.

Ambos os estilos grupais exercem certa pressão sobre o adolescente para que ele adote atitudes, em conformidade com as normas do grupo. Essa



conformidade pode ser positiva, quando influencia no sentido dos grupos aqui chamados positivos, mas, também, no desejo de ser parte de algo maior que ele mesmo, de se identificar com os membros pelas vestimentas, atitudes e modo de falar, e de querer passar grande parte do tempo com o grupo de amigos.

Considera-se importante que os profissionais que atuam com adolescentes conheçam um pouco da dinâmica que se estabelece nos grupos, mas, também, a grande importância que esses grupos têm para seus membros. Conhecendo essa valorização fica mais fácil conceber maneiras de atuar e educar para a saúde, utilizando os grupos de pares como uma das ferramentas nessa construção de valores e posturas do adolescente frente a sua própria saúde.

## **2.5 A SEXUALIDADE E A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

No Brasil, os adolescentes entre 10 e 19 anos somam 17,93% da população segundo o censo de 2010 (BRASIL, 2010b). Porém, concorda-se com o marco teórico, estabelecido e publicado pelo Ministério da Saúde em 1996, relativo à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens no Brasil, quando coloca que “apesar desta expressividade populacional, a produção de informações e estudos sobre a vida sexual e reprodutiva deste segmento populacional e, conseqüentemente, sobre sua relação com os serviços de saúde, ainda é ínfima” (BRASIL, 2006c, p.14).

Uma pesquisa realizada por Ferrari, Thomson e Melchior (2008), com médicos e enfermeiros de ESF, apontou que esses profissionais atendem os adolescentes por livre demanda, não havendo um programa específico aos jovens usuários. As meninas buscam mais o atendimento e na maioria das vezes, para exames de confirmação de gravidez, e a busca dos meninos é tão baixa que acaba por passar sem registro algum. O adolescente precisa de outra dinâmica de atendimento, capaz de acompanhar suas urgências emocionais e seu ritmo. Os profissionais que participaram dessa pesquisa afirmaram realizar atividades relativas à saúde física do adolescente, com muitas orientações a respeito de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e uso de preservativos, mas, sem um espaço de escuta e discussão dessas problemáticas, onde seja permitido ao jovem expressar suas dúvidas e medos.

Os atendimentos prestados a essa parcela da população, na maioria das vezes, se limitam a orientações quanto ao uso de preservativos e outros métodos anticoncepcionais e à exposição das DSTs e suas consequências ao organismo. Os professores e profissionais de saúde que atuam junto aos adolescentes esquecem que nesse período a vida é tomada pela sexualidade, pelas fantasias, exploração e experimentação sexual, e que isso envolve mais do que manter relações sexuais; é uma fase vivenciada com forte carga afetiva, quando a sexualidade é incorporada à identidade de cada um (SANTROCK, 2003).

A maioria dos adolescentes obtém informações sobre sexo com os amigos e colegas, tão pouco informados quanto eles mesmos, por filmes ou panfletos, mas, poucos conversam com os pais ou professores sobre o assunto, o que garantiria informações de maior confiabilidade e qualidade, estimulando-os a utilizarem métodos contraceptivos (PAPALIA; OLDS, 2000). Culturalmente, os adolescentes são bombardeados por filmes, propagandas e músicas que exploram a sexualidade, mas, não são preparados para vivenciá-la, ainda que tenham maiores possibilidades de exercê-la do que os adolescentes de outros períodos. Assim, a permissividade vigente hoje não significa maior realização emocional com o ato sexual.

Na adolescência a identidade sexual se define, com o corpo sinalizando as preferências em termos de gênero, identificando o adolescente como heterossexual ou homossexual. Ainda existe muito preconceito quanto à homossexualidade, inclusive por parte dos homossexuais (masculinos e femininos), que demoram a aceitar-se e podem ter grande sofrimento em função de sua sexualidade, encobrida com comportamentos socialmente esperados como relacionamentos e casamentos heterossexuais. Independente da orientação sexual, todos os adolescentes sentem excitação sexual, o que não necessariamente precisa culminar em uma relação sexual, podendo ser resolvido ou atenuado com a auto-estimulação ou masturbação, escolhida por muitos adolescentes como uma maneira de adiar a relação sexual e conhecer o próprio corpo, podendo continuar inclusive na vida adulta (PAPALIA; OLDS, 2000; SANTROCK, 2003).

A sexualidade também não é vivida de maneira tranquila por adolescentes heterossexuais, que, muitas vezes, sofrem pressão de seu grupo de amigos para exercê-la, mesmo que não estejam emocionalmente preparados para isso. A atividade sexual pode variar de um beijo casual às carícias mais íntimas até o contato genital. Alguns adolescentes podem ter tido sua primeira relação sexual por

pressão, para permanecer pertencendo ao grupo, por medo de não ser amado caso não cedasse ou mesmo por querer evitar as brincadeiras e gozações do grupo sobre sua virgindade. Os adolescentes que iniciam sua atividade sexual precocemente têm menos probabilidade de adotar o uso de anticoncepcionais que os mais velhos, seja por menor preparação, seja por vergonha ou dificuldade de obter os preservativos ou outros anticoncepcionais. Ter o conhecimento dos anticoncepcionais não é o suficiente, o que garante que o adolescente os utilize é sua aceitação de si mesmo e de sua sexualidade, por exigir maturidade emocional e cognitiva (PAPALIA; OLDS, 2000; SANTROCK, 2003).

Na ânsia por experimentar sua sexualidade, muitos jovens não tomam os cuidados necessários, e podem acabar portadores de doenças sexualmente transmissíveis, ou tendo que arcar com os custos (emocionais, financeiros e orgânicos, no caso das meninas) de uma gravidez não planejada e, muitas vezes, de risco, porque o corpo da adolescente ainda está em formação e pode ter dificuldades em levar a gestação a termo. Cada grupo social percebe esse fato de maneira peculiar: para um grupo a gravidez adolescente pode fazer parte de seu modo de vida, de sua trajetória para a formação de uma família; para outros grupos, pode ser vista e vivida como uma saída, ainda que falsa, para problemas de violência familiar e abuso, ou mesmo uma forma de adquirir valor social (BARKER; CASTRO, 2002).

Cada grupo social possui representações próprias a respeito dos eventos que se apresentam a seus adolescentes. Pantoja et al. (2007) comentaram que transformar a gravidez na adolescência em uma problemática que carrega, invariavelmente, várias formas de sofrimento é simplificar a questão e defini-la como uma resposta homogênea para todos os jovens pais e mães que atravessam essa etapa. É preciso, então, contextualizar o fenômeno a partir dos próprios sujeitos, situando-os, principalmente, em suas origens socioeconômicas, para que seja possível determinar suas especificidades. Os preconceitos e percepções de outro ponto de vista podem dificultar o entendimento da gravidez na adolescência e o trabalho com essas gestantes. Porém, não se pode deixar de salientar que a gravidez adolescente implica em riscos para a mãe e também para o bebê, o que exige maiores cuidados do que uma gravidez de uma mulher cujo corpo já está formado e não disputaria nutrientes com a criança (PAPALIA; OLDS, 2000; SANTROCK, 2003).

Gama et al. (2002, p.3), em estudo sobre a gestação adolescente e a relação entre a mãe e o bebê, lembraram que as crianças de famílias mais pobres apresentam maiores índices de baixo peso ao nascer, “têm maior frequência de internações no primeiro ano de vida, têm estatura inferior e recebem assistência médica de pior qualidade”. Tais fatores são exacerbados quando a gestação ocorre durante a adolescência da mãe, e que, de maneira geral, são adicionadas à frágil estrutura emocional da gestante que “muitas vezes não conta com o apoio do pai da criança e/ou da própria família”. Segundo os autores, a revolução sexual que deu maior liberdade para o exercício da sexualidade não foi acompanhada de maiores cuidados e educação sexual, especialmente nas famílias e escolas, ambientes responsáveis pela educação das crianças e adolescentes. As adolescentes ainda buscam a gestação como afirmação de *status* social, como maneira de serem reconhecidas especialmente nas camadas mais pobres da população. Papalia e Olds (2000) concordaram com Arpini (2003) e Madeira (1997) quando afirmaram que as meninas que têm maiores aspirações para o futuro têm menos tendência de engravidar, por se preocuparem com seus planos e projetos futuros.

O nível de escolaridade da mãe influencia na saúde das crianças, segundo notícia publicada pelo departamento de comunicação social do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 13 de abril de 2004, na cartilha de Síntese de Indicadores Sociais 2003. Conforme a notícia:

[...] filhos de mulheres com até 3 anos de estudo têm 2,5 vezes mais risco de morrer antes dos 5 anos que os de mulheres com 8 anos ou mais de estudo. A taxa de mortalidade para as crianças do primeiro grupo é de 49,3 por mil nascidos vivos, enquanto para as do segundo grupo é de 20 por mil. Atribui-se essa diferença a uma maior percepção da mãe escolarizada quanto aos cuidados com a higiene e a saúde dos filhos (BRASIL, 2004, p.4.).

Esse dado nos permite questionar se a baixa escolaridade das mães não seria mais um fator de risco a ser considerado no desenvolvimento e crescimento do bebê. Porém, a educação formal nem sempre prepara de modo satisfatório para a parentalidade. Conforme Bigras e Paquette (2007) a sensibilidade dos pais é importante para que possam entender as necessidades do bebê interpretando suas atitudes e reações. Em seu estudo com mães adolescentes primíparas e seus filhos, de quatro meses de idade, as mães estavam na faixa de 13-18 anos na 26ª semana de gravidez no momento do início da pesquisa. Os autores supunham que as mães-

adolescentes apresentavam alto risco de maltratar seus filhos, por ter menos recursos à sua disposição (pessoais, sociais e econômicos), que seriam necessários a uma adequada adaptação da situação diante da maternidade precoce e de tudo que esta condição implica.

Os resultados observados em laboratório indicaram que a sensibilidade da mãe foi mais importante para os meninos do que para as meninas e para as mães melhor preparadas ao seu papel diante da maternidade. Os comportamentos de controle foram menos elevados com os meninos, comparado às meninas e também quando a mãe estava melhor preparada para a maternidade [...] e as meninas foram mais cooperadoras com a sua mãe quando essas eram menos preparadas para a maternidade (GAMA et al., p.7).

Segundo os autores a preparação para a parentalidade, ou seja, ter recebido algum conhecimento sobre o desenvolvimento da criança e os cuidados necessários com ela, é um fator que interfere na relação com o bebê, no vínculo e qualidade do apego estabelecido entre ele e a mãe. Também constataram que as mães percebidas como indiferentes foram as que haviam revelado ter sofrido abuso emocional. Quanto menos preparadas as mães estavam, mais difíceis eram os comportamentos de seus bebês, gerando ansiedade nas mães e menor desejo de permanecer interagindo com as crianças. A falta de preparação levou as mães a responderem de maneira incoerente aos sinais dos bebês, ou de acordo com o ritmo da mãe, chamada pelos autores de controle. Mas as dificuldades também podem ser consequência das dificuldades afetivas e cognitivas das mães, “a mãe pressionada (pobreza, conflito conjugal) teria mais comportamentos adversos (controle, negligência, entre outros) com os seus filhos” (BIGRAS; PAQUETTE, 2007, p. 9). Os resultados encontrados pelos autores concordam com as colocações de Papalia e Olds (2000) e indicam que o desenvolvimento e a relação afetiva dos filhos de mães adolescentes são melhores quando essas mães recebem alguma preparação para a maternidade e quando não sofreram abusos emocionais, fatores que podem ser associados à resiliência e devem ser considerados. Santrock (2003) concordou com os autores, afirmando que as mães adolescentes têm menos práticas desejáveis de criação de filhos e expectativas menos realistas para o desenvolvimento de seus bebês. Além disso, os pais adolescentes se envolvem menos com seus bebês, apresentando rendimentos inferiores, menos instrução e mais filhos que os homens que protelaram a paternidade para depois dos vinte anos.

Gama et al. (2002) constataram que naquelas gestantes adolescentes em que a cobertura do pré-natal foi insuficiente ou nula (0-3 consultas), o risco de parto prematuro e baixo peso ao nascer foi significativamente maior no grupo de mães adolescentes comparadas às mães componentes de sua amostra com idade superior a vinte anos de idade. Assim, concorda-se com os autores quando afirmaram que “o acompanhamento médico adequado durante a gestação pode ser visto como uma política compensatória da saúde, cabendo a ele o papel de minimizar o efeito das desigualdades sócio-econômicas” (GAMA et al., 2002, p.14). Enfatizaram ser necessário ampliar o número de consultas no pré-natal, o que permitirá melhorar a saúde das gestantes e de seus bebês, especialmente quando as mães são adolescentes.

Em relação aos abusos emocionais, eles podem ser evitados com programas que atendam as famílias e atuem para auxiliar os pais na educação dos filhos, que poderiam ser inseridos na rede de cuidados proporcionada pela Estratégia de Saúde da Família. O mesmo pode ser proposto quanto à preparação para a parentalidade, uma vez que as equipes de ESF são as mais próximas das mães/pais e podem acompanhar sua gestação, aproveitando o pré-natal como um motivo de encontro para fornecer grupos e cursos sobre o desenvolvimento e cuidados de bebês, específicos para gestantes e mães adolescentes. Esse trabalho pode auxiliar por deixar essas gestantes menos ansiosas quanto ao que esperar, ao mesmo tempo em que as capacita para lidar com o bebê real, não o imaginado, reduzindo suas frustrações e possibilitando melhores relações mãe-bebê.

## **2.6 O ADOLESCENTE E A ESCOLA**

Ao trazer conteúdos que não condizem com a realidade experimentada pelo adolescente de grupo popular, a escola deixa de ser um fator de proteção, definido como “fatores ou influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais para determinados riscos de adaptação”. Os fatores de proteção permitem que o indivíduo se adapte melhor ou, ao menos, saia um pouco mais fortalecido de uma situação difícil (DELL’ AGLIO; KOLLER; YUNES, 2006).

Para os adolescentes de grupos populares a manutenção na escola pode significar o afastamento de atividades de risco, como o envolvimento com tráfico de drogas e situações de exploração. Mas, Arpini (2003) referiu que também poderia ser a alternativa para sair das condições de vida precárias nas quais, muitas vezes, se encontram, além de manter esses adolescentes e crianças ocupados até que sejam chamados a trabalhar para auxiliar na manutenção e sustento da família. Porém, esse ainda pode ser um dos motivos que os afasta da escola, por precisarem trabalhar fora ou mesmo manter a casa e cuidar dos irmãos menores e permitir que a mãe trabalhe.

Madeira (1997) colocou que a escola pode não ser atraente e que o fracasso escolar, muitas vezes, é atribuído unicamente aos alunos, desconsiderando a metodologia de ensino, os professores, a política e os acontecimentos internos da escola. Exclui seus alunos por não atender às suas expectativas, fazendo parecer que eles mesmos decidiram abandonar os estudos. Isso pode ser resultado das dificuldades da própria escola em aceitar tais alunos, suas famílias e suas histórias de vida (ARPINI, 2003). Desse modo a escola seria inocente no processo de evasão e fracasso escolar, enquanto desconsiderada como local de acesso privilegiado aos adolescentes, quando poderia ser utilizada para promoção de práticas saudáveis, educação em saúde e construção da cidadania, conteúdos que poderiam contribuir para torná-la mais atraente e próxima da realidade (MADEIRA, 1997).

No caso dos adolescentes atendidos pelas equipes de ESF, a situação social e econômica constitui fator de risco, ou seja, atua como um dos “eventos negativos de vida que aumentam a probabilidade de um indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais”, e que interferem em seu desenvolvimento e na constituição de sua auto-imagem, importante para a construção de sua identidade enquanto sujeitos (DELL’ AGLIO; KOLLER; YUNES, 2006, p.x).

## **2.7 O ADOLESCENTE E O TRABALHO**

O perfil dos adolescentes traz diferentes demandas, conforme seu contexto de vida. Geralmente, o período da adolescência coincide com a saída da escola e entrada no mundo do trabalho, significando a aquisição do status de adulto.

(SARRIERA; SCWARCZ; CÂMARA, 1996 apud HUTZ, 2005). Jovens de diferentes classes sociais estão inseridos atualmente no mercado de trabalho, formal ou informalmente, ainda que seja “proibido qualquer trabalho a menores de 14 anos de idade, salvo na condição de aprendiz” (BRASIL, 1990b, art.60). Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT) 352 milhões de crianças menores de 17 anos estão trabalhando, no mundo.

Arpini (2003) colocou que o trabalho é postergado para os adolescentes cujas famílias possuem renda suficiente para mantê-los na escola sem a necessidade de trabalhar. Esses pertencem a um grupo social que valoriza a escola a tal ponto de ela ser prioridade e os afastar da família, realidade de muitos que mudam para escolas de cidades maiores em razão de buscarem melhor preparação para vestibular e acesso à universidade.

Asmus e colaboradores (2005), ao pesquisar os motivos que levavam os adolescentes a ingressar no mercado de trabalho, descobriram por meio de relatos que a família era a principal responsável pela inserção destes no mundo do trabalho. Por esta razão, os adolescentes não significavam para eles mesmos o fato de começar a trabalhar. Eles descreviam esta situação como mais uma das obrigações que teriam que realizar para ajudar na economia doméstica. Segundo Sarriera e cols (1996 apud HUTZ, 2005) a relação estabelecida com o trabalho, em sua procura, experiência ou na perda de emprego, constitui um dos principais entraves para o desenvolvimento de projetos pessoais. Grande parte desses jovens se insere em um campo de trabalho já com um passado de fracasso escolar, e acabam se afastando cada vez mais da formação. Sem uma qualificação escolar, suas experiências ocupacionais decaem em qualidade (SARRIERA e cols, 2000 apud HUTZ, 2002).

Os conteúdos estudados na escola, ao apresentar pouca relação com o universo cultural dos adolescentes de classes populares, criam, neste grupo, a noção de que permanecer na escola não significa melhores chances de qualificação para o mercado de trabalho, nem melhoria da qualidade de vida (ARPINI, 2003; ASMUS, 2005). Além disso, Arpini (2003) lembrou que esses adolescentes não aspiram ao prolongamento dos estudos, em função dos tipos de trabalho que têm em mente. Entre estes, encontram-se as atividades de babá, motorista, garçom, caixa de supermercado, acompanhante de idosos, por exemplo, que não exigiriam mais que saber ler e escrever, e lhes proporcionariam retorno financeiro imediato, permitindo resolver os problemas do momento presente. Muitos adolescentes



abandonam a escola assim que podem, por não ter motivação de frequentá-la, sem sofrimento por isso; enquanto o trabalho é desejado e visto como alternativa para modificar sua situação precária de vida. O trabalho permitiria a esses adolescentes sair de sua situação atual e desenhar um projeto de vida.

O adolescente em situação de risco precisa romper com o estereótipo que lhe é atribuído, graças a sua cor e origem, de ser suspeito de ter cometido atos ilícitos, mesmo que não tenha feito nada dessa natureza, para poder inserir-se na sociedade e no mercado formal de trabalho (ARPINI, 2003).

Para os adolescentes de grupos populares a experiência de trabalho representa a sensação de independência e constitui a base para a esfera de consumo, ainda que em patamares mínimos, e acesso aos bens valorizados socialmente e que a família não pode financiar. Os adolescentes valorizam o trabalho, independente de sua natureza ou de suas condições, por lhes proporcionar a primeira experiência como consumidor e certa autonomia quanto aos gastos (ARPINI et al., 2005).

A esses aspectos somam-se as necessidades de sobrevivência e a crença de que o trabalho constitua elemento disciplinador e preventivo da marginalidade. As mães se preocupam mais com filhos ociosos do que com o tipo de trabalho por eles desempenhado ou as consequências que possa ter para seu futuro ou mesmo sua saúde (ARPINI, 2003; ASMUS, 2005;).

A experiência do trabalho precoce alimenta a idéia de que aquela atividade está ligada apenas à sobrevivência, em especial, para os grupos populares. Em geral as sequelas referentes às doenças do trabalho de adolescentes aparecem somente na fase adulta, desvinculando as doenças que aparecem na adolescência do trabalho realizado (ASMUS, 2005). O tempo gasto no trabalho reduz o tempo de convivência, lazer e estudo, podendo ocasionar desgaste emocional, prejudicial à saúde física e cognitiva.

Mas, é importante lembrar que o trabalho não traz só malefícios, pois, pode auxiliar na inserção do adolescente na vida produtiva, e permitir acesso a colocações profissionais que ele teria maiores dificuldades de atingir sem a qualificação obtida em projetos que o colocam como aprendiz. As famílias também consideram de maneira diferenciada o adolescente que trabalha, valorizando-o por auxiliar financeiramente a família, mas, também, por manter-se afastado de situações de risco e violência e tornar-se mais responsável (ARPINI, 2003).

Moralmente mais valorizado e respeitado, esse adolescente teria maiores condições de ser “uma pessoa de bem”, aos olhos de sua família e comunidade. Além disso, o dinheiro lhe permite dar conta de suas relações afetivas e sociais, possibilitando o “acesso a outras fontes de prazer, satisfação e mesmo aceitação afetiva e social” (ARPINI, 2003, p. 151-2). O trabalho auxilia na composição da identidade do adolescente de grupo popular, sendo prioritário em relação à escola, permitindo, ainda, o planejamento de um projeto de vida. Porém, o abandono da escola deve ser problematizado, pois, com menor escolarização esse adolescente terá maiores dificuldades de conseguir empregos melhores e permanecerá nesse círculo de pobreza e exclusão (ARPINI et al., 2005).

Em estudo relacionando a idade de saída da escola, a idade no nascimento do primeiro filho e a entrada no mercado de trabalho, Oliveira et al. (2006) afirmaram que, quanto mais tardiamente se entra no mercado de trabalho, maior o nível educacional obtido, o que facilitaria a transição para a autonomia financeira, que é importante para assumir os compromissos relativos à formação de família. Os autores lembraram que, por outro lado, quanto mais anos o adolescente se mantém na escola, permanecendo no papel social de estudante, mais se atrasa a transição para assumir os papéis e as despesas relativas à formação de família, o que ocorre com adolescentes de grupos mais abastados.

## **2.8 DROGAS E VIOLÊNCIA**

A violência aparece na vida dos adolescentes de diferentes formas. A idéia de que o aumento da violência se deve aos jovens é uma falácia. Segundo Mager e Silvestre (2006) os jovens constituem 40% da população e, apenas 8% das infrações registradas são cometidas por eles, enquanto 92% delas são praticadas por maiores de 18 anos. A cada homicídio praticado por um adolescente, 17 adolescentes são mortos no Brasil. Lima e Paula (2006) realizaram um levantamento sobre violência, que denuncia que em vinte anos, de 1980 à 2001 as mortes por agressão de jovens na faixa de 15 a 24 anos aumentou 319%, contra o aumento de 244% do total de homicídios, dados que corroboram o que dizem Soares e Arpini (2009) que afirmaram que os adolescentes são mais vítimas do que algozes.

Segundo Lima e Paula (2006) os maiores índices de aumento de morte de adolescentes e jovens se deram nas regiões Nordeste e Sudeste, respectivamente, onde estudos sobre violência identificaram intensos processos de mudança social e econômica e os correlacionaram com o aumento da violência criminal. Destaca-se que, ao mesmo tempo em que os adolescentes são os mais identificados como causadores da violência, eles constituem o maior grupo de vítimas desse fenômeno. Segundo os autores eles seriam mais apontados como causadores da violência por estarem mais visados do que os outros grupos etários, controlados pela polícia e demais instituições de controle social. Para os autores, os adolescentes e jovens constituem um grupo de risco, por serem identificados socialmente como seres sem auto-controle, entendendo-os como potencialmente perigosos para a sociedade.

Kehl (2004) entendeu o aumento da delinquência juvenil como um sintoma da sociedade, onde ninguém quer ocupar o lugar de adulto, enquanto representante da lei diante das novas gerações, nem mesmo os pais, que, muitas vezes, preferem ser amigos a assumir as responsabilidades inerentes à parentalidade. A adolescência e a juventude são os períodos da vida idealizados, e nesse sentido para a autora todos querem fazer parte deles.

Quando vítimas, esses jovens podem sofrer violência dentro de suas próprias casas, agressão que se divide em negligência, abandono, violência física, psicológica e sexual. Os principais agressores são pessoas próximas, como os pais, madrastas e padrastos, e amigos da família. Em quase 80% dos casos, a violência de gênero recai sobre o sexo feminino. Ainda existe pouca participação das escolas e dos serviços de saúde em relação à notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência (COSTA et al., 2007).

A ocorrência de violência doméstica e a manifestação de comportamentos anti-sociais em crianças e adolescentes, em geral, ocorrem em famílias onde existe pouca interação familiar e alto índice de negligência. Esse tipo de violência depende do funcionamento do abusador, da vítima, da família e de sua rede de apoio social (DE ANTONI; KOLLER, 2002).

Pode-se diferenciar a violência da agressão: a agressão provoca danos menos severos ao indivíduo, ao passo que a violência pode ser caracterizada por atos agressivos, como delinquência ou crueldade, que causam sérios prejuízos a suas vítimas. A agressão é aqui entendida como expressão física ou verbal que causa danos físicos ou psicológicos a outros indivíduos. O aumento na identificação

de casos de agressividade intrafamiliar e negligência parental aponta que, em muitos casos, a família, em lugar de exercer papel protetivo, amplia a vulnerabilidade emocional dos filhos e estabelece um modelo inadequado de interação, que tende a ser reproduzido no futuro (REPPOLD; PACHECO; BARDAGI; HUTZ, 2002). Os autores referiram, também, que algumas técnicas educativas que utilizam a indução favorecem o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais, pois, facilitam a internalização de normas sociais e morais, e direcionam a atenção da criança para as consequências de seu comportamento sobre as outras pessoas; enquanto as coercitivas que utilizam a aplicação ou a ameaça de uso direto de força, punição física ou privação de privilégios e afeto acabam por gerar ansiedade e insegurança na criança, além de ensinar que seu comportamento deve ser controlado por um agente externo, que quando ausente deixa de controlá-lo (HUTZ, 2002).

Costa et al. (2007) referiram pesquisa realizada com adolescentes infratores, onde verificaram que eles sofriam agressões, principalmente, da mãe. Tal fato pode ser explicado pela maior permanência da genitora no lar e pelo fato desta ser a principal responsável pela educação dos filhos, num contexto de adversidade socioeconômica (desemprego, falta de assistência social, saúde e outras) e/ou pessoal (relacionamentos em conflito).

A violência dos adolescentes pode ser compreendida como uma resposta à maneira como a sociedade os trata, porém, as drogas não são as únicas responsáveis pelo aumento dessa violência. Segundo Marger e Silvestre (2006) a própria violência vigente hoje, que impede grande número de jovens ao acesso a bens públicos, como escolas qualificadas e capacitação profissional e vagas de trabalho, é muito mais responsável pelos índices crescentes de violência do que o consumo de drogas isolado, que do ponto de vista das autoras seria uma consequência, não a causa do problema. Lima e Paula (2006) evidenciaram que as drogas podem exacerbar as reações dos adolescentes, potencializando os atos violentos causados por eles.

Igualar o consumo de drogas pelos adolescentes à violência é desconsiderar a história da juventude no Brasil, a impunidade, a corrupção no sistema judiciário, a violência policial e o desrespeito aos direitos humanos, superlotações em prisões e maus-tratos a que são submetidos os presos e adolescentes em conflito com a lei. O crime organizado faz uso intenso de mão-de-obra juvenil por esta ser mais barata,

além de levantar menos suspeitas. A inserção de adolescentes no tráfico pode facilitar o acesso de outros adolescentes que iniciam o contato com a droga através de seus pares. O tráfico de entorpecentes acaba por ocupar lacunas que o Estado não preenche, tais como a fragilidade das escolas que não preparam para a vida, para o trabalho e para o sustento dos próprios adolescentes e de suas famílias, sendo a sobrevivência uma das justificativas para essa atividade ilegal. Essa relação acaba por indicar “uma das raízes da associação entre juventude e violência” (LIMA; PAULA, 2006, p. 98).

“A sociedade teme as drogas, ao mesmo tempo que as cultua” (ELUF, 2006, p.70) e, embora a humanidade as tenha utilizado desde sempre, seu consumo hoje é desenfreado e gera estragos por todo lugar, iniciando pela dependência de quem a consome. Desfaz a estabilidade familiar, induz à criminalidade e reduz a capacidade produtiva do país, motivos suficientes para serem consideradas problema social. A criminalidade entre os jovens também aumenta em consequência das drogas, pelo aumento de seu consumo e pelo início ser cada vez mais cedo (ELUF, 2006).

A maioria dos adolescentes inicia o contato com a droga dentro de casa, as drogas lícitas, como o álcool e o cigarro, são as mais utilizadas e de mais fácil acesso. Algumas vezes não são reconhecidas como drogas, o que pode ser um fator de risco, vindo a constituir-se em porta de entrada para as demais. Os adolescentes conhecem essas primeiras drogas em festas e reuniões familiares, e, às vezes, são estimulados a “prová-las”, especialmente os meninos, como uma prova de masculinidade e de sua aptidão para o mundo adulto.

Em relação a esse aspecto, Noto (2006) expôs os dados de um levantamento realizado entre os estudantes em 1997, que revelou que 50% das crianças entre 10 e 12 anos já havia consumido algum tipo de bebida alcoólica; 28,9% relatou haver experimentado pela primeira vez em casa; em 21,8% dos casos com a oferta ou permissão dos pais; os estudantes que relataram haver iniciado o uso mais tarde o fizeram na convivência com os amigos (23,8%). A mesma autora citou um levantamento domiciliar realizado em 2001, com adolescentes entre as idades de 12 e 17 anos, onde 2,2% das meninas relataram haver consumido medicamentos psicotrópicos como ansiolíticos (5,8% dos estudantes) ou anfetaminas (4,4%), utilizadas como moderadores de apetite, sem receita médica.

Os adultos estimuladores do uso de substâncias psicoativas, muitas vezes, alegam que “um pouquinho só não faz mal”, e que eles mesmos não mudam quando

as utilizam, especialmente o álcool, e que, portanto, seriam inócuas para o adolescente também. Por questões culturais o álcool se tornou uma imposição relacionada ao lazer. As pessoas são condicionadas a se divertir somente com a ingestão de bebidas alcoólicas, o que inicia ainda na adolescência. Os que não o toleram ou preferem evitar seus efeitos no organismo são pressionados a beber sob o risco de serem rejeitados pelo grupo, independente das consequências desse consumo, dentre elas a dependência. Os solventes, drogas mais acessíveis economicamente, são consumidos principalmente por crianças e adolescentes carentes e excluídos (ELUF, 2006; NOTO; SILVA, 2002).

Tiba (2007) observou que o trânsito do adolescente entre o grupo de amigos e a família é um sinal de que ele está bem e que caso se isole em um desses pólos os pais devem se preocupar. Segundo o autor, o melhor seria a família conhecer o grupo de amigos e manter com eles uma relação estreita, levar e buscar o filho das festas, pois, na volta é que obterão mais informações sobre a festa, como a presença e uso de alguma substância psicoativa.

No período da adolescência o indivíduo ainda está em formação e o uso de qualquer substância estranha ao organismo pode causar danos muito maiores do que os que ocorrem nas fases posteriores, quando seu corpo já está formado. Como exemplo, tem-se a Talidomida, inócua para os adultos e causadora de graves problemas (como a má formação entre tantos outros) para o feto, em razão do período do desenvolvimento a que foi exposto a ela (SILVA; MATTOS, 2006). O cérebro se desenvolve durante toda a gestação e durante os primeiros anos de vida até a adolescência suas estruturas ainda estão em crescimento e formação, tornando-o mais sensível a estressores. É o órgão mais sensível e o mais afetado pelo uso de substâncias psicoativas (drogas), e controla o comportamento de acordo com as informações que recebe do ambiente. A parte do cérebro responsável pela tomada de decisão, impulsividade, sobrevivência e motivação, também é responsável pela dependência química (dependência do organismo, física ou psíquica de qualquer substância psicoativa). Normalmente é responsável pela interação com o ambiente externo e avaliação das condições internas para então tomar a decisão, ou seja, qual comportamento será executado. A parte cerebral responsável pelo prazer é reforçada pelas drogas psicoativas, e pode ser acionada artificialmente sempre que o indivíduo desejar, pela utilização dessas substâncias. Esse mecanismo pode ser utilizado para fugir de agentes estressores como

sensações desprazerosas e sentimentos negativos, tais como medo ou a vergonha, por exemplo. Causas comuns de estresse pré-natal são a exposição à violência, fome, pobreza e abandono, além da síndrome de abstinência experimentada pela gestante dependente química. Os efeitos do estresse pré-natal perduram a vida toda, com o conseqüente aumento da sensibilidade ao estresse na vida adulta (SILVA; MATTOS, 2006).

As crianças têm os pais como modelos, e podem aprender com eles a lidar com o estresse de maneira positiva ou recorrendo às drogas. É bastante comum os pais utilizarem o cigarro e o álcool como maneiras de aliviar o estresse cotidiano, especialmente no fim de um dia de trabalho, ensinando aos filhos que essa é a melhor maneira de relaxar e resolver os problemas.

Na adolescência os sistemas cerebrais responsáveis pela recompensa estão mais ativos do que os que controlam as inibições, de modo que as drogas de abuso provavelmente provocam reações mais intensas nos adolescentes do que nos adultos, estimulando o desenvolvimento da dependência (NOTO; SILVA, 2002; SILVA; MATTOS, 2006).

A impulsividade característica da adolescência é exacerbada pelas drogas e pode ser uma via de acesso para a ação criminosa, muitas vezes, o tráfico, seguindo o impulso de obter recompensa imediata, prestígio e dinheiro para suas necessidades, para poder sustentar o vício ou, até mesmo, pela excitação causada pelo comportamento ilícito (SILVA; MATTOS, 2006). Os autores observaram que os adolescentes que iniciaram o uso de drogas antes da adolescência, muitas vezes, foram expostos a situações em que deveriam responder sozinhos por seus atos, quando ainda não estavam preparados para isso. Além disso, o uso de drogas entre adolescentes é estimulado por fatores de risco, entre os quais está o uso regular de drogas pelos pais. Noto e Silva (2002, p. 94) lembraram que:

[...] a curiosidade, a influência do grupo, a disponibilidade de drogas, o contexto familiar e situações como episódios de emoções desagradáveis tem sido apontados como alguns dos fatores de risco para o uso de drogas entre os jovens.

Tiba (2007) afirmou que pais que confiam cegamente em seus filhos, acreditando que nunca mentem, apresentam dificuldades em reconhecer os sinais de uso de substâncias por parte do filho. Podem acreditar quando o filho nega usar

qualquer substância logo que questionado, e “essa confiança absoluta pode significar convivência com o uso de drogas pelo filho” (TIBA, 2007, p.81). Os amigos, vizinhos e amigos dos pais já sabem, mas os pais acabam sendo os últimos a saber quando o filho consome drogas. Importante lembrar que “não apenas filhos de lares desestruturados consomem drogas. Os nascidos em boas famílias também o fazem” (TIBA, 2007, p.125).

Filhos de dependentes de álcool têm quatro vezes mais risco de desenvolver dependência química que a população geral. Noto e Silva (2002) afirmaram que a melhor maneira de prevenir o uso de drogas é fornecer aos adolescentes informações sobre elas. Essas informações se dividem entre as amedrontadoras, quando enfocam os prejuízos decorrentes do uso de drogas, e as informações científicas, amplas e isentas. Segundo as autoras, o primeiro tipo de informação foi muito utilizado no passado e se mostrou ineficaz; quanto ao segundo, isoladamente não obtém sucesso, uma vez que a mudança dos conceitos não necessariamente implica na mudança dos comportamentos. A prevenção secundária é destinada aos que já fazem uso da droga, mas ainda não são dependentes; não se identifica nenhum prejuízo decorrente de seu comportamento; e, ainda sentem imenso prazer ao utilizá-la. Na prevenção terciária estão incluídas as políticas públicas de redução de danos, que reconhecem que as pessoas usam e permanecem usando drogas, mas procuram afastar ou reduzir os problemas sociais decorrentes desse uso, como as doenças transmitidas por seringas compartilhadas (NOTO; SILVA, 2002).

A prorrogação da entrada no mundo adulto, exigida por melhores qualificações profissionais obriga alguém a fornecer os subsídios para esse adolescente, e quando os pais não podem fazê-lo cabe ao Estado, que, na maioria das vezes, deixa-os desamparados e vulneráveis aos apelos do tráfico, com o dinheiro rápido e fácil (SILVA; MATTOS, 2006). Silva e Mattos (2006) concordaram com Bandeira, Koller, Hutz e Foster (1996) e com Cassol e De Antoni (2006) ao afirmarem que:

[...] a falta de relações empáticas e de apoio familiar, pressão do grupo, violência doméstica e baixa auto-estima tem sido relatados como fatores preponderantes de risco. Por outro lado, fatores como religiosidade, estrutura familiar empática, inteligência, conhecimento sobre os efeitos das drogas e a capacidade de enfrentar situações adversas por meio de comportamentos mais adaptativos, tem sido citados como fatores protetores, até mesmo quando a oferta da drogas é excessiva e barata (SILVA; MATTOS, 2006, p. 43).



Fica mais fácil enganar pais e professores quanto menos informações eles tiverem sobre os efeitos das drogas, as alterações físicas e comportamentais que elas provocam a curto e longo prazo, os principais argumentos usados por usuários. Assim, a relação estreita e amorosa entre os pais e seus filhos atua como fator de proteção ao uso de drogas. “A melhor prevenção ao uso de drogas é a educação que fortalece a auto-estima, combustível que ajuda os jovens a ter um comportamento que se norteia pelos seus valores interiores” (TIBA, 2007, p. 132).

As medidas adotadas ultimamente não foram eficazes e negligenciaram diversas questões de saúde (NOTO; SILVA, 2002). Quando o adolescente já tem a dependência instalada em seu organismo, e possui uma rede de apoio que o incentive a buscar tratamento para livrar-se das drogas ele enfrenta um longo caminho, e, muitas vezes, volta ao início, quando recai.

Os tratamentos dos adolescentes por transtornos por uso de substâncias psicoativas, mesmo quando efetivos, têm maiores taxas de abandono e menor sucesso terapêutico, quando comparados aos tratamentos de outros transtornos mentais. Como esse período da vida é marcado pela busca de autonomia, o adolescente mostra dificuldade em receber ajuda, sua onipotência dificulta sua percepção dos riscos e problemas, além de sua limitação quanto ao futuro, que o impede de pensar nas consequências futuras de seus comportamentos atuais (KAMINER; SZOBOT, 2006; NOTO; SILVA, 2002).

O mais comum é que inicie o tratamento por pressão da família ou do sistema judiciário. O tratamento em grupo é muito interessante para essa população, por permitir o treino de habilidades sociais, como entrevistas de emprego e questões relacionadas à apresentação pessoal e à comunicação. Além disso, o grupo permite mudanças cognitivas, afetivas e comportamentais, por permitir o encontro com outros adolescentes que apresentam problemas semelhantes, além da reprodução de algumas das pressões enfrentadas diariamente no ambiente terapêutico. Sabe-se que de 70 a 80% dos adolescentes que apresentam problemas com drogas tem algum outro diagnóstico psiquiátrico, que pode preceder a dependência química ou ser uma consequência dela (KAMINER; SZOBOT, 2006). Essa comorbidade deve ser tratada, caso contrário o prognóstico piora e, dificilmente o tratamento para dependência química será efetivo. São oferecidas diversas modalidades como o tratamento ambulatorial em Centros de Apoio Psicossociais específicos para

dependência química (CAPS), que incluem terapia em grupo, individual e familiar, dependendo dos recursos do serviço, recomendados para até 70% dos casos. Considera-se importante lembrar que os CAPS são a porta de entrada do SUS para o tratamento da dependência química. A internação hospitalar é utilizada para desintoxicação e, posteriormente, o usuário retorna para os CAPS ad ou até a Comunidade Terapêutica, recomendada aos usuários de drogas que têm pouco apoio familiar e precisam se afastar da sociedade para completar o tratamento, podendo ficar alguns meses em acompanhamento intensivo residindo nessas comunidades.

Os objetivos da terapia familiar são restabelecer a autoridade dos pais e melhorar a qualidade das relações pais-filhos. Importante salientar que famílias que protegem demais, também são prejudiciais; se o adolescente sempre teve quem fizesse tudo por ele e raramente foi frustrado, ele pode apresentar dificuldades na adolescência, pois, sua própria noção de competência está abalada; não confia em si mesmo e pode se sentir incapaz de tomar iniciativas, como aproximar-se de alguém em uma festa, precisando do álcool ou outra droga para conseguir fazê-lo (KAMINER; SZOBOT, 2006).

Concorda-se com Barros (2002, p.47) quando a autora afirma que:

[...] os adolescentes não crescem em grupo homogêneo, na realidade eles crescem em diferentes culturas, o que torna necessário considerarmos formas variadas de alcançá-los. Jovens que lidam com diferentes situações têm diferentes necessidades.

Assim, acredita-se que as ferramentas utilizadas no trabalho com adolescentes devem ser adaptadas a cada grupo, considerando a média de idade, situação sócio-econômica e ambiente familiar e social que os rodeiam, de modo que atendam às expectativas e necessidades dessa população. Procurou-se, por meio do presente estudo, conhecer um pouco mais sobre a realidade e as necessidades de saúde dos adolescentes de Santa Maria, a partir dos profissionais das equipes da Estratégia da Saúde da Família, para tornar possível atuar de modo mais efetivo e resolutivo em suas problemáticas.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 PROCEDIMENTOS**

Inicialmente fez-se contato com a Secretaria Municipal de Saúde, solicitando a relação das equipes de saúde da família atuantes no momento, na cidade de Santa Maria. A partir dessa relação, foi feito contato com as referidas equipes, solicitando um encontro para a apresentação da proposta do trabalho e formalização do convite para a participação do grupo na pesquisa. Após Autorização Institucional a concordância das equipes cada profissional participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D), garantindo o sigilo. A pesquisa de campo ocorreu em cinco Unidades Básicas de Saúde, uma de cada região da cidade, onde as equipes de saúde da família se reúnem, para a discussão e estudo de casos.

A pesquisadora entrevistou 15 profissionais de saúde, em entrevistas individuais, e as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. O presente estudo se constitui como estudo de casos múltiplos conforme o proposto por Yin (2005), caracterizando a presente pesquisa como estudo exploratório de abordagem qualitativa. O autor defende que se utiliza o estudo de caso para pesquisas de fenômenos individuais, sociais, políticos e de grupo, principalmente quando se tem como perguntas de pesquisa “como” e “por que”, quando não se tem controle sobre os fenômenos observados e os mesmos são contemporâneos ao estudo. O estudo de casos múltiplos permite analisar mais de um caso ao mesmo tempo, e verificar se o material coletado nos diferentes casos é semelhante ou não, comparando-os entre si.

Utilizou-se como proposta metodológica o estudo de caso, com a técnica de entrevista semi-estruturada ou semi-dirigida, que, de acordo com a proposta de Turatto (2003), tem certa flexibilidade e “permite também ao entrevistado assumir o comando”. Essa troca de comando ocorre quando o informando vai associando temas ao assunto geral proposto pelo pesquisador, situação que permite maiores esclarecimentos e o aprofundamento das idéias discutidas. Sua importância está na possibilidade que ambos os atores da relação têm oportunidades para dirigi-la, representando ganho na reunião dos dados. Além disso, permite que o entrevistador proponha questões para obter detalhes das informações, exemplos e contextos (TURATTO, 2003). O autor citou Morse e Fields (1995), que destacaram o uso da entrevista semi-dirigida quando o pesquisador conhece as questões a perguntar, mas não pode prever as respostas.

Destaca-se a importância de seguir a regra da homogeneidade, ou seja, de que as entrevistas tenham sido realizadas todas pelo mesmo entrevistador, e seguindo o mesmo roteiro, com as mesmas questões disparadoras; rigor necessário para a realização de uma análise comparativa posteriormente (BARDIN, 1977).

### **3.2 LOCAL DA PESQUISA E PARTICIPANTES**

Conforme já mencionado, a pesquisa foi realizada em cinco Unidades Básicas de Saúde (UBSs) de referência das equipes de ESF no município de Santa Maria. O primeiro contato ocorreu na própria Unidade, quando foi apresentada a proposta de pesquisa aos profissionais. A maioria das entrevistas ocorreu nas dependências das UBSs, portanto, no local e horário de trabalho dos profissionais, com exceção de duas delas. Uma destas ocorreu em um ponto de ônibus na estrada, na área rural onde o profissional trabalhava. Cabe explicitar que, neste momento, não haviam outras pessoas neste local; a outra entrevista foi realizada no novo local de trabalho do profissional, em uma UBS de um município vizinho a Santa Maria. As unidades que participaram da pesquisa apresentavam, no momento da seleção, a equipe mínima da ESF: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo os últimos em número bastante superior, em média cinco ACS para cada equipe selecionada, porém, para fins de representatividade dentro da equipe, participaram da pesquisa somente um profissional de cada categoria, por equipe. As equipes foram escolhidas, primeiramente, de acordo com sua localização geográfica, com o intuito de identificar semelhanças e diferenças em suas demandas e possibilidades de trabalho, decorrentes das diferenças entre as regiões da cidade: norte, sul, leste, oeste e centro. Destaca-se que uma das unidades integrantes do estudo pertence à zona rural. A denominação e constituição das equipes encontram-se no Quadro 2.

<b>Equipe</b>	<b>Equipe 1</b>	<b>Equipe 2</b>	<b>Equipe 3</b>	<b>Equipe 4</b>	<b>Equipe 5</b>
Profissional entrevistado	Enfermeiro	Sem enfermeiro	Enfermeiro	Enfermeiro	Sem enfermeiro
	Médico	Médico	Não pode participar	Médico	Médico
	Técnico de enfermagem	Técnico de Enfermagem	Sem Técnico de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	Sem Técnico de Enfermagem
	Agente Comunitário	Agente Comunitário	Agente Comunitário	Agente Comunitário	Agente Comunitário

**Quadro 2** – Constituição das equipes das UBSs que participaram da pesquisa

Atendendo ao critério de localização geográfica, foram selecionadas, dentro de cada região de abrangência, aquelas equipes mais completas, sendo este o segundo critério de inclusão das equipes. Porém, nem todas as entrevistas inicialmente previstas puderam ser realizadas, pois, a gestão municipal estava em momento de transição e muitos profissionais estavam saindo das equipes, de modo que três deles não estavam mais presentes quando se contactou a unidade; outros chegaram a aceitar participar, mas, foram impedidos por não trabalharem mais no local, no momento da realização das entrevistas; houve, também, profissionais que foram contratados neste período, porém, ainda não tinham assumido o cargo no momento da realização da pesquisa. Essa situação peculiar, com o fim ou cancelamento de alguns contratos e a ausência de contratação imediata de profissionais acabou por reduzir o número de entrevistas realizadas. Assim, foram realizadas ao total quinze entrevistas. O Quadro 3 permite a visualização dos entrevistados por equipe, profissão e tempo de trabalho.

ENTREVISTADO	EQUIPE	PROFISSÃO	IDADE (anos)	TEMPO NA ESF	EQUIPE COMPLETA
E1	1	Enfermeiro	44	5 anos	Sim
E2	1	Médico	53	10 meses na UBS	Sim
E3	1	Técnico de enfermagem	43	6 anos (1 ano na UBS)	Sim
E4	1	Agente Comunitário	37	3 anos (não informou exato)	Sim
E5	2	Médico	25	1 ano	Não
E6	2	Técnico de enfermagem	48	5 anos	Não
E7	2	Agente Comunitário	49	5 anos	Não
E8	3	Enfermeiro	38	1 mês na UBS (5 anos na ESF)	Não
E9	3	Agente Comunitário	36	6 anos	Não
E10	4	Enfermeiro	50	6 anos	Sim
E11	4	Médico	72	5 anos	Sim
E12	4	Técnico de enfermagem	42	5 anos	Sim
E13	4	Agente Comunitário	49	6 anos	Sim
E14	5	Médico	61	6 anos (1 na UBS)	Não
E15	5	Agente Comunitário	29	4 anos	Não

**Quadro 3** – Caracterização dos entrevistados por equipe, profissão e tempo de trabalho

### 3.3 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi realizada através do método de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977). Na preparação do material para análise, as entrevistas foram transcritas em sua totalidade, mantendo-se os arquivos de áudio para garantia da fidelidade das transcrições e da permanência do material para possíveis análises futuras.

Foi realizada a leitura individual de cada entrevista, leitura inicial que pode ser caracterizada como flutuante, e que permitiu constatar a existência de temáticas

comuns, encontradas em praticamente todas as entrevistas. Os tópicos encontrados foram colocados em quadros para melhor visualização, cujas colunas foram preenchidas com conteúdo retirado de cada entrevista, permitindo a constatação da convergência do material coletado, ainda que cada entrevista tenha sido realizada com cada profissional em data e local separados, individualmente. Esses quadros forneceram a base das categorias estabelecidas para a análise, de modo que se considerou a totalidade das entrevistas, sem fazer cruzamentos por profissão ou por equipes no momento, em razão do tempo disponível para a conclusão do trabalho. Porém, não se eliminou a possibilidade de análises futuras do material já coletado.

A partir desse trabalho inicial com os dados surgiram as seguintes categorias de análise: Principal clientela identificada pelos profissionais e atendimentos mais freqüentes dirigidos à população; Conceituação e caracterização da adolescência; Demandas dos adolescentes identificadas pelos profissionais; Características da população local e dos adolescentes da região de abrangência da equipe; Atendimento oferecido pela equipe aos adolescentes; Dificuldades apontadas pelos profissionais no trabalho com os adolescentes e com a comunidade; Sentimentos referidos pelo profissional ou percebidos pelo entrevistador ao longo da entrevista; Soluções e sugestões apontadas pelos profissionais atuantes na ESF para sanar as dificuldades e problemas apontados com relação à demanda adolescente.

O objetivo da categorização é fornecer uma representação simplificada dos dados brutos, de modo a permitir que o pesquisador formule hipóteses a partir das categorias encontradas. Esclarecido isso, destaca-se que a categorização realizada neste estudo segue o conceito de Bardin (1977), sendo uma operação de classificação do material coletado nas entrevistas, por diferenciação dos temas presentes nas frases, e reagrupamento dessas frases de acordo com o tema ao qual se referem. As categorias “são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos [...] sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (BARDIN, 1977, p.117).

### 3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados respeitando-se os critérios de disponibilidade e interesse, considerando que os mesmos deveriam ser profissionais de saúde atuantes nas equipes de Saúde da Família responsáveis pelo atendimento nos moldes da ESF na cidade de Santa Maria. Acrescenta-se, ainda, que nenhum sujeito foi coagido ou forçado a participar da pesquisa.

Foram respeitados os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, conforme apontam as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde) e a Resolução nº 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia. O projeto foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da UFSM, sob o nº CAAE 0056.0.243.000-09.

Os participantes assinaram o TCLE, em duas vias, uma ficando com a pesquisadora e a outra com o participante. O TCLE foi entregue pessoalmente a cada participante da pesquisa, nesse mesmo momento, foram fornecidas individualmente todas as informações sobre a pesquisa, e esclarecidas as dúvidas existentes, possibilitando ao sujeito a livre escolha de sua participação. O Termo de Confidencialidade (APÊNDICE C) também foi assinado pela pesquisadora e pelo participante, ficando o último com uma cópia desse documento.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 PRINCIPAL CLIENTELA IDENTIFICADA PELOS PROFISSIONAIS E ATENDIMENTOS MAIS FREQUENTES DIRIGIDOS À POPULAÇÃO

Esta categoria sintetiza os aspectos apontados pelos profissionais no momento inicial das entrevistas, onde se procurou conhecer a realidade destes e as problemáticas por eles identificadas.

A saúde e a doença estão condicionadas a processos sociais e econômicos, aspectos considerados pelo modo de funcionamento e atendimento da Estratégia de Saúde da Família, que busca conhecer o ambiente físico, político e social de seus usuários e em função da proximidade com a clientela tende a ter atuação mais coerente com a realidade e as necessidades da população. Considerou-se importante situar no começo da entrevista o trabalho das equipes, lembrando que foram escolhidas equipes de regiões diferentes e que a ESF atende todas as fases do desenvolvimento. Buscou-se com as questões iniciais caracterizar a clientela atendida, identificando se os adolescentes apareciam como demanda espontânea na unidade.

O desenvolvimento humano ocorre durante a vida inteira, de modo que nenhuma fase é mais importante que a outra, além disso “cada período do ciclo de vida é influenciado pelo que ocorreu antes e irá afetar o que virá depois” (PAPALIA; OLDS, 2000, p.31). A partir dos dados obtidos, foi possível perceber que a maioria das unidades participantes da pesquisa atendem a uma população distribuída em todas as fases do desenvolvimento, como refere a entrevista abaixo:

*[...] a gente vai visita as famílias, cadastro de gestantes, hipertenso, diabético, e faz um acompanhamento mensal dessas pessoas, não só dessas pessoas, mas como da família inteira né. (E15, agente comunitário de saúde).*

No entanto, evidenciou-se destaque para crianças e idosos, ambos referidos por sete entrevistados. Destacou-se, também, a frequência de referências em

relação às mulheres em idade fértil, sendo estas acolhidas na maioria das vezes em razão de demandas relacionadas aos filhos e ao acompanhamento pré-natal, assim como exames preventivos de câncer de colo de útero. Os principais atendimentos dirigidos a essa clientela são específicos para cada fase.

No atendimento infantil, destacam-se as consultas relacionadas com doenças sazonais, lembrando que a coleta de dados ocorreu no inverno, período de muitas doenças respiratórias; também foi citada a puericultura, com consultas de rotina, e o atendimento a casos de escabiose e piolho, característicos de regiões com situação precária de higiene.

*Problema respiratório [...] Escabiose. Tem bastante ratos nesta região, porque eles fazem [...] trabalham como catadores de lixo, aí acumulam [...] lixo, lixo, lixo [...] Se tu sair pra baixo aqui te dói de ver. Aí tem aquelas crianças com sarninha do pé a cabeça. Daí dá temperatura, a criança não quer comer, aí coça [...] um pecado. Aí quando vem um vem a família toda, porque passa pra os outros. Piolho, ferida tem bastante assim [...] o mais comum é criança com problema respiratório mesmo. Criança assim, que chega aqui com cheiro de fumaça, sujinhos, por falta de banho, por [...] fogãozinho a lenha eles tem dentro das casas assim. Eles chegam aqui com problema respiratório, pai e mãe são fumantes, aí ficam fumando no mesmo ambiente. Não adianta tu orientar. Aí chegam as crianças aqui. É problema respiratório direto. Tem muito. Tanto que a medicação que a gente mais faz uso aqui é pra problema respiratório. (E3, técnico de enfermagem)*

No atendimento dirigido aos idosos, aparecem em destaque o cuidado com a hipertensão e diabetes, orientação aos familiares e cuidado de escaras nos idosos acamados; única parcela da população atendida que recebe regularmente visitas domiciliares de outros membros da equipe que não os agentes comunitários de saúde.

*O médico faz a medicina curativa, né?! Faz a medicina preventiva. Faz ... Como eu vou dizer? As avaliações sanitárias. Tu entende? Que for necessária em decorrência de alguma doença, alguma coisa infectocontagiosa. Faz as visitas domiciliares, que é o acompanhamento dos pacientes acamados. Só pra os acamados? Só pra os acamados. Nós não fazemos atendimento em casa. É*

*pacientes acamados que não podem vir a unidade. Esse é o papel da visita domiciliar.uhum Geralmente esse trabalho feito, é agendado pelas agentes de saúde, que elas que os tem o conhecimento dos pacientes que têm necessidade.*  
(E14, médico)

Conforme Papalia e Olds (2000) os muitos dos problemas de saúde que costumavam ser atribuídos à velhice hoje são considerados decorrentes do estilo de vida ou de doenças que podem acompanhar ou não o envelhecimento. A expectativa de vida atual é a mais longa conhecida pela humanidade, parte dela é devida à redução nas taxas de mortalidade infantil, menor número de mortes de jovens adultos, inclusive de mães durante o parto, tratamentos novos para doenças antes fatais e população com melhores índices de instrução e maior consciência de sua saúde (PAPALIA; OLDS, 2000, p. 496). Ainda que exista a possibilidade de uma velhice saudável, encontram-se poucas referências a ela na fala dos profissionais entrevistados, que destacaram os idosos como a parcela da população mais necessitada de atenção. As equipes buscam envolver a família nesse cuidado, tanto pela importância dos laços afetivos, quanto pela falta de profissionais disponíveis para realizar essas visitas de cuidado regularmente.

*A faixa dos idosos dos 60 em diante, que é uma prioridade que a gente tem, bastante idosos, aqui ... bastante, acamados. E aí nesse caso, os atendimentos mais comuns que tu poderia citar pra essa faixa etária quais são? Pra essa faixa etária, ah, os hipertensos, controle da pressão, cuidado com as escaras os diabéticos, o controle de HGT, que tem que fazer o controle da diabetes. E os pacientes acamados mais idosos assim, o controle daqueles ... muitos tá ... os curativos, bastante pacientes com curativos de escaras, que tu tem que dar um foco central em cima disso né. Que a gente tem bastante curativo com cobertura, né, que aí tu pode fazer uma vez por semana, e até mais no final da semana, normalmente ou no fim de semana. Tem que orientar o familiar que cuida, pra ele poder dar suporte, né, porque nem sempre tu pode sair todos os dias naquele horário, né.*  
(E12, técnico de enfermagem).

Depressão, problemas emocionais e de solidão também aparecem nas falas dos profissionais, relacionados, principalmente, aos idosos. A depressão, ao

contrário da crença popular, é diagnosticada com menos frequência na idade avançada. Porém, seus sintomas são mais frequentes em adultos mais velhos do que entre adultos mais jovens, pois a presença de doenças ou dores crônicas, perda de cônjuge, filhos, irmãos e amigos, uso de medicamentos que alterem o humor e sensação de perda de controle sobre a própria vida são fatores que tornam a pessoa mais suscetível à depressão, e são mais comuns em pessoas mais velhas. “O fracasso em manter um estilo de vida saudável com exercícios adequados pode contribuir para a depressão”, assim como acontecimentos estressantes ou a solidão podem dispará-la (PAPALIA & OLDS, 2000).

*Tem coisas que ... que falta mesmo, sabe? Eles não tem aqui. Tu vê que são carentes mesmo. Carente. Carente de atenção. Tem um senhor que esses dias eu tava brincando com a C., que eu não agüento mais ver ele na minha frente. Não sei se ele já não ta aí. Ele vem todos os dias, duas vezes por dia fazer nebulização. Ele já não precisava mais. Mas a situação é assim: ele ta sozinho, a mulher deixou dele, não sei o que mais. Aí tu dá atenção, eles vêm e grudam. Tão sempre aqui. (E3, técnico de enfermagem).*

*[...] tem bastante idoso aqui na área. Então a gente conversa com bastante idoso aqui, a maioria dos idosos ... muitos moram sozinhos, idoso analfabeto até [...]. É que a maioria dos idosos da área são hipertensos, diabéticos, tem outros problemas de nervos, depressão, né ... assim [...] Ah poderia dizer que os idosos também são os mais carentes que tem, né. Eles precisam de uma atenção a mais...às vezes a gente já fez a visita assim, tu tá querendo ir embora e eles vão conversando, falam da vida deles porque se sentem muito sozinhos também né às vezes mora um casal junto mas é a mesma coisa que sozinho. Às vezes um passa mais tempo na rua assim, eu percebi que os idosos aqui da área gostam muito de ir pro centro né. A maioria vai pro centro e aí fica o velhinho vai e a velhinha fica em casa. (E15, agente comunitário).*

A fala acima ilustra uma realidade comum aos idosos: a solidão e isolamento. Erikson (1998) falou sobre as fases desenvolvimento, transportando todas as crises que ocorreram ao longo da vida para o que denomina nono estágio, ou seja, a velhice. Esse período é caracterizado pelo autor através das dificuldades e

limitações que o idoso vive, em consequência do desgaste natural de seu corpo, mesmo que a mente se encontre sadia e ativa. Ele enfatizou alguns aspectos, sempre relacionados às crises anteriores, tais como a desconfiança, quando o ancião deve desconfiar das próprias capacidades, e mesmo as atividades cotidianas mais simples podem causar dificuldades e conflitos, o que para Erikson justificaria o cansaço e o humor deprimido. Na mesma linha de pensamento, o autor colocou a falta de autonomia vivida nessa fase, quando não se pode mais confiar no próprio corpo e a força de vontade enfraquece. Pode haver certa insegurança quanto ao status e papel, sem saber o que é esperado de si, agora que não há mais o trabalho a defini-lo, e os papéis familiares, muitas vezes, e invertem quando muitos idosos passam a ser dependentes de seus filhos, trocando de lugar com eles: de cuidadores a necessitados de cuidados. Muitas famílias podem ter dificuldades nesse período, tanto os pais quanto os filhos podem sofrer com essa troca caso não tenham se preparado emocionalmente para vivê-la. Além disso, nessa fase da vida, os idosos relembram as escolhas feitas pelo caminho, os amores vividos e os que foram abandonados, e a sensação de solidão está fortemente relacionada às coisas que desejou viver, mas teve que deixar para trás, assim como nos vínculos estabelecidos com a família, amigos e vizinhos (ERIKSON, 1998).

Papalia e Olds (2000) referiram entre outras, três teorias sobre a terceira idade que acredita-se serem relevantes para a presente discussão: teoria do desengargo, da atividade e da escolta social. Segundo a teoria do desengargo, o envelhecimento traz uma redução nas atividades e envolvimento social e maior preocupação consigo mesmo. Sustenta que o declínio do funcionamento físico e a consciência da aproximação da morte resultam num afastamento dos encargos e papéis sociais. As autoras afirmaram que o que parece ser desengargo em uma cultura tradicional é uma transição dos papéis ativos da meia-idade aos passivos da terceira idade, e que o verdadeiro desengargo ocorre em sociedades em que o idoso é deixado sem funções estabelecidas para sua fase do desenvolvimento. A teoria da atividade afirma que os papéis de um adulto são importantes fontes de satisfação e que, quanto maior a perda de papéis decorrente da aposentadoria, viuvez, distância dos filhos e doenças, mais insatisfeita estará a pessoa. Segundo essa teoria, pessoas que envelhecem bem procuram atividades substitutas para os papéis perdidos, mantendo o máximo possível de atividades. Já na teoria da escolta social as mudanças ocorridas afetam somente os círculos sociais mais distantes, ou seja,

mais externos e menos íntimos. Após a aposentadoria os colegas de trabalho e amigos mais distantes se afastam e é o momento de substituí-los por novos amigos ou por maior convivência com velhos amigos e conhecidos. Porém, independente do que ocorra com esses relacionamentos, os idosos mantêm ainda um “círculo de interno estável de escoltas sociais: amigos e membros da família com os quais podem contar para apoio social e bem-estar continuados” (PAPALIA; OLDS, 2000, p.533).

Segundo Souza et al. (2010) o ato de envelhecer provoca mudanças constantes, e buscar novas aquisições no processo de envelhecimento auxilia o idoso a lidar com as perdas, tornando o processo mais saudável.

O indivíduo deve “assimilar e não renunciar às mudanças físicas, psicológicas e sociais, adaptando-se sem sofrer em demasia, aos novos papéis que desempenhará no decorrer de sua vida, ao passo que assim continuará a se sentir útil” (SOUZA et al., 2010, p.2838).

Em pesquisa sobre o significado do envelhecimento, no mercado de trabalho para idosos, Souza et al. (2010) perceberam nos depoimentos que os idosos que trabalhavam com prazer acreditavam que a busca de novas atividades é uma continuidade do processo produtivo, e por realizar novas tarefas permanecem se sentindo úteis e integrados socialmente, enquanto os idosos que não tinham prazer em sua atividade laboral acabam por permanecer menos ativos, e conseqüentemente podem vir a desenvolver doenças nesse período do desenvolvimento. Para os autores, o indivíduo, mesmo tendo passado boa parte de sua vida “desempenhando uma atividade especializada, monótona” podem sentir-se incompletos ou inúteis por estar fora do mercado de trabalho, o que seria uma consequência da obrigação moral de trabalhar de nossa sociedade. Desse modo, a ausência de trabalho pode ser responsável por boa parte da redução da qualidade de vida e envelhecimento.

Neri (2007, p.36) afirmou que as atitudes sociais em relação à velhice influenciam as práticas sociais em relação aos idosos”. A autora colocou que as atitudes sociais em relação ao idoso são predominantemente negativas, principalmente da parte dos não idosos. Muitos dos preconceitos resultam de falsas crenças a respeito da produtividade e competência dos idosos, tendo como produto a discriminação social por critério de idade, motivada por razões econômicas. A sociedade atual supervaloriza a juventude, o que pode auxiliar no preconceito em

relação ao idoso, especialmente quando ele se manifesta em estereótipos negativos, mas, compassivos, que realçam sua dependência e incapacidade e exaltam práticas paternalistas em relação a eles. Tais práticas podem ser percebidas quando aparecem discursos onde cuidar do idoso é fazer por ele, que fortalecem a dependência física e psicológica na família, mas, também nas instituições, como nas UBSs, por exemplo.

Nas entrevistas não se encontra preconceito dos profissionais em relação aos idosos, mas, uma preocupação em direcionar uma parte do trabalho para essa população de modo a atender melhor suas necessidades.

*Ah, assim, como é que eu vô te dizê, olha, até que assim, ó, eu tenho bastante ... criança, eu acho, e idosos também, é uma coisa assim entre ... acho que é meio parêlo, entre criança, de zero a dezesseis anos, e idosos. Porque agora os idosos tão assim, ficando mais velhos, né, tão durando, então assim, eu tenho idosos com 90 anos, com 80 anos, tu vê, né, as pessoas tão durando bastante, então tem bastante idosos e criança [...] E tem alguma diferença, quais os atendimentos mais comuns que tu faz pra eles ? Dos idosos tem bastante hipertenso e diabético, bastante mesmo. A gente até tem um grupo pra hipertensos, né, todo ano é feita assim, uma ... como é que a gente faz, o HIPERDIA que a gente diz, que é um cadastro dos remédios, né, porque geralmente o médico troca, né, então todo mês é feito, todo ano é feito um recadastro, né, da pessoa, a medicação que eles usam, né pra fazê o pedido pra vir pra Unidade, né, eles pegam aqui. Medicação de hipertenso e diabético é distribuída aqui na unidade então facilita pra eles, né, então tem bastante hipertenso e diabético. E ... as consulta das criança, né, de zero a dois anos também, é bastante, bastante atendimento nessa faixa, assim. As consultas que já tão previstas? É sim, um acompanhamento, é. Porque eles tem que terem, né. (E 13, agente comunitária de saúde).*

Associado ao atendimento do idoso aparece, como se pode ver na fala a seguir, a presença marcante de duas doenças, diabete e hipertensão, as quais foram citadas em praticamente todas as entrevistas. São doenças bastante comuns atualmente, decorrentes de predisposição genética, mas, também, de maus hábitos alimentares e estilo de vida com pouca ou nenhuma atividade física. Os profissionais relataram, ainda, a presença de obesidade, que podem afetar o sistema circulatório,

rins, metabolismo de açúcar, contribuindo para ocorrência de doenças degenerativas e o encurtamento da vida (PAPALIA; OLDS, 2000, p. 502). A falta de alimentação balanceada e saudável aparece, principalmente, nas classes populares, que ingerem os alimentos mais baratos, em nossa região os derivados de farinha, na maioria das vezes, industrializados, sendo compostos por grandes quantidades de sal. Essas duas doenças compõem a lista dos problemas mais comuns em saúde pública, acometendo grande parcela da população brasileira.

*O peso médio é 85 quilos... das pessoas, 90 quilos. Pessoas jovens com 80 quilos. Um metro e sessenta e 80 quilos, 85. Hoje uns quantos né, então homens hipertensos, mulheres hipertensas, com o peso 20 quilos a mais, né. Diabéticos que controlam mal, comem doce, não fazem exercícios, outros que fumam. Então esses problemas ... Porque o plano do PSF, esse da Estratégia da Saúde da Família, eu não sou muito versado assim, nas avaliações, etc, porque o meu papel tem sido mais de atendimento aqui. Mas eu to atento que a promoção da saúde é outra coisa. Mas gente procura transmitir a importância dessas medidas, do estilo de vida, da alimentação, do exercício e do cigarro também, fumante sempre a gente fala. (E11, médico).*

Segundo dados do Ministério da Saúde (VIGITEL, 2009), 5,8% da população, sendo 5,5% dos homens e 6,1% das mulheres acima de 18 anos, que participaram da pesquisa na capital gaúcha referem diagnóstico médico de diabetes. Atinge “mais de 20% das pessoas com 65 ou mais anos de idade. Em ambos os sexos, indivíduos com até oito anos de escolaridade são os que mais referem o diagnóstico médico de diabetes: 6,7% para os homens e 9,0% para as mulheres”. O índice de prevalência de diabetes vem aumentando, desde a primeira coleta de dados em 2006 até a última publicada, em 2009. Houve crescimento de 2,7% para os homens e 3% para as mulheres, se comparado à última pesquisa realizada pela Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), em 2008.

A hipertensão por sua vez, acomete 25,4% dos adultos maiores de 18 anos de idade, que responderam à pesquisa em Porto Alegre, sendo 20,7% dos homens e 29,3% das mulheres. Segundo a pesquisa, “em ambos os sexos, o diagnóstico de hipertensão arterial se torna mais comum com a idade, alcançando cerca de 7,5%



dos indivíduos entre os 18 e os 24 anos de idade das capitais brasileiras, e mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade”. O gênero também não influencia na relação entre as idades, a escolaridade e o diagnóstico: “em ambos os sexos, indivíduos com até oito anos de escolaridade são os que mais referem diagnóstico médico de hipertensão arterial”. Entre as mulheres, quanto maior o nível de escolaridade, menor o índice de diagnóstico da doença: enquanto 37,3% das mulheres com até oito anos de escolaridade referem diagnóstico de hipertensão arterial, apenas 14,9% das mulheres com 12 ou mais anos de escolaridade afirmaram tal diagnóstico (VIGITEL, 2009).

Quanto aos adultos atendidos, percebe-se, segundo as falas dos profissionais, que as mulheres são a maioria a buscar atendimento. Os homens não apareceram como clientela em nenhuma entrevista (com exceção dos homens idosos); segundo os entrevistados a maioria deles está em horário de trabalho no período de funcionamento da unidade. Porém, também houve referências a resistências por parte dos mesmos com relação à procura pelo atendimento. As mulheres, por sua vez, apresentaram maior tendência a cuidar de si mesmas e buscar assistência médica (PAPALIA; OLDS, 2000). Pode-se pensar que a mulher tem mais consciência de seu corpo devido à menstruação e gravidez, mas, também precisa estar bem, pois, grande parte das famílias depende dos cuidados das mulheres. Elas são importantes na educação das crianças, no cuidado com idosos e familiares doentes, mas, também na manutenção da casa e, muitas vezes, na sobrevivência econômica da família. No caso das famílias compostas por mãe e filhos ou mesmo nas que têm ambos os pais como responsáveis, a mulher auxilia no sustento da família. Desde a década de 1980 tem aumentado o número de mulheres que trabalham fora de casa, conforme Goldani (1994), predominam as viúvas, solteiras e divorciadas, com predomínio de solteiras e divorciadas como chefes de família. Mulheres sozinhas também podem buscar acolhimento e atenção, uma vez que os estudos têm destacado a realidade de muitas famílias constituídas por apenas um dos pais, em geral, a mãe e os filhos. Neste modelo familiar, chamado de monoparental, as mulheres acumulam diversas funções a fim de assegurar a sobrevivência da família (GOLDANI, 1994; SARTI, 2005; ARPINI; QUINTANA; GONÇALVEZ, 2010).

Existe, desde 1984, um programa de atenção à saúde da Mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da

Saúde, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, marcando novos princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 2004b).

O PAISM incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004b).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Princípios e Diretrizes, começou a ser construída em 2003, a partir da avaliação que a equipe técnica de saúde da mulher dos avanços e retrocessos ocorridos até o momento. Houve, ainda, mais uma atualização do atendimento previsto à mulher em 2004, quando o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Princípios e Diretrizes, construída a partir da proposição do SUS, respeitando as características da nova política de saúde (BRASIL, 2004b).

Pode-se perceber que a mulher já tem um programa especial de atendimento voltado às suas necessidades e particularidades, há mais de vinte anos, e busca atendimento com maior frequência que o homem, conforme se observa nas falas a seguir:

*Olha, aqui o predomínio é de mulheres. Mulher e criança. O homem já tem mais resistência a vir. E os que trabalham não vem. Então vem o homem que já tá aposentado. E nisso a prefeitura ... o X tá certo, ele tá ampliando o atendimento noturno. [...] Então, isso ... o X fez. Instalou um serviço dentário de madrugada, de noite, fim de semana. Que era uma necessidade da pessoa que tá com dor de dente. Sim, e quem trabalha também. Sim. E aumentou o horário da farmácia do SUS, que era até o meio dia, das oito ao meio dia. Uma fila quilométrica. Aí ele colocou das oito até as quatro. Isso foi uma melhora. E agora esses atendimentos. Eu acho que ele tá sendo bom, claro. Eu acho que isso era uma necessidade. Porque o homem não tem ... Agora, se o PSF funcionasse a todo vapor e se muitos pacientes se eles não retornam, se eles não vem devem ser procurados. Nesse aspecto, como a grávida precisa vir mensalmente, quando elas não vem, elas acionam pelas agentes de saúde. (E11, médico).*

Os profissionais também mencionaram a falta de atendimento direcionado ao homem, que não tem um programa de saúde específico às suas necessidades.

*Mas na realidade tem certas coisas ... a política do homem, tem política do homem? Também não tem. Teve uma campanha agora, né? A um tempo atrás agora. Pra trazer pras unidades e tal. Mas foi uma campanha, não foi uma política. Justamente! Então fica assim. (E14, médico).*

Segundo o site do Ministério da Saúde: “a cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens. Eles vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevados”. A política tem um plano previsto para ser executado até 2011 e prevê o aumento de até 570% no valor repassado às unidades de saúde por procedimentos urológicos e de planejamento familiar, como vasectomia, e a ampliação em até 20% no número de ultrassonografias de próstata. Um dos referenciais da Política é o Pacto pela Vida, já referido anteriormente, que define como um de seus eixos principais a Saúde do Homem (BRASIL, 2009d).

Segundo a publicação do Ministério da Saúde a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde (BRASIL, 2009d, p.3).

O objetivo do governo federal é a busca do serviço de saúde por pelo menos, 2,5 milhões de homens na faixa etária de 20 a 59 anos, ao menos uma vez por ano. Além de procurar melhorar a assistência oferecida a essa população, a meta é promover uma mudança cultural (BRASIL, 2009e).

É importante destacar que neste primeiro momento da entrevista, os participantes destacaram algumas fases do desenvolvimento sem que a adolescência fosse espontaneamente nomeada. Tal aspecto parece importante de ser analisado ou refletido, considerando que o estudo objetiva as demandas adolescentes e os participantes tinham conhecimento do tema e dos objetivos da pesquisa. Pode-se pensar, também, que tal demanda não foi espontaneamente referida uma vez que não há um programa de ações específicas a essa fase do

desenvolvimento, diferente das crianças, mulheres e idosos que foram significativamente nomeados enquanto grupo.

## 4.2 CONCEITUAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DA ADOLESCÊNCIA

Quando solicitados a falar sobre a adolescência, os participantes do estudo referem à fase da adolescência como estando compreendida entre o período de 10 a 18 anos, no entanto pode-se perceber algumas discrepâncias com relação ao período sendo apontado por alguns a idade de seis anos e outros que a estenderam até os 24 anos. Os estudos indicaram a fase da adolescência no período compreendido entre 12 e 20 anos, iniciando com a puberdade (PAPALIA; OLDS, 2000), se aproximando dos limites de 12 anos para seu início e 18 anos para seu término, estabelecidos pelo Estatuto da Criança e Adolescente (ECA, 1990). Os entrevistados utilizaram como critérios para essa delimitação características e situações sócio-culturais, fato explicitado quando foi solicitada a caracterização do adolescente. Foram apontados vários conceitos relacionados às atitudes dos adolescentes, bem como às mudanças físicas e psicológicas que ocorrem nesse período do desenvolvimento. Foram feitas referências às mudanças de humor; dificuldade de controlar/conhecer o próprio corpo; imaturidade emocional; descoberta e exploração da sexualidade; “romantização” e pensamento mágico relacionado às responsabilidades da vida adulta como a gravidez e o relacionamento conjugal; conflitos de relacionamento com pais, principalmente no que diz respeito a limites, ainda que esses sejam necessários. As características apontadas pelos participantes concordam com o citado na literatura (ABERASTURY; KNOBEL, 1981). Os profissionais entrevistados demonstraram dificuldade em delimitar o final da adolescência, utilizando como critérios a maturidade no cuidado com os filhos e irmãos mais novos:

*[...] se tá cuidando dos irmãos a gente já pode fazer a visita né, por daí já um pouquinho responsável pra saber o que que tá acontecendo na casa né [...].* (E15, agente comunitário de saúde).

O mesmo profissional ao ser questionado sobre o critério estabelecido para o término da adolescência referiu:

*[...] Pela atitude às vez das pessoas, ah muito infantil, tem gurias de 21, 22 anos grávidas que às vezes não sabem como é... pra dar um mamar, claro que vai aprendendo né, mas é muito infantil assim, é tão infantil que é...assim na minha área que eu trabalhava tinha uma guria que ficou grávida com 11 anos né, mas ela não é da minha área,né, é da minha colega mas ela era assim tinha uma atitude bem madura , com 12 anos, ela engravidou com 11, então com 12 eu já achava ela assim bem madura na idade dela , ela sabia dar mamar, segurava bem o bebê...tudo direitinho assim.E tu vê mães de 20 que já tem dois filhos assim às vezes que começaram tudo de novo [...]. (E15, agente comunitário de saúde).*

A sociedade estabelece elementos que definem o *status* infantil e adulto, e a mobilidade e período de transição entre ambos, “bem como os critérios socialmente em vigor que marcam a progressão do jovem para o *status* adulto” (LEVISKY, 1998, p.87). Algumas culturas como a judaica preservam rituais de passagem, outras estabelecem outros pré-requisitos para a aquisição desse *status*, como prestar vestibular ou começar a trabalhar, por exemplo. Nesse contexto os profissionais consideraram como fator relevante o posicionamento diante da vida e as responsabilidades sociais como sinais da passagem para a vida adulta:

*[...] é tudo um período, de aprendizado. Só que no aprendizado a gente vê, que é aquela fase, né, que marcado. A gente vê um hormônio né, a mudança do corpo, aquela coisa de tá mais ... então eu acredito que não seja aquela idade limite de 18,20, mas quando a pessoa já tomou consciência de seu papel na sociedade,que funciona assim, eu sou assim, acho que assim que eles aí passam a ter noção que eles são responsável ... tão maduros, né, que passam a se chamar adultos [...]. (E 4, agente comunitário de saúde).*

O processo de adolecer tem um início mais ou menos definido, marcado pelas modificações corporais, porém, seu término varia em função de questões culturais, sociais e históricas (LEVISKY, 2009). Na atualidade, as mudanças sociais têm postergado algumas aquisições, como a saída da casa dos pais, mesmo depois

de já estabelecido o final da adolescência, chegando, em alguns casos, a permanecer no contexto familiar mesmo depois de formados e com condições de se estabelecer profissionalmente, assumindo as responsabilidades da vida adulta. Para Levisky (1998) tais jovens podem ser considerados “adolescentes profissionais”, essa é a chamada “geração canguru”. Blos (1998) afirmou que existem vários cursos do processo adolescente, com base nas variações clínicas. Dentre esses destaca-se a adolescência protelada, quando existe um prolongamento culturalmente determinado da condição de adolescente; e a adolescência prolongada, quando a libidinização dos estados adolescentes do ego causa a perseveração no processo adolescente, se caracteriza pela “capacidade de resistência contra a pressão regressiva, bem como a persistência em evitar qualquer consolidação do processo adolescente”. Em outras palavras, seria a expressão de uma necessidade interior de manter aberta a crise adolescente (BLOS, 1998, p.295). Além disso, a escassez de emprego obriga os jovens que querem se independizar a permanecer por mais tempo na condição de adolescentes, dependentes da família e longe das responsabilidades e decisões da vida adulta (KEHL, 2004).

Levisky (2009) lembra que o surgimento dos anticoncepcionais permitiu desvincular o prazer sexual da função procriadora, além de que o adolescente de hoje é considerado modelo de beleza para todas as outras faixas etárias (KEHL, 2004). Essa desvinculação entre a relação sexual e a reprodução, para Levisky (2009), colabora no prolongamento dessa fase de transição para a vida adulta, visto ser possível usufruir por mais tempo dos prazeres da vida adolescente sem ter que assumir as responsabilidades do adulto com tanta rapidez. Esse prolongamento dificulta a delimitação entre a vida infantil e adolescente, caracterizada na literatura também pela dependência dos pais e a vida adulta, de independência financeira e emocional da família de origem.

Enquanto isso, muitos adolescentes de grupos populares começam a trabalhar cedo, para auxiliar no sustento da família de origem, muitas vezes, reduzindo suas vivências dessa fase às mudanças corporais e afetivas, pois, não têm a oportunidade de realizar experimentações por períodos muito longos. Muitos deles constituem família ainda adolescente, em alguns casos permanecem na casa dos pais, de modo que esses podem se entender com certos direitos de interferência na vida do jovem casal. Muitos amadurecem, porém, boa parcela permanece afetivamente criança ou adolescente, no que se refere à autonomia,

responsabilidade e compromisso (LEVISKY, 2009). O critério para definir o término da adolescência é, portanto, social. Em nossa sociedade o jovem pode ser considerado legalmente um adulto aos 18 anos, mas, economicamente não o é, muitas vezes, o que dificulta sua emancipação real (LEVISKY, 1998). Hoje, o conjunto de atributos necessários para entrar na vida adulta é muito maior e requer mais tempo para ser adquirido. Ao mesmo tempo, essa mesma cultura apresenta maior tolerância ao diferente, às individualidades e singularidades quanto às características dos sujeitos, o que também contribuiria para o prolongamento ou até permanência de alguns dentro do funcionamento mental do adolescente (LEVISKY, 2009; MADEIRA, 1997).

A família influencia no desenvolvimento; vários entrevistados citaram a relação afetiva e de proximidade com os pais como importante fator de proteção. Muitas famílias que vivem em ambiente de risco conseguem atuar como fatores de proteção para seus membros, especialmente as crianças e adolescentes, ao desempenhar seu papel de cuidado e proteção transformam-se no contexto essencial para o desenvolvimento saudável. Alguns aspectos presentes nas famílias podem atuar como fatores de proteção, tais como:

[...] o senso de coesão familiar, identificado pela presença de vínculos afetivos e o sentimento de união entre os membros, da família; o apoio, afetivo e financeiro da família extensa; a explícita valorização do estudo e do trabalho por todos os membros das famílias; o olhar positivo, ou seja, a forte crença na perspectiva de melhoria das condições de vida futura; e a consciência política dos direitos como cidadãos e a disposição para reivindicação dos mesmos (GARCIA; YUNES, 2006).

Famílias que estabelecem limites auxiliam na constituição da segurança emocional dos adolescentes, esclarecendo o que é permitido e o que é proibido demonstram preocupação e amor. Kehl (2004) entendeu a rebeldia dos adolescentes de hoje como um pedido de limites, de que os pais estabeleçam alguma autoridade e restrinjam seu gozo. Para a autora os pais sentem-se desautorizados a barrar os excessos de seus filhos, diante da idealização da adolescência hoje e da ausência de um sistema de referências alternativo aos valores de consumo.

Os pais, ao exporem seu ponto de vista e valores, oferecem um referencial aos filhos, que lhes permite selecionar e optar por suas decisões como algo que partiu deles, e não como algo imposto, por submissão à autoridade. Porém, a

autoridade parental é necessária, mesmo que seja contrariada ou contestada, com erros e acertos que precisem ser elaborados. Em nossa cultura o papel materno exerce a função de acolhimento, continente em momentos de angústia, enquanto a função paterna se caracteriza por fazer prevalecer a lei e as regras na família, funcionando como o eixo sobre o qual a personalidade será estruturada (LEVISKY, 2009). Famílias que minimizam o impacto de eventos negativos de vida ou situações estressoras, pela utilização de aspectos que influenciam as demandas de cada membro e desenvolvem o encontro de recursos, podem ser consideradas famílias resilientes (DE ANTONI; BARONI; KOLLER, 2006).

Os aspectos referidos por Garcia e Yunes (2006), citados acima, relacionados aos fatores protetivos das famílias, referem a importância da afetividade nas relações entre seus membros, concordando com Bowlby (1989), quando o autor afirmou que “o cuidado bem sucedido é a chave principal para a saúde mental da geração seguinte” e que a natureza desse cuidado, associada às condições psicológicas e sociais, influenciam no desenvolvimento. Os procedimentos e cuidados em relação à criança são importantes porque exercem efeitos (sejam eles benéficos ou não) sobre seu conflito de amor e ódio, sobre sua capacidade de sentir ansiedade e culpa, sem que essa ambivalência coloque em risco sua saúde mental. (BOWLBY, 1982).

A formação da segurança e auto-estima dos adolescentes inicia nas relações com os pais e irmãos, na infância. Nesse período a criança precisa dos pais para sentir-se segura, protegida. É quando inicia o comportamento de apego, compreendido, por Bowlby (1989), como qualquer comportamento que tem por objetivo alcançar a proximidade com uma pessoa e permanecer próximo a ela, que é percebida como alguém mais indicado a lidar com o mundo. No caso dos adolescentes seria quem poderia sair-se melhor nos desafios cotidianos. O apego pode ser visto durante todo o ciclo vital, especialmente em emergências. É algo que se partilha com outras espécies e cuja função biológica é a proteção. “O conhecimento de que uma figura de apego está disponível e oferece respostas, fornece um sentimento de segurança forte e de grande extensão e então, encoraja a pessoa a valorizar e continuar a relação” (BOWLBY, 1989, p.39). Uma pessoa com apego seguro tende a explorar o mundo gradativamente mais longe da figura de apego, porém, os adolescentes que não sentem essa segurança podem testar ou até mesmo expor a necessidade de limites, assim como avaliar o amor de seus pais



por eles com comportamentos que os expõem ao risco, num pedido de socorro sem palavras. Tais comportamentos podem variar de iniciação sexual precoce, afastamento progressivo de casa, permanecendo cada vez mais tempo nas ruas, até o uso de substâncias psicoativas, fugindo de uma realidade onde se sentem pouco valorizados e amados, e se percebem com pequena possibilidade de mudá-la.

Segundo Shenker (2008), especialista em famílias com dependentes químicos, um dos problemas presentes nas famílias é a dificuldade dos pais de impor limites, pois:

[...] os pais adotam uma postura indulgente ou permissiva quanto à colocação de limites e regras para seus filhos, ao mesmo tempo em que questionam qual a melhor forma de educá-los. Inúmeras vezes se sentem culpados e inseguros. A insegurança desses adultos leva a que tudo ou nada seja conversado sobre as normas de dentro e de fora de casa, acrescida da culpa devido ao pouco tempo de que dispõem para dedicar aos filhos, por causa do trabalho ou por outros motivos (SCHENKER, 2008, p.15).

Outro profissional, quando questionado sobre a definição de adolescente utiliza a comparação com um transtorno afetivo para justificar as bruscas mudanças de humor e atitudes dos adolescentes, e a dificuldade da família e da equipe de saúde para lidar com eles e suas necessidades.

*Então acho que é uma fase até bonita de descobertas, mas é também é uma fase muito difícil até pro familiar, né porque às vezes eles estão bem-humorados, outras vezes estão indignados no mesmo dia assim ... parece um bipolar. Tu chega tão com uma tromba, né, daqui a pouco tu passa ... tão facero, rindo e brincando, então se tu for observar é bem um bipolar. Por que acho que os hormônios oscilam muito então né, e todas aquelas cobranças que tem: não é mais criança, mas também não é um adulto. Então é difícil, os pais ... a sociedade a mesma coisa que limita dum lado, libera do outro daí ali eles ficam bem perdidos com isso. (E1, enfermeiro).*

A maneira da família de se relacionar com o adolescente também é citada pelos profissionais como balizadora da postura e do amadurecimento do jovem:

*[...] tem diferenças né, depende até do ambiente familiar. Entende, por que tem alguns que são tratados como crianças mesmo e aquelas vai longe, pra amadurecer e tem outros que não, tu conversa com eles e já estão com a cabeça bem... diferente, né [...].* (E6, Técnico de enfermagem)

A característica de rebeldia contra as normas estabelecidas, principalmente normas familiares, aparece em mais de uma entrevista, os profissionais referem dificuldade de estabelecimento de limites, considerando esperada a contestação.

*É uma coisa assim que parece que eles tem as pessoas na mão. Querem ter as pessoas na mão. Sabe, mas é ... depende os pais também, mas são pessoas, crianças assim, de 13 a ... aos 18 anos que, meninos geralmente meninos que ... estão na esquina assim, com esses frios assim, às vezes eu to chegando em casa, claro, conheço todo mundo, marginal ou não, conheço todos. Então são crianças assim que tão ali, às vezes 2, 3 horas da manhã ... e eu fico pensando, cadê o pai, e a mãe, sabe? Eu, eu, eu, cada um tem um modo de pensar, mas eu acho que se tá do jeito que tá hoje em dia, dos filhos fazerem o que quiserem, a culpa é dos pais. É os pais que são culpados, não é o filho que não presta ou coisa parecida, é os pais que não impõem o limite. Tem que impor o limite. [...] E eu vejo eu só acho assim que a maioria das criaturinhas assim elas tão desorientadas em relação aos pais. [...] Que acham que tão fazendo uma baita coisa. Deixarem fumá, deixarem bebê, e andarem de moto, andarem de carro, sabe, fazê o que quiserem, isso aí eu vejo, e é uma pena. porque aí, as vez tu tá perdendo o teu filho. [...] eu vi uma mãe chorando que mataram o filho dela, né, acho que 14 ou 16 anos tinha ... em Porto Alegre. E ela disse: não percam o filho de vocês de vista. Não percam como eu perdi o meu filho, não percam vejam o que eles fazem, olhem onde eles andam, sabe, é isso que eu penso.* (E9, agente comunitário de saúde).

*[...] É a característica é as idéias próprias, deles né?! E eles não são permeáveis, né? Eles tem suas maneiras de ver as coisas e dificilmente mudam, né. E acho que é isso. E a insubordinação. Não é insubordinação, eles tão sempre em oposição, né. Em hábitos de oposição à família, aos pais [...].* (E11, médico).

*[...] eu acho que é um ser especial que eu acho que a gente precisa, ter um olhar especial, porque ele é o nosso futuro. Ele é o futuro, e se a gente não olhar, com um olhar mais diferenciado pra ele, ele vai ser um adulto sem... um adulto frustrado, um adulto que talvez tenha queimado etapas, um adulto não responsável. Porque também assim, o que eu acho que a gente percebe bastante é que a família, os pais eles se desresponsabilizaram pelos adolescentes. Sabe, existe uma não-responsabilização, sabe, da maternidade e da paternidade, e isso é por conta eu acho do cotidiano deles. (E10, enfermeiro).*

Pode-se perceber que a visão, demonstrada pela maioria dos participantes da pesquisa sobre o adolescente, é estereotipada, de modo que muitos se surpreendem quando encontram adolescentes com comportamentos diferentes do que é “previsto” para essa idade (ABERASTURY; KNOBEL, 1981; PAPALIA; OLDS, 2000; SANTROCK, 2003). Ainda assim, nas falas transparecem muitas das características presentes na literatura especializada, o que se pode considerar um aspecto positivo, demonstrando coerência entre sua prática e seu conhecimento sobre o assunto, apesar desses profissionais terem recebido pouca ou mesmo nenhuma capacitação específica para o trabalho com essa fase do desenvolvimento.

#### **4.3 DEMANDAS DOS ADOLESCENTES IDENTIFICADAS PELOS PROFISSIONAIS**

Nesta categoria agrupou-se a percepção dos profissionais sobre as principais necessidades identificadas por eles em relação aos adolescentes. Os profissionais referem a necessidade de projetos e atividades no turno inverso à escola, oportunidade de lazer e cursos profissionalizantes. Cabe destacar que Santa Maria é uma cidade universitária e que a maioria dos cursos de graduação realizava estágios em bairros da cidade, no entanto, identificou-se que nas UBS participantes da pesquisa não existem mais atividades dessa natureza desenvolvidas com a comunidade. Os acadêmicos, no momento da realização da pesquisa, estagiavam apenas dentro das unidades de saúde, mas, basicamente de atendimento ambulatorial, as poucas atividades desenvolvidas fora das unidades acabaram

sendo suspensas por medo da violência ou em função da falta de agentes comunitários para acompanhar os estudantes. Nesse sentido a referência a falta destas atividades direcionadas aos adolescentes é procedente.

*Tem dos ... um acadêmico da medicina, que tá vindo aqui, que ele mesmo (entrega medicação para), os pacientes dele. Mas ele só vem na quinta-feira. Ele sai do consultório, vai lá e já entrega. Só o que a gente tem que fazer é administrar o paciente que ele traz de volta na sala, pra nós. (E3, técnico de enfermagem).*

Percebeu-se que os próprios profissionais reconhecem a falta de segurança como um fator que dificulta a realização dos estágios acadêmicos e das atividades fora da unidade. Importante lembrar que durante as atividades acadêmicas as universidades precisam se responsabilizar pela segurança dos alunos.

*Esses dias, faz mais de mês, umas gurias da psicologia ... eu não me lembro de onde é que eram, se são da federal ... eu acho que são da federal, agora não me lembro. Daí elas iam com o agente comunitário, era pesquisa com gestante adolescente, tá. Daí a gente falou: ah gurias vocês não andem sozinha lá, vão com as agentes, né, por que eles não conhecem vocês não trazem valores, não trazem nada que vocês possam ter saudade depois. risos. Por que pra ser assalto acontece em qualquer lugar, né, lá no centro te arrancam a bolsa, se tu tá na sinaleira metem o revólver na tua cara . Eu digo: mas não venham pra cá assim, até pra não levar depois a má fama, né. Aí as gurias ... a agente comunitária foi demitida, e elas tinham que ... terminar a pesquisa. Desceram do ônibus e foram as duas. Ah, não andaram duas quadras e pegaram elas. Quando eu vejo tão as gurias chorando aqui no posto. O que que aconteceu? Ah, nós fomos assaltadas, arrancaram a minha bolsa, assim, assim. E eu disse tanto que eu falei e vocês não acreditam que as coisas acontecem aqui, né. Porque ... eles não conhecem, não tá com uma pessoa desconhecida eles vão atacar mesmo, mas isso não é só aqui, não é só nosso. Em qualquer lugar que tu entrar vai ser assim, em qualquer vila que tu entrar uma pessoa desconhecida com uma bolsa dando sopa ... imagina. Aquilo ali tem um valor imenso pra fazer as trocas, drogas coisa assim. (E1, enfermeiro).*

Percebe-se que uma expressão de violência, como um assalto, por exemplo, pode eliminar estágios ou atividades desenvolvidas por centros acadêmicos ou mesmo Organizações Não Governamentais (ONGs), o que reduz bastante a oportunidade de crescimento cultural e intelectual dos adolescentes pertencentes a essas comunidades. Ambientes violentos ou com pouca segurança restringem as atividades fora de casa ao mínimo, quando pertencentes a famílias afetivas e cuidadosas cujos pais se preocupam e zelam pela segurança e integridade dos filhos, de modo que esses adolescentes têm pouco contato social com outras pessoas da mesma idade que não pertençam à sua escola ou às proximidades de casa.

Santos (2003) colocou que o afastamento dos centros e a dificuldade de conviver com adolescente de outras regiões e costumes influencia na manutenção dos valores tradicionais, como observou em sua pesquisa com os adolescentes negros que residem em regiões de alta concentração de negros e dos adolescentes negros do movimento social *hip-hop*, que residiam em bairros periféricos.

Essa característica pode ajudar a explicar a dificuldade encontrada pelos adolescentes do município para se deslocarem aos locais de lazer ou que propiciam maior enriquecimento cultural como o teatro municipal. Essa dificuldade aparece nas falas a seguir, quando os profissionais expressam sua preocupação com os adolescentes, que, por terem pouco lazer, acabam namorando e conseqüentemente engravidando logo cedo, no início de sua vida sexual.

*Eu acho que o que falta pra eles assim, é oportunidades, oportunidades pra eles desenvolve outras coisas, outras atividades e não pensar tanto ... no lado bom do namoro, do ter um bebê, outras oportunidades, né. (E8, enfermeiro).*

Outro profissional coloca seu questionamento aos adolescentes que o procuram, sempre que realiza atendimentos ele pergunta sobre a vida acadêmica dos jovens, o acesso a livros e revistas, além da cultura geral.

*Agora os jovens que aparecem aqui eles são muito ... eu converso com eles, sempre que tenho a oportunidade de ver como é que tá. Eu ponho até na ficha onde que eles tão estudando. E converso com eles sobre a necessidade deles prosseguirem os estudos, e sobre o conhecimento e a necessidade deles adquirirem*

*conhecimento e a necessidade de leitura e pergunto se na escola eles tem a possibilidade de ler um jornal, etc. ... E tem muita moça aqui, muita gente jovem que já completou o curso secundário, mas tá ali, não sai dali. [...] Ah., eu acho que precisa basicamente é ... injeção cultural, né, injeção comportamental, cultural, né. (E11, médico).*

Em razão das dificuldades de transporte e financeiras, muitos adolescentes não concluem o ensino médio e alguns nem terminam o ensino fundamental. As famílias, muitas vezes, devem “escolher” qual dos filhos vai seguir estudando, enquanto os demais devem trabalhar para auxiliar no sustento da casa e dos irmãos, para que pelo menos um permaneça na escola. Dessa maneira, os adolescentes não são estimulados a dar continuidade aos estudos, faltam incentivos tanto da família quanto da própria escola. Na fala a seguir o profissional relata o cotidiano das famílias que moram na zona rural do município.

*Quando é seco é uma maravilha, né, só que daí tem que vim com outro tênis por causa da grama, eles vem pela grama, pelo meio do campo. Então tem que vim com um tênis até uma altura, e depois trocar. Que também dificulta como eles dizem, não é ... a gente sabe que os que tão estudando tem o sacrifício deles, né, e aquela mãe as vez ela chega a tirar dum filho pra dar pro irmão, né, pra poder manter aquele que ta estudando. E aí vai sofrendo toda a família, né, e geralmente tem crianças, né, geralmente aqui, crianças de 7, 8 anos que entendem tudo: a mãe tem que poupá pra mana se mantê no estudo. Eles sabem, né e daí também leva à decadência da criança e já vai ... às vez tem um que vai pro colégio e ... tem uns que vão pra estudá, né, e uns pra bagunçá. Mas a maioria da área que eu faço, né, que moram mesmo aqui são pessoas, que eles lutam pela vida. Querem ter uma vida digna [...]. (E7 agente comunitário de saúde).*

Esses problemas podem dificultar a muitos dos adolescentes do município de conhecerem a universidade e quando a escola não proporciona a oportunidade, a família tem poucas condições de fazê-lo.

*aí eu disse, né assim, assim, assim, e até falei pra KK: KK vamo organiza um negócio e levá né, os alunos lá na faculdade. Mas aí é ... sempre, né, eu chego aqui*

*é quinze pras oito, e eu tenho 25 pessoas, 30 pessoas pra vê, né ... Sim, aí não dá tempo. É, e aí o A achou ótimo, e tal, mas claro, né que ele não vai fornecer o ônibus. Claro, seria a parte da prefeitura, né. É, tudo assim, e tal, ele são assim, porque eles nunca acho que nunca foram numa peça de teatro, essa vida miserável, e fica aí fumando nas esquinas ... (E11, médico).*

O isolamento social, em razão de morar na periferia da cidade, também interfere nas oportunidades de atividades extra-classe, ou até mesmo de lazer e profissionalização. As áreas participantes da pesquisa eram, na sua grande maioria, de difícil acesso, e não apresentavam locais para lazer e para o desenvolvimento de projetos. Os poucos locais que ainda tinham alguma atividade estas eram realizadas nos salões de instituições religiosas e algumas nas escolas.

*A gente tá precisando de tanta coisa, nessa área aqui. Ah assim, algum projeto, alguma coisa assim que chamasse eles por que a gente não tem projeto aqui, a gente não tem nada. Que eles deveriam tá ... não tem nada assim, tipo uma escolinha na comunidade mesmo, pro adolescente ir ... aprender alguma marcenaria ou alguma arte assim, alguma coisa né. Aqui na comunidade é bem carente essa parte assim de cultura, né, de aprendizado. Então escolinha, algum trabalho focado em alguma outra coisa tu acha? Assim o que eu te falei, algum projeto alguma coisa assim, não sei o que, não vou saber o que. Mas alguma coisa que envolvesse mais o adolescente, né, por que o adolescente vai pro colégio, vem pra casa, fica na esquina. Eu vejo um monte de gurizada na esquina que podia tá aprendendo uma marcenaria, sei lá, alguma coisa. Tipo assim se ocupando um pouco mais. (E15, agente comunitário de saúde).*

*E realmente na HH tu não tem nada de lazer, não tem nada de esportes. Sabe, não tem o que eles fazerem. Tinha um adolescente que chego aqui e disse assim: "A, tu sabe o que que eu fazia de tarde? Eu ficava atirando pedra no muro. Ou eu ficava ... ou eu ia na casa da fulana ou ficava assistindo televisão. Ou nós ficava arrodando na quadra." Então muito sem o que fazer. Sabe? Então a escola não oferecia por conta, eu acho do espaço físico, não oferecia um espaço assim pra... pra... assim nenhuma... nada alternativo em turno invertido, nada. (E10, enfermeiro).*

A falta de atenção, carinho, orientação e limites por parte dos pais também aparece nas entrevistas, muitas famílias têm dificuldades de se relacionar sem recorrer à violência, de modo que muitos pais permitem que o adolescente seja responsável por si mesmo, por seus atos e as consequências destes desde muito cedo.

Winnicott (2002) explicou que desde cedo a criança precisa de alguém que integre e dê significado, esse apoio vem do ego materno em direção ao seu ego, facilitando sua organização, o que o autor denominou *holding*. Mas, depois de um tempo, a mãe precisa começar a frustrar o bebê, para que inicie gradualmente sua adaptação às frustrações e dificuldades do meio ambiente, deixando que ele se depare com a falta de algo e o desconforto causado por essa falta. Essa frustração auxilia na independização da criança ou adolescente, permitindo que ele cresça psicológica e emocionalmente, caso contrário permanecerá dependente das opiniões e decisões de seus pais por longo período (WINNICOTT, 2002). Além disso, a falta de conhecimento dos próprios pais pode impedir que orientem seus filhos quanto a questões simples como o desenvolvimento corporal.

*A necessidade deles é orientação mesmo que falta pra eles. Muita! Muito, muito, muito. Eles não tem, que os pais não falam as coisas, no colégio, pelo jeito é muito pouco o que é falado. Então eles não tem assim...Falta é orientação mesmo, pra eles.Orientação em relação a ... Orientação em relação a tudo! Orientação em relação a ... cuidados com eles mesmos, com o corpo deles, com as descobertas deles. Que nem as mães vem aqui, que a menina ta apavorada, porque acha que tem um caroço, aí tu vai ver é a glândula mamária que ta começando a desenvolver. Aí já criam um "bicho", aí chegam aqui apavoradas. Tem coisas assim que não ... acho assim, sei lá. E infelizmente não tem como tu fazer um trabalho melhor em cima. (E 3, técnico de enfermagem)*

Levisky (2009) afirmou que o adolescente é ambivalente em relação à família, ao mesmo tempo em que reclama sua autonomia e individualidade, segue dependente de sua família de origem. Os pais podem lembrar muitas características de sua própria adolescência nesse período, podendo se confundir com aspectos psicológicos e ações semelhantes aos dos filhos, como ambivalência,



onipotência e atuações. As transformações corporais dos filhos reavivam nos pais sentimentos edípicos, que devem ser sublimados ou reprimidos, e muitas das atitudes fóbicas ou contrafóbicas dos pais decorrem das projeções de suas fantasias em relação aos filhos, com corpo em transformação rumo à forma adulta, mas, ora vividos como crianças e ora com expectativas adultas. Pode ser muito difícil lidar com a nova sexualidade dos filhos, aspecto referido pelos participantes nas entrevistas, quando expressam as dificuldades das famílias em abordar o assunto internamente.

A atitude dos pais frente às expressões do adolescente de seus sentimentos hostis de ciúme é importante. Eles devem ser capazes de suportá-las dando ao filho, desde criança, a certeza de que não as temem, porque acreditam que tais sentimentos podem ser controlados por ele. Quando os pais acreditam que sentimentos negativos, como ciúmes e ódio, são ruins e perigosos, tendem a castigar os filhos ou explorar sua culpa. Tais métodos são geralmente mal-sucedidos na prática e trazem muita infelicidade à criança ou adolescente, que receia expor seus sentimentos e tende a recalá-los, tomando seu controle mais difícil, além de criarem personalidades rebeldes e delinquentes (no caso da punição) ou neuróticos carregados de sentimentos de culpa e ansiedade (BOWLBY, 1982).

Apesar da possibilidade de apresentar problemas pessoais relacionados ao tema, muitos pais encaminharam seus filhos à unidade de saúde, para que tais assuntos fossem esclarecidos e discutidos com a equipe, como se percebe na fala a seguir.

*[...] Acho que falta de esclarecimento dos pais também. É, falta de esclarecimento dos pais ... conversá com os pais, né, aqui no interior tem dessas, muitos pais não conversam. Porque eles tem medo de... abri pra uma filha, de dizer pra usar ... cuidar, transar ... usar os métodos contraceptivos, isso aí a mãe tem até medo de falar com a filha e quando elas vêm já tá ... Estimular? Isso, estimular, acho que eles tem medo de estimular os filhos. Por isso eles tavam deixando as filhas vir conversar com o pessoal. Tem até umas duas ou três que vieram aqui: conversa com a Fulana aqui. Vocês conversam. [...]. (E6, Técnico de enfermagem).*

#### 4.4 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO LOCAL E DOS ADOLESCENTES DA REGIÃO DE ABRANGÊNCIA DA EQUIPE

Nesta categoria estão agrupadas as falas referentes às características das populações atendidas por cada equipe, considerando as especificidades locais e com ênfase na população adolescente, foco do estudo. Pode-se perceber que a maioria das equipes lida com problemas muito semelhantes em relação à clientela atendida, como a gestação adolescente; a miséria da população adstrita; e, exposição a fatores de risco como violência, inclusive intrafamiliar.

*[...] a área aqui onde eu trabalho é uma área em que as pessoas são carentes de tudo: carente de dinheiro, carente de atenção, de afetividade, as pessoas não tem ... como é que vou te dizer ... auto-estima muito baixa, sabe. Porque as pessoas são muito pobres, pobre de tudo, sabe, então assim, ó, as adolescente com 12, 13, 14 anos já ficam grávidas. E com essa gravidez na adolescência daí elas já não tem muita perspectiva de ... não querem estudo, não querem trabalho, logo elas ... as mocinhas né, não sei se é por conta da família, eu acho, elas não tem aquela coisa assim, de querer estudar, de querer trabalhar, aquela coisa assim de ... não tem muito sonho, sabe, é difícil tu trabalhar. (E13, agente comunitário de saúde).*

Abaixo o profissional fala sobre suas principais atividades na unidade, referindo os atendimentos mais comuns. É possível perceber a citação da violência como algo pertencente à comunidade.

*[...] mais pela parte da mãe, queria que tu conversasse com elas assim pra não ficarem brigando dentro de casa que eu não aguento mais. Então é mais a parte da...escola e brigas dentro de casa, os pais ficam meio apavorados com os adolescentes e vem nos procurar. (E6, Técnico de enfermagem).*

A violência que atinge adolescentes e jovens, atualmente, aparece deslocada da sociedade, como resultado da ação de indivíduos, sem responsabilização direta ou indireta do Estado, que aparece somente no momento de estabelecer e fazer

cumprir a punição, reprimindo. A partir da Declaração Internacional dos Direitos Humanos (ONU, 1949), o ser humano passa a ser sujeito de direito na ordem internacional e, assim sendo, está para ser protegido. Sem o direito à vida todos os outros são inutilizados. A violência atinge a todos os grupos sociais, sendo vitimizados, principalmente, os mais pobres e vulneráveis. E não existe uma única violência, mas, várias, cada uma com suas determinantes próprias: doméstica, criminal, nas ruas, trânsito, escolas, campo, contra o jovem, a mulher, os idosos, os homossexuais, portadores de deficiências, entre outras (WAISELFISZ, 2002).

Waiselfisz (2002) entendeu que as diversas formas de violência abordadas podem ser explicadas pelas situações sociais, políticas e econômicas atravessadas pelo Brasil. Segundo o autor, o aumento da violência aparece como aspecto da organização social, principalmente, nos centros urbanos e se manifesta em diversas áreas da esfera social. Mas, também começa a se configurar um alargamento da noção de violência, de modo a incluir em seu conceito acontecimentos que antes eram práticas que regulamentavam as relações sociais, como a violência contra a mulher, criança ou grupos sociais (WAISELFISZ, 2002). O número de mortes por homicídios entre adolescentes é crescente, aos 12 anos, foram registradas no país 52 mortes por homicídios; esse número aumenta atingindo 1.916 mortes de pessoas com 18 anos no Brasil, no ano 2000. Esse número alarmante ainda aumenta até os vinte anos, quando atinge o pico de 2.220 casos de homicídios registrados, o maior índice no país (WAISELFISZ, 2002). O autor acredita que as representações coletivas em torno da violência têm uma elevada dose de subjetividade, e que tendem a assumir o caráter de “verdade universal”. Segundo o autor, esse pensamento naturaliza os fenômenos violentos, tornando-os quase “inevitáveis”.

No período compreendido entre 1990 e 2000, segundo dados do Ministério da Saúde, morreram 211.918 crianças e adolescentes por acidentes e violências (aparece nos registros como “causas externas”), sendo 33.512 crianças e adolescentes entre 10 e 14 anos e 119.203 adolescentes, entre 15 e 19 anos (MINAYO, 2005). Conforme Arpini e Soares (2009) mais adolescentes são vítimas do que autores de violência, morrendo mais do que matam. As autoras citam Teixeira (2005) que afirmou que até 2002 foram registrados 1.286 casos de homicídios praticados por adolescentes, enquanto em 19.188 casos eles são as vítimas.

No Brasil, a punição corporal é amplamente utilizada como propósito educativo, fato reconhecido e justificado pela cultura (GONÇALVES, 2005).

Pode-se perceber nas entrevistas que a violência também é utilizada pelas famílias como maneira de educar os filhos ou impor limites. Os profissionais relataram a preocupação dos pais em relação à educação dos filhos, fazendo referência à dificuldade dos pais de estabelecer limites sem recorrer à agressão física, especialmente nas localidades rurais, onde as famílias mantêm maior distância dos vizinhos do que na zona urbana do município, de modo que alguns hábitos e costumes educacionais permanecem como “assunto de família”.

*Problema aqui no interior é isso que eu te disse, aqui os pais são muito de surra, bater. Largam demais ou prendem demais. São relapsos ou é queixo-duro sabe. E eles não resolvem na conversa eles acham que surrando ... Tem até um que apanhou do pai no colégio, que chamaram o pai que ele tava incomodando e o pai bateu nele, na escola, na frente dos outros. É que a gente tenta conversa, mas não é bem assim às vezes conversando ele acha que tem que ouvir o que falam dentro da casa dele, que enquanto tive ele sustentando ele é quem manda. É a idéia do pessoal do interior é assim. Eles foram criados assim e acham que é assim, é de geração, de pai pra filho. Os pais foram criados assim e acham que com os filhos deve ser da mesma maneira. (E6, técnico de enfermagem).*

As práticas educativas ou disciplinares são as técnicas utilizadas pelos pais na socialização das crianças, e dependem das condições econômicas, da sociedade onde vivem e de suas condições de vida. As técnicas utilizadas podem ser coercitivas ou indutivas; as primeiras, utilizam a ameaça, força ou punição para garantir o comportamento adequado, com “ordens, comandos, e fisicamente, por meio da punição física” (REPPOLD; PACHECO; BARDAGI; HUTZ, 2002, p.16). Desse modo a criança é pressionada a mudar seu comportamento inadequado. Seus efeitos dependem do tempo, agente e lugar, e como a criança não internaliza as regras, tende a repetir os comportamentos assim que o agente que controla seu comportamento se ausenta ou não representa mais ameaça. A privação de carinho e privilégios também é coercitiva, pois, a possibilidade de perder o afeto dos pais gera muita ansiedade e insegurança na criança, sendo uma forma psicológica de punição. Aparece em forma de desaprovação, indiferença, isolamento, privação

condicionada de amor, e provoca emoções negativas, como medo, ansiedade e hostilidade, que interferem em seu raciocínio durante a situação.

Oliveira et al. (2007) explicaram que o uso destas práticas na educação infantil, além de gerar sentimentos de medo, ansiedade e raiva, não permite que a criança compreenda as implicações de suas ações e os motivos pelos quais os pais não as aceitam. Além disso, “[...] a criança que não foi ensinada a encarar seus erros como oportunidades para a mudança, mas foi castigada por errar, não desenvolve o respeito e a aceitação de si” (SHENKER, 2008, p.34).

As técnicas indutivas por outro lado, objetivam modificar o comportamento da criança através da descrição de regras ou das consequências de seus comportamentos para com as outras pessoas. Essas técnicas favorecem o desenvolvimento da empatia, pois, a criança aprende a pensar não só em si mesma, mas, também, nas pessoas com quem convive. Além disso, realiza a internalização de valores e normas sociais, de modo que passa a regular seu comportamento sem o agente externo. Reppold, Pacheco, Bardagi e Hutz (2002) fizeram referência a estudos anteriores que revelaram que o uso de técnicas indutivas facilita essa internalização, direcionando a atenção da criança para as consequências de seu comportamento para as outras pessoas. Oliveira et al. (2007) concordaram com os autores e elucidaram que essas técnicas educativas são utilizadas, também, para explicar para a criança as consequências de seu comportamento, utilizando-se dos aspectos lógicos da situação, o que possibilita a compreensão das implicações das ações e justifica a necessidade de mudança de comportamento. Ela torna-se capaz de utilizar a informação e controlar sua própria conduta, desenvolvendo certa autonomia para suas ações e internalizando padrões morais.

Com base nesses autores pode-se inferir que adolescentes que foram educados com técnicas indutivas são mais preocupados com outras pessoas e com as consequências de seus comportamentos para com elas. Aprendem a ter empatia e a sentir culpa, comportamentos associados ao uso de técnicas educativas indutivas.

Para Shenker (2008) o estilo de criação ou educação adotado pelos pais influencia a aquisição dos valores familiares, de modo que é importante atentar para a maneira que a família distribui as responsabilidades e deveres e como cada um se comporta em relação a isso. As relações pais-filhos são marcadas pela afetividade e inconsistência dos pais em relação às técnicas de educação, recompensando um

mesmo comportamento em um momento e punindo em outro. Essa inconsistência nas práticas disciplinares gera insegurança e maior risco da criança ou adolescente vir a desenvolver comportamento delinquente e distúrbio de conduta.

Segundo Reppold, Pacheco, Bardagi e Hutz (2002) grande parte dos adolescentes descreve seus pais como fonte de apoio social e emocional, que se faz presente por meio de estratégia parental autoritativa, o que significa que, do ponto de vista de seus filhos, eles estão equilibrando responsividade e controle. Porém, também é grande o número de adolescentes que percebe seus pais como negligentes, o que pode ser entendido como uma discrepância entre o que os pais e os adolescentes julgam como necessário.

Os autores destacam ainda que em relação às diferentes percepções, os filhos tendem a ver os pais como mais autoritários e negligentes e menos autoritativos e indulgentes, além de menos responsivos ou exigentes que os próprios pais se descrevem. Segundo os autores, quanto maior a discrepância entre a visão dos adolescentes e pais sobre o funcionamento familiar, menor é o bem-estar psicológico dos adolescentes ao longo do tempo.

A violência intrafamiliar é uma forma de se relacionar no interior das famílias, que produz danos físicos, emocionais, sexuais e, muitas vezes, até a morte. Assim como a violência institucional, que se perpetua em escolas, albergues e internatos, esse tipo de violência tem a justificativa de educar e corrigir erros de comportamentos das crianças e adolescentes. Justificada pela prática disciplinar e baseada na crença de que os pais têm poder sobre os filhos (DE ANTONI; KOLLER, 2002).

Quando relacionado a crianças e adolescentes são classificadas como negligência, abuso físico, abuso sexual e abuso psicológico. Negligência nomeia as omissões dos pais ou outros responsáveis pela criança ou adolescente, inclusive instituições, quando os adultos deixam de prover as necessidades básicas para seu desenvolvimento físico, emocional e social.

Gonçalves (2005) apontou que é necessário observar as condições de vida da família, caso a privação afetiva ou material acometa a todos os seus membros, ou seja, todos os filhos assim como os pais ou responsáveis. Não se trata de violência, mas de um comprometimento na estrutura da família, porém, se atingir somente um dos filhos ou somente a prole, pode-se classificá-la como negligência. A autora colocou, ainda, que antes de separar pais e filhos e preciso suprir as

necessidades mais básicas dessa família, para dar-lhe instrumentos que permitam construir um ambiente menos violento.

Nas entrevistas percebeu-se, através dos relatos dos profissionais, situações que são identificadas por eles como negligentes, quando referem casos de pais ou responsáveis que abandonam as crianças e adolescentes, muitas vezes, literalmente, deixando-os sozinhos, e outras, apenas deixando-os sem orientação, permitindo que decidam o que fazer de seu tempo e de suas vidas, considerando-os aptos para tal decisão.

*Então tu vê, sabe, é a questão do afeto aí, é a questão da mãe te dá uma atenção, aí repetiu a mãe, da vó não deu atenção pra mãe, né, daí ela engravidô ali teve essa menina ali por exemplo e a menina a mãe e largô, foi pra Torres, sei lá pra onde morar, e dexô ela, porque sabe o que faz. Isso elas adoram dizê, sabe o que faz. Tudo bem, eles sabe o que faz, não são débil mental nem nada, né, até o débil mental sabe o que faz, mas ... não tem aquela, como é que tu vai assim numa hora crucial aquela idade de 13, 14 anos, como é que tu vai larga o filho e dizê: ah tu que sabe, faz o que tu quisé, tu é dono do teu nariz, sem dá uma instrução, sem dizê ah, talvez quem sabe tu faz assim, tu segue assim, se dé, se não dé, vamo tentá fazê assim. Daí a bisavó com 48 anos, imagina quando for tataravó, com que idade vai ta? E ela tem assim, a A. dá carinho, sabe, pra essa menina, dá muita atenção pra essa menina, conseguiu marcar um ultrassom de urgência, porque ela, ela é uma pessoa assim largada, o pai da criança acho que tem 17 anos, é outra criança então tu vê que ela é largada, sem atenção, sabe ... Então tu ve que a questão é atenção também, é o afeto sabe que ... eu acho que hoje em dia acho que dexaram muito assim: ah, eu na minha idade eu era muito reprimida, então eu deixo, agora meus filhos eu deixo eles se criarem, se formarem do jeito que eles quiserem. Que estuda estuda, se não quer ... sabe, não dão um empurrãozinho, entende? Cada um né, tem um modo de pensá diferente do outro. (E 9, agente comunitário de saúde).*

O abandono é considerado uma forma extrema de negligência. Segundo Souza e Jorge (2005, p.25) a negligência é entendida como:

[...] a omissão de cuidados básicos como a privação de medicamentos, a falta de atendimento à saúde, o descuido com a higiene, a ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor, o não

provimento de estímulos e condições para a freqüência à escola e a falta de atenção necessária para o desenvolvimento físico, moral e espiritual desses seres em formação.

O abuso físico é todo ato violento que utiliza a força física intencional, não acidental, praticado por pais, responsáveis, familiares ou outras pessoas, com o objetivo de ferir, lesar ou destruir a vítima (criança ou adolescente), deixando marcas em seu corpo ou não, e, muitas vezes, ocasionando a morte, devido à gravidade dos ferimentos induzidos. No Brasil, a definição de violência adota a intencionalidade como critério para classificar o ato como violento, de modo que ele é assim definido antes e independentemente de qualquer efeito por ele produzido e passível de verificação, o que acaba causando problemas tanto para a pesquisa no tema quanto para a tomada de medidas de proteção à criança (GONÇALVES, 2005).

A literatura caracteriza pais abusadores como apresentando maior tendência ao isolamento e impulsividade; utilizando estratégias punitivas e agressão verbal; atribuindo a causa do comportamento inadequado dos filhos a fatores internos, de modo que os filhos são responsáveis por seus atos, e desse ponto de vista merecedores do castigo. Os pais que praticam abuso ou maus-tratos comumente foram abusados na infância e muitos utilizam substâncias para lidar com a angústia (ASSIS; AVANCI, 2004). A presença de psicopatologia e o contexto de vida com eventos de vida estressantes também contribuem para o aumento de práticas abusivas, somados ao estresse parental, ansiedade, depressão, queixas somáticas e uso de álcool. Nestas famílias a violência, muitas vezes, é utilizada como forma de comunicação (ASSIS; AVANCI, 2004; REPPOLD; PACHECO; BARDAGI; HUTZ, 2002; SANCHEZ; MINAYO, 2004).

Gonçalves (2005, p.280) apontou como eventos próprios da dinâmica familiar o “[...] desgaste ocasionado pelas dificuldades cotidianas tais como a separação do casal parental ou as dificuldades financeiras estavam positivamente correlacionados à prática de violência contra a prole”.

Souza e Jorge (2005) destacaram a síndrome da criança espancada, que denomina ferimentos impingidos à criança ou adolescente, como forma de castigo e educação, e citam entre seus efeitos fraturas ósseas, hematomas, lesões cerebrais e queimaduras, entre outros sinais de maldade. Percebe-se a interação entre a violência intrafamiliar e o uso de substâncias psicoativas/drogas, nas falas a seguir:



*Eu acho que a droga é causa da falta de conversa em casa, da agressão, eles preferem a rua do que o ambiente familiar, o alcoolismo também, né, é uma coisa que ... os pais bebem. (E6, Técnico de enfermagem).*

*Nós tivemos um aluno, que era o L, ele esteve envolvido no teatro do ano passado, sabe, ele era nota 10, não faltava, era muito envolvido, muito. E esse ano a gente demorou muito tempo pra reiniciar o teatro então ele era um aluno uma cri ... um adolescente, que ele tem 14 anos. Adolescente que ele dizia assim, “ah, quando é que vai começá, quando é que vai começá, quando é que vai começá? Nós ficamos sabendo, pela agente comunitária, que ele tinha sido expulso do colégio, sabe. E eu disse ah, mas foi expulso porque? Ah, porque pegaram ele fumando no banheiro.e eu disse ai, gente, será? Vamos tentar ver na escola o que realmente aconteceu.Aí a diretora da escola mostrou pras agentes uma lista do que ele tinha feito, desde a questão da agressão. S[ó] que ele nunca manifestou isso no grupo, nunca, jamais ia imaginar que ele tivesse tamanha ... assim, tal postura. Eu disse gente , nós vamos ter que dar um jeito de incluir ele, porque o que que aconteceu? O pai dele é alcoolista, a mãe dele abandonou ele, então o pai alcoolista que por siso já exclui o filho, a escola já excluiu, nós com o teatro, se nós não incluir ele que daí nós estávamos com dificuldade porque no teatro ele tinha que tá dentro da escola,nós não, nós vamos lá na creche e nós vamos dar um jeito de incluir esse menino, porque a sociedade tá excluindo ele, sabe? Nós também vamo excluir, o que que vai ser dele? (E10, enfermeiro).*

Famílias que não protegem suas crianças acabam expondo-as a fatores de risco, mesmo que não seja algo intencional, como, por exemplo, morar em local violento ou insalubre, muitas vezes, não é uma questão de negligência dos pais, mas, de falta de condições para prover melhor qualidade de vida aos filhos.

Os fatores de risco podem ser entendidos como condições ambientais associadas à alta ocorrência de resultados negativos ou indesejáveis para o indivíduo em desenvolvimento. Uma pessoa está em situação de risco quando não se desenvolve conforme o esperado para sua idade e cultura (BANDEIRA; KOLLER; HUTZ; FOSTER, 1996). O risco implica em resultados negativos e indesejados ao desenvolvimento humano, que facilitam as condições da pessoa apresentar problemas físicos, emocionais ou sociais (CASSOL; DE ANTONI, 2006).

Os eventos negativos ou estressantes de vida são quaisquer mudanças no ambiente que causem tensão, interferindo nas respostas habituais da pessoa; além disso, tem sido associado a distúrbios físicos e mentais. Baixa remuneração dos pais, ausência de um dos pais na família, baixa escolaridade e muitos filhos podem ser entendidos como fatores de risco ao desenvolvimento, uma vez que em famílias numerosas a dedicação dos pais a cada um dos filhos individualmente é naturalmente reduzida. A família pode atuar como fonte de proteção quando oferece um ambiente seguro cercado de cuidados e que preserve a saúde e integridade física e emocional da criança ou adolescente. Por ser responsável pela socialização da criança e pela internalização de normas e regras pode auxiliar em seu desenvolvimento quando os responsáveis por ela têm clareza em seus objetivos, fazem-na cumprir as regras e transmitem as mensagens com clareza, de forma simples e consistente (REPPOLD; PACHECO; BARDAGI; HUTZ, 2002 ). Por outro lado, famílias que oferecem pouca proteção e/ou pressionam seus filhos para assumirem tarefas ou papéis que não são compatíveis com seu desenvolvimento físico e emocional, não atuam como ambientes protetores, mas, como fatores de exposição ao risco, seja ele de natureza física ou psíquica.

Crianças que assumem funções maternas ou paternas, como o cuidado com os irmãos e com a casa, acabam perdendo parte de sua infância e adolescência, crescendo mais cedo, em razão da responsabilidade colocada sobre seus ombros, ainda frágeis. Porém, alguns pais acreditam que suas filhas (e muitas vezes seus filhos também) devem-lhes também seu corpo, sua intimidade e sexualidade.

Os profissionais apontaram também sua preocupação com situações familiares onde se identifica a violência sexual, em especial o abuso sexual. Importante destacar que as crianças e adolescentes que sofrem abuso estão tendo, não apenas seus direitos violados, mas, também, seus corpos, sua integridade física e emocional, sofrendo danos que ultrapassam as lesões físicas provocadas pelos abusos sexuais e atingem sua auto-imagem, auto-estima e o respeito por si próprio, comprometendo a formação de sua personalidade e toda sua vida relacional a partir do momento do primeiro abuso. O abuso sexual pode ser definido como todo jogo ou ato sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou adolescente, ou visando utilizá-lo para satisfação sexual; incluindo-se aqui relações hetero ou homossexuais, cujos agressores se encontram em estágio de desenvolvimento

psicossocial mais adiantado que a criança ou adolescente (GONÇALVES, 2005; SOUZA; JORGE, 2005).

*Até aqui eu tenho dois casos de menina que fazem, que tão no Juizado de menores, né ... no Conselho Tutelar, que fazem acompanhamento, né. Então acompanhamento que tem são só essas duas, né, na minha área. Tu sabe o motivo por que elas tão lá? Porque são filhos do próprio pai, do avô seria, né. São irmãs? Sim, são irmãs. E as duas engravidaram do próprio pai, é isso? Sim, o avô no caso, é o pai do filho delas. Então é neta e filha. Elas fazem acompanhamento também. Mas agora ela não ... já faz algum tempo que elas não tem acompanhamento mais. (E7, agente comunitário de saúde).*

O abuso sexual intrafamiliar é bastante disseminado, “ocorre em todas as camadas sociais [...] não conhece fronteiras raciais, [...] é praticado, na maioria das vezes, por homens ‘normais’, e é a forma mais freqüente de violência sexual” (FELIZARDO; ZÜCHER; MELO, 2004, p.72). Destacaram que as principais vítimas de abuso sexual são adolescentes do sexo feminino e negras, assim como crianças com problemas intelectuais e meninos com problemas de comportamento. Soma-se a isso o local de origem, que também aparece como favorecendo ao risco, especialmente periferias e comunidades carentes. Dificilmente esse abuso ocorre apenas uma vez, sendo o risco de revitimização de 70%. A experiência de abuso físico ou sexual é um importante fator de risco para prejuízo no desenvolvimento e desadaptação social e psicológica, podendo gerar adultos com comportamentos disfuncionais.

De acordo com Koller e De Antoni (2004, p.295) “A manutenção do segredo gera mal-estar e desconfiança entre familiares. Muitas vezes essas ações podem impedir os familiares a romperem com formas de interações abusivas, como ocorre quando há violência”.

Ainda hoje existe a crença de que o ocorrido entre quatro paredes diz respeito somente aos que moram ali, é particular, não publicável por ter caráter íntimo e pertencer somente ao ambiente. Na realidade, a violência deve ser combatida, ainda que em ambiente intrafamiliar, fato marcado no texto do ECA (1990b), entre outras legislações nacionais. Em razão dessa crença, a violência doméstica permaneceu, por muitos anos, entendida como fenômeno que ocorre no ambiente familiar e ali

deveria permanecer, dizendo respeito somente aos que compartilhem desse ambiente (KOLLER; DE ANTONI, 2004).

Os abusos psicológicos também interferem na formação da personalidade, é caracterizado por toda forma de rejeição, depreciação, humilhação desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e uso da criança ou adolescente para atendimento das necessidades psicológicas do adulto (SOUZA; JORGE, 2005). Dentre elas, pode-se pensar na necessidade de ser mais valorizado ou mais importante que alguém. Talvez pelo próprio adulto ter sofrido desvalorizações e humilhações quando criança, ele precisa rebaixar e humilhar a criança ou adolescente, para poder sentir-se mais importante que ele, exercendo esse poder para satisfazer sua menos valia, já que alguém, finalmente, “vale menos” que ele.

Famílias que cometem abuso psicológico tendem a se manter mais afastadas de outras instituições sociais como a escola, por exemplo; nessas famílias costumeiramente os pais possuem poucos conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil, para lidar com as demandas e necessidades dos filhos, e podem ter expectativas exageradas sobre o desempenho dos filhos e maltratá-los quando não correspondem a elas, ou não compreender a importância da supervisão constante das crianças (ASSIS; AVANCI, 2004).

Esses fatores aumentam a propensão a desenvolvimento de atos infracionais e engajamento em grupos criminosos. Arpini e Soares (2009) argumentaram que a infração cometida pelos adolescentes deve ser compreendida em um contexto mais amplo, envolvendo uma busca por ser reconhecido e do sentimento de pertencimento social. O ato infracional passa a ser uma busca por contenção, por ser percebido pela opinião pública e motivo de preocupação e interesse social (SOARES, 2004).

Segundo Arpini, Quintana e Gonçalves (2010) os adolescentes infratores vem de famílias vulneráveis, com “dificuldades sócio-econômicas e emocionais, decorrentes de separações, e da necessidade de manutenção da educação e do sustento familiar” por uma única pessoa, na maioria dos casos a mãe (ARPINI; QUINTANA; GONÇALVES, 2010, p.326).

Muitos adolescentes dizem que suas famílias não são exemplos para a construção de projetos de vida, mesmo que estejam em situações muito parecidas com a doméstica. Além disso, esse comportamento pode ser entendido como uma expressão da falta de limites, quando não foram contidos por seus pais e familiares,

de modo que alguns só são reconhecidos depois do ato infracional, o que demonstra fragilidade dessa família. Desse modo pode-se pensar nessas atitudes como demandas de reconhecimento, amor e filiação (ARPINI; QUINTANA; GONÇALVEZ, 2010).

Os profissionais apresentaram preocupação quanto à vulnerabilidade dos adolescentes ao tráfico de drogas e organizações criminosas, presentes nas comunidades de muitas UBSs do município. Tal vulnerabilidade reflete a falta de uma rede de apoio articulada e eficiente, que os protejam dessa exposição.

*Mas aí já entra a questão da droga que a gente sabe que tem vários aliciadores, né. Então isso aí é bem complicado, eles não tem muita opção, as mães saem e ficam o dia inteiro e eles ficam em casa, né, o irmão mais velho cuidando, então ... Acho que os nossos tem uma situação bem mais difícil de vida, devido à pobreza mesmo, acho que é um fator agravante pra eles. (E1 enfermeiro).*

*[...] sabe, é um círculo vicioso, daí é a família que não se responsabiliza, daí a escola não se responsabiliza, daí vai indo, e daí as crianças e os adolescentes vão se criando assim, sabe, vão indo ... por conta da ... da maré. É a legítima que vai por conta da maré. E por conta da maré que nós temos essa drogadição, sabe, porque eles vão, eles vão indo na onda. Porque muitas vezes eles se identificam com aquela minissaia bonita, com aquele calçado bonito. E daí sabem que eles não tem dinheiro ... a própria dança do ventre, eles querem fazer, mas eles não tem dinheiro, entendeu? Aí aonde que eles vão buscar dinheiro ... . (E10, enfermeiro).*

Outro aspecto relevante apontado pelos profissionais referente ao universo local dos adolescentes tem relação com o uso de drogas e sua relação com as questões familiares e a violência. A adolescência é um período de vulnerabilidade ao uso de drogas, devido às diversas mudanças biológicas, psicológicas e sociais enfrentadas, o adolescente pode ter dificuldades em lidar com as angústias vividas nessa fase e busca alívio nessas substâncias. Porém, um bom relacionamento familiar, em um ambiente acolhedor com pais que monitorem seu comportamento e se mostrem preocupados e disponíveis, além de afetivamente próximos, podem atuar como fatores de proteção ao uso de substâncias psicoativas na adolescência. Por outro lado, pouco investimento na relação pais-filhos, pouco afeto e educação

autoritária, pais que adotem atitudes aprovadoras em relação às drogas, tenham expectativas incertas quanto ao futuro dos filhos, pais que não monitoram o comportamento dos filhos e conflitos familiares não resolvidos podem atuar como fatores de risco ao uso de substâncias (DIAS; TEIXEIRA; SILVA, 2009). Os fatores de proteção podem não apresentar efeito na ausência de um estressor, pois, sua função é mudar a resposta à situação de risco, além disso, não são necessariamente experiências agradáveis, e podem ser além das experiências vividas, características do indivíduo como a personalidade, por exemplo. Mecanismos de proteção são aqueles que, numa trajetória de risco, modificam a vida da pessoa para um rumo mais adaptado (POLETTI; KOLLER, 2006).

A exposição às drogas e ao tráfico aparece, na visão dos profissionais entrevistados, como uma consequência da falta de limites e da distância entre os pais e os filhos, reforçando a fragilidade da família como fator de proteção, conforme a fala a seguir:

*E eu vejo eu só acho assim que a maioria das criaturinhas assim elas tão desorientadas em relação aos pais. Que acham que tão fazendo uma baita coisa. Deixarem fumá, deixarem bebê, e andarem de moto, andarem de carro, sabe, fazê o que quiserem, isso aí eu vejo, e é uma pena. porque aí, às vez tu tá perdendo o teu filho. Aí depois tanta campanha de droga, de crack, né, por quê? Daí eles perguntam ah, meu filho, esses dias eu vi uma mãe apesar que eu acho que as entrevistas as vez são meia ... mas eu vi uma mãe chorando que mataram o filho dela, né, acho que 14 ou 16 anos tinha ... em Porto Alegre. E ela disse: não percam o filho de vocês de vista. Não percam como eu perdi o meu filho, não percam vejam o que eles fazem, olhem onde eles andam, sabe, é isso que eu penso. [...] Entendeu, um filho tu não pode perde assim, de vez em quando tu tem que dá uma cherada, sabe, dá uma cheradinha no filho assim, no cangote, sabe. Porque, quem usa alguma substância, seja o cigarro , bebida alcoólica, alguma coisa, só num abraço que tu dá, tu sabe o cheiro, tu sente o cheiro, tu sabe o cheiro do teu filho, da pele, sabe.*

*[...] muitos adolescentes tão usando isso de desculpa, qualquer coisinha é o crack, mas não é por aí, eu acho que eles tem que desenvolver uma atividade ou uma coisa que vá pra família primeiro. Teria que ser assim, o município começá, não combate o crack e prende traficante, isso não vai ... o traficante sempre existe e sempre vai existi, tu tem que chegá na raiz do problema. Qual é a raiz do problema?*

*A raiz do problema as vezes é a família desestruturada, é a questão financeira, é a questão da educação, eu acho que a educação é uma coisa muito importante [...].* (E9, agente comunitário de saúde).

Santa Maria é uma cidade estrategicamente localizada no interior do estado do Rio Grande do Sul, o que a coloca como uma das principais rotas de desvio e distribuição de drogas, fato explícito no grande número de pontos de tráfico existentes no município. Esse fato expõe os adolescentes desses grupos ao tráfico com mais frequência do que os que residem em outras cidades, ou mesmo em áreas mais centrais do município. Segundo referem os profissionais, os grupos e organizações relacionados ao crime e tráfico de drogas, muitas vezes, inibem ou dificultam a atuação dos trabalhadores de saúde, muitas vezes, restringindo a área assistida pela equipe, além de ser fonte de risco à integridade do profissional.

*E como eu moro aqui tu sabe que é difícil o meu trabalho, porque quando eu comecei a trabalhar tinha certas áreas que eu não podia entrar. Por quê? Por causa da droga, né, eles não sabiam quem eu era e nem ... porque eu pouco conhecia, não descia lá pra baixo, né, então eles não sabiam quem eu era e o que vim, o que eu ia fazer. De repente eu vim vigiar a vida deles e coisa assim, né. Daí a primeira semana que eu desci tinha... olha acho que era um senhor e mais cinco guris, daí que cheguei e perguntei, né pra ele ... me apresentei e disse o que que era, aí ele disse assim, acho que ele era meio chefe. Ele disse não hoje a minha esposa não pode lhe receber. E eu disse bom, tudo bem então uma outra que nós nos encontrarmos que o senhor achar que ela estiver em casa, e puder dá daí eu volto. Daí o outro senhor me disse assim, olha, quando tiver assim, uns quatro cinco a senhora não chega, né, se cuide. Não tudo bem. Daí passou um mês, um mês e pouco, que decerto ele foi se informar quem eu era, daí eu ia indo e ele veio ao meu encontro assim: olha, hoje se a senhora quiser ir na minha casa, a minha esposa pode lhe receber.* (E13, agente comunitário de saúde).

É possível perceber na fala acima a presença de crianças e adolescentes junto a esse local, na visão do profissional controlado por um possível traficante. O trabalho de crianças e adolescentes, nas gangues de tráfico de drogas, foi incluído pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) entre as formas de trabalho

intoleráveis, junto com a exploração sexual e a escravidão. Ainda assim, em razão do preconceito social e da dificuldade dos adolescentes em estabelecer um projeto de vida, muitos se inserem no mercado de trabalho através do mercado varejista de drogas (SANCHEZ; MINAYO, 2005). Os adolescentes, muitas vezes, integram esses grupos como uma maneira de proteção, outras vezes, precisam de dinheiro, seja para suas necessidades de sustento pessoal e familiar, seja para sustentar alguma adição, na maioria das vezes, a droga. Essa integração pode iniciar como uma forma de pagar as dívidas, trabalhando para seu próprio fornecedor. Para Arpini (2003, p. 40-1) a situação de risco leva os adolescentes à margem dos ideais socialmente pregados, o que os coloca em posição de “espelhar aquilo que seria bom possuírem, mas ao qual não tem acesso”. A autora referiu que, para os adolescentes de grupos populares, a adolescência é marcada pela necessidade de ter trabalho e algum dinheiro, dessa forma pode-se pensar no universo das drogas como integrando essa relação dinheiro/ocupação.

Em relação à dependência química, autores como Dutra (2002, p.123) têm destacado a importância de problematizar o uso de drogas ou outras adições, afirmando que “a literatura sobre o suicídio mostra que o componente inconsciente está implicado em todo ato suicida, seja este o suicídio consumado ou simplesmente um gesto ou comportamento autodestrutivo”. A autora colocou nesse patamar as toxicomanias, os hábitos alimentares e de vida e o histórico de doenças do indivíduo. O abuso de drogas, substâncias psicoativas, é um exemplo de autodestrutividade, e vêm aumentando, assim como o abuso de bebidas alcoólicas por adolescentes entre 12 e 13 anos. Os adolescentes de hoje não se apaixonam por causas sociais e políticas, na grande maioria dos casos, e, segundo a autora, expressam sua insatisfação de maneira autodestrutiva, quando recorrem às drogas, sexo irresponsável, e ao suicídio consciente e inconsciente, que aparece em formas de viver autodestrutivas.

A depressão pode ser uma das causas desse tipo de comportamento, e é de difícil diagnóstico na criança e no adolescente, pois, não a expressam diretamente. A busca por atividades ou comportamentos de risco também pode ser um pedido de socorro aos profissionais de saúde e à sociedade em geral. Vários profissionais citaram a existência de locais de prostituição em sua região de trabalho, expressando a existência de prostituição de mulheres adultas, mas, também, a prostituição juvenil:



*[...] são famílias a minha área é a pior que tem, é a pior assim, pra dizer. É onde tem mais as pessoas sem instrução, é a prostituição tem muitas meninas que elas são meninas da faixa, então a mãe era e as filhas agora ... tem mulheres casadas que o marido leva e fica esperando depois pra trazer ... e as mães tão vendo que elas tão indo, mas por incrível que pareça elas não conversam sobre isso na frente ... . (E4, agente comunitário).*

*... tem uma menina ali que eu me ... porque aquilo ali pra ela tanto faz se é irmão, tanto faz se é primo, tanto faz se o que for. Tu dá dois real pra ela, e ... Ta se prostituindo, então. Ta, e ela ta com uma DST horrível, tá passando pra todo mundo, a gente ta trabalhando muito em cima disso aí, ela engravidou. Menos mal que ta grávida, mas sabe lá como é que vai nascê esse nenê, porque ela tá ... ela tem 16, mas ela começo ela queria muito engravidá com 12 anos, e ela ta com 15 anos, e ela queria, e não conseguia, e ela ta, o corpo a gente vê, ta descamando, o médico trata, né, e agora nós tamo preocupada com, o guri que ta pra nascê, né, se vai vim com problema ou não, né. E ela a preocupação que a gente tem com ela é assim: a gente nota que ela tem um problema psicológico, tu conversa, tu orienta, e ela ta sempre rindo, pra ela tanto faz, tanto fez, né, então assim, gente nota que ela tem uma deficiência, um distúrbio e tem que se muito bem acompanhada, e ela não vai nas consulta e mesmo que nem tem hoje para onde encaminhá [...]. (E7, agente comunitário de saúde).*

A vulnerabilidade social, com condições precárias de vida e a ausência de um projeto futuro, pode operar como fator de risco para o uso de drogas e prostituição, com a busca do sexo como maneira de se sentir amada, ou como forma de trabalho, para sustento próprio e de sua família.

*[...] me lembrei de uma menina agora que eu conheci ela quando ela tinha 2 anos. Ela era coisa mais linda do mundo, o olho azulzinho, loirinha, loirinha, loirinha assim, era fofinha, gordinha, sabe era uma bonequinha, sabe aquelas bonequinha loirinha. Essa menina depois a mãe dela veio a morar aqui depois de anos. E eu fiquei estarecida de ver assim, o que virou aquela menina. Ela se droga, ela se vende por 50 reais, agora ela ta com 15 anos, mas ela faz isso desde os 11 anos,*

*ela mora sozinha desde os 13 anos. A mãe dela diz ela sabe o que quer fazer, ela sabe o que faz, e ela dexa a mãe dela foi morar com um companheiro, e ela se vira, ela perambula pelas ruas. E ela se tornou assim, uma menina que tem 15 anos e tu olha tu diz que ela tem quase 30. Ela ta assim, descuidada com o corpo, com cabelo, e ela começa a andar na rua assim, pelo menos ela freqüenta o colégio, ela vai no colégio de manhã, claro, não mora mais na minha área, ela morou e se mudou, e daí quando ela ta descendo assim o horário que os milico tão indo pro quartel, ela fica se oferecendo pra eles. Aquilo é triste, porque eu vi aquela menina deste tamanho, da vontade de chorar, porque ela é da idade da minha de 16 anos, agora ela tá com 16 anos. E tu olha assim, como ela ta acabada. Ali, ela não tinha problema financeiro, mas ela tinha falta de amor ... da mãe dela. Porque a mãe dela batia nela horrores quando ela era pequena, ela vivia cheia de hematomas, a mãe dela beliscava e a gente dizia, mas o que foi isso? Ah, ela caiu, e ela mal falava direito: ah, minha mãe me bateu, minha mãe me deu pau, e tal, sabe, e eu dizia, mas não pode. E ela, ah, mas eu incomodei. [...] até o pessoal que sai com ela a gurizada lá, né, ela usa cocaína sim, pra poder fazer os programas dela. Com 15 anos, 16 anos, mas ela faz isso desde os 11, e mora sozinha desde os 13. Se tu conversasse com ela tu ia vê o show que ela te dá. (E 9, agente comunitário de saúde).*

Os profissionais apontaram, também, a falta de limites dos adolescentes, e percebem que a população se mostra carente, inclusive de atenção, procurando a UBS por motivos considerados pelos profissionais como “banais”, o que os profissionais percebem e procuram dar conta, mas, também se sentem limitados pelas atividades cotidianas que limitam o tempo disponível para tal dedicação. Vários profissionais citaram a carência afetiva e problemas psicológicos, como depressão, enfatizando a necessidade de profissional da área de saúde mental para trabalhar tais questões.

*Precisa uma ocupação pra essas criaturinhas, pra elas não ficarem na rua, porque se ficar na rua, sentá no meio fio, gente, olha, pra ajudar tem poucas pessoas, mas pra levar pro mau caminho tem um monte. Até com prostituição mesmo, a gente vê os carros passando, os caras convidando pra ir, oferecendo as coisas, sabe. Eu cansei de ver assim, ali, os cara oferecendo coisa pras crianças, as*

*meninas que nem o corpo formado tem, com 12, 13 anos eles já levam. Tão preso já e tu chama a polícia e eles continuam fazendo a mesma coisa, tem a vida fácil, né? Entende, tão naquela vida ali, e acham fácil. (E 13, agente comunitária).*

A demanda por atendimento psicológico aparece nas falas como algo frequente, porém, mais concentrado em algumas unidades, com pouca referência em outras.

*Querem ter uma vida digna, mas só que às vezes como esse psiquiatra que vinha praí, né, a gente viu a necessidade, ele é psicanalista junto, né, mas a gente queria era mais um psicólogo, né, mas como a gente não conseguiu... ele vinha mais pra dá palestra, né, trabalhá em grupo, né. E funcionava isso, C.? Como eu te dizia, antes veio as duas gurias, e funcionava muito bem, né, elas não venciam as duas, tinha a demanda muito grande. Não venciam, tanto de criança como adulto. Era horrível, as agendas, a demanda era lá em cima, sabe, era muito, muito a demanda.*

O mesmo profissional fez referência a um menino que recebia atendimento psicológico, mas, que teve o tratamento interrompido pela retirada dos profissionais da unidade, uma vez que eram contratados pelo município e seus contratos haviam expirado. O profissional convidou a pesquisadora a desenvolver atividades em sua unidade, fato ocorrido em mais de uma entrevista.

*Ele era tão agressivo, ele sofria e de tão nervoso ele fazia até cocô na calça, né, não se sentia mais. Daí começaram a tratá, viram que o problema era da família, né, viram que o problema era dentro e casa, e começaram a tratá o pai e a mãe, e amenizou, daí foi indo, foi indo, né, e só ele precisava seguir o tratamento dele, né, tanto ele como a mãe. Mas daí não conseguiram mais, né, paro, tudo, né, e como ... tem outras menina aí, como eu te falei, né, dessa faixa etária da adolescência que necessitavam muito que uma tá grávida, né, e agora tem outra também, né. Tem várias que necessitavam muito do acompanhamento com psicóloga, seria bom se tu fizesse um trabalho. Tu não tem plano de fazer um trabalho aqui? (E7, agente comunitário de saúde).*

Concorda-se com os participantes da pesquisa, quando os mesmos apontam essa grande demanda por atendimento em saúde mental, os casos por eles citados realmente precisariam de atenção mais direcionada por profissionais de saúde mental. Sabemos que a ESF não prevê profissionais como psicólogos e psiquiatras em seu quadro de funcionários, por entender que são especialistas. Tais profissionais ficariam então estabelecidos em centros de referência municipais, como o Centro de Especialidades Diagnósticas e de Atendimento Secundário (CEDAS), em Santa Maria; porém o município possui apenas um centro desse tipo, o que gera enormes filas de atendimento e baixa resolutividade, além de ser de difícil acesso a grande parcela da população municipal. Outra solução compreendida nos moldes da ESF seriam os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), criados pela portaria nº 154. Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuando em parceria com os profissionais das ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008).

Estão previstos, para atuação nos NASFs, profissionais como médicos especialistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, cabendo ao gestor a escolha da composição da equipe, de acordo com as necessidades identificadas na região de implantação do NASF. Cada Núcleo atende, no mínimo 3, e, no máximo 20 equipes, de Saúde da Família, de acordo com sua especificação entre NASF 1 (comporta equipe maior e atende maior número de equipes de SF) e NASF 2 (implantado em regiões com baixíssima densidade populacional, abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado) (BRASIL, 2008). A falta de profissionais especializados é apontada em várias entrevistas, de modo que apontam como uma necessidade geral do município.

*Mas muito é assim, passagem, é a questão assim, de deslocamento, sabe? Por isso é que eu acho que as unidade de saúde ... como tem aqui deveria ter uma no Boi Morto, deveria ter um psicólogo em cada unidade de saúde. Não precisava ser todos os dias, mas uma boa parte da semana, seria excelente isso aí, resolvia muito, acho que resolvia bastante, imagina. Mas como não funcionam às vezes as coisas como a gente quer, né, e é meio utópico a gente pensar certas coisas. (E9, agente comunitário de saúde).*

É importante salientar que o NASF, como serviço especializado, não é a porta de entrada do Sistema, mas funciona integrado à rede de serviços de saúde; atendendo os casos identificados no trabalho conjunto com as equipes de ESF; compartilhando a responsabilidade pelas pessoas atendidas; lembrando que as equipes de ESF não encaminham simplesmente, mas permanecem responsáveis e vinculadas aos usuários atendidos pela equipe de NASF (BRASIL, 2008). Até o encerramento desta pesquisa, o município de Santa Maria não possuía nenhum NASF atuando ou mesmo em processo de implantação.

Outro tema recorrente nas entrevistas foi a grande quantidade de famílias numerosas. Em boa parte delas os filhos precisam auxiliar aos pais na divisão das tarefas da casa, entre elas o cuidado com as crianças mais novas. Nas classes populares os adolescentes cuidam dos irmãos desde cedo, e tendem a buscar emprego, para auxiliar no sustento da família, fato que contribui para o abandono da escola. Madeira (1997) relacionou o fracasso escolar à pobreza, especialmente à necessidade do adolescente de abandonar a escola para poder trabalhar e auxiliar no sustento da família. As meninas são estimuladas a casar, fato característico desse grupo social, sendo o casamento considerado solução para os problemas familiares e também para a sobrevivência das famílias, conforme apontou um dos profissionais entrevistados:

*[...] sabe qual é a idéia que elas tem assim, pelo que eu entendi, nesses 6 anos que eu trabalho, é que elas tendo a família delas elas vão sair daquela miséria, entende, vão sair daquela casa cheia de irmãos, de te que dividi às vez uma cama com 4,5,6 pessoas, numa cama né. Às vez até aquela promiscuidade, às vezes assim, como já aconteceu mesmo, também, já vi isso acontecer, e ... vão te a casa deles. Tê o filho que é considerado como se fosse um boneco, uma boneca, né, de brinquedo. E eles te a casa deles, te ... o marido, nem que apanhe, sabe, mas pelos menos te ali, te o mundinho deles.[...] As mães ... elas ... dão graças a Deus que as filhas casam. Que arrume qualquer um, que seja mais velho, mais novo, mas que arrume alguém e case e saia de casa. Elas não tem o pensamento de faze as filhas estudarem, te uma educação ... e digamos assim, trabalhar, eles querem que case e saia de casa, saiam de casa pra não dar mais trabalho, ou não dar mais gastos, a maioria pra não dar gastos. [...]. (E9, agente comunitário de saúde).*

É possível perceber que, segundo os profissionais entrevistados, os adolescentes de sua área de atuação romantizam casamento e filhos, assim como o fato de ter a própria casa, como se fosse a solução para os problemas de relacionamento com a família de origem, e de acomodação e privacidade. A gravidez aparece como forma de valorização na região, em várias falas se percebe essa referência comum, fato que chama atenção. Segundo os entrevistados a gestante tem status na comunidade, sendo vista como alguém especial, recebendo maior atenção e cuidados, tanto da equipe de saúde quanto de sua família, sentindo-se, portanto, valorizada.

*E aí essas meninas que querem engravidar, não tem consciência do futuro, né, nem nada. elas acham que tão ... aí parece que ... a interpretação que é dada é que elas se sentem importantes por terem engravidado. A YY fez um levantamento disso, o artigo dela, ele fala que elas se sentem cidadãs, porque aí ela ... ela é uma parturiente, ela tá grávida, tem atenção do Estado. (E11, médico).*

*[...] nós temos crianças, tem meninas aqui com 12 anos que já são mães. Bem novas. Então eu tô com duas meninas estagiárias da medicina do sétimo semestre, que elas foram na escola dar palestra, agora ... quinta passada, e elas tavam me contando porque eu não fui fiquei aqui no posto atendendo a demanda e elas tavam me referindo assim o pensamento mágico que os adolescentes tem, que não vão engravidar, não sabem como tomar um pílula, tem muitas vezes que ... tem muitas pessoas aqui que não sabem como colocar uma camisinha, então um monte de dúvidas que a gente gostaria que nesses grupos, que eles pudessem trazer as suas dúvidas e a gente conseguisse fazer isso, mas não sei como nós vamos chamar atenção desse pessoal né. (E2, médico).*

Pode-se perceber que as falas se complementam, mesmo que os profissionais atuem em localidades diferentes do município.

*Então tá muito grande o índice, na minha área mesmo tô com 5 adolescentes de 14 anos grávidas e não por falta assim, né ... de tu ta conversando, mas assim mesmo elas tem um ideal assim que elas arranjam um companheiro que vai tirar*

*elas daquela casa e elas vão ter um cantinho com o marido. Elas ainda tão nessa, né. E era esse grupo que a gente tinha. Mais o contato quando a gente vai na casa, né, mas eu ... Eu converso com elas na rua, em casa muitas ... nem me olham, as mães as vez acham que Fulana não gosta de mim, elas vem me perguntar as coisas na rua, é o medo da mãe ou vergonha não sei. [...] então é na rua que eu converso ... elas me solicitam camisinha, eu muitas vezes agendo as consultas pra vim pegar o anticoncepcional, mas aí elas não vem no grupo é tudo escondidinho, sabe elas tem uma vergonha. Uma me disse assim: todo mundo sabe que eu dou pra todo mundo, mas eu tenho vergonha de vim buscar camisinha. Aí ela vai na minha casa, eu pego e ela vai na minha casa com a sacolinha e ela sabe que ali ela vai pegar a camisinha. (E4, agente comunitário de saúde).*

*Na direção da escola eles disseram [...] que não, que o que a gente tinha que fazer era palestra sobre planejamento familiar, ensinar como é que usava camisinha ... E daí a gente começou a questionar assim, bah, mas será que ... Será que ... Porque a gente tem um referencial assim da psicologia, referencial da sociologia que traz outros fatores sociológicos inclusive, que traz outras questões, que é questão da constituição ... de tu ter alguma coisa, a questão de tu conseguir uma identidade que é da maternidade, né?! (E10, enfermeiro).*

Essa valorização pode ser uma das razões que explicam a alta incidência da gravidez na adolescência, associada à ausência ou a fragilidade de projetos futuros. Adolescentes que engravidam tendem a abandonar os estudos, permanecendo com baixo nível de instrução uma vez que posteriormente encontram dificuldades para retornar à escola, em função da necessidade de trabalhar para cuidar das necessidades do bebê, da falta de apoio social por parte das mães, tias ou pessoas que possam auxiliá-la e orientá-la no cuidado com o bebê. Além disso, a gestação adolescente pode trazer problemas tanto à mãe quanto à criança, como má formação e subdesenvolvimento fetal, pois, o corpo da mãe também está em crescimento, podendo competir com o feto pelos nutrientes (PAPALIA; OLDS, 2000).

Kehl (2004, p.106) acredita que as adolescentes grávidas estão presas às contradições dos adolescentes atuais, “o descompasso entre uma vida sexual adulta que acompanha as condições da maturação biológica e o lugar social de dependência em relação à família que lhes confere uma condição infantil”.

Dados extraídos do DATASUS (banco de dados do Sistema Único de Saúde), do ano de 2008, revelam a existência de 56.205 bebês nascidos vivos filhos de mães adolescentes na região Sul, sendo 19.300 no Rio Grande do Sul; consideramos somente bebês com APGAR<sup>2</sup> entre 8 e 10, ficando excluídas destes dados as crianças com qualquer outra pontuação. Dentre as mães adolescentes gaúchas, 852 delas mães contavam entre 10 e 14 anos no momento do parto, e 18.448 tinham entre 15 e 19 anos. O total de parturientes adolescentes no Rio Grande do Sul representa mais de 34,34% da Região Sul e apenas 4,27% das gestações adolescentes do país. Porém, esse número ainda é bastante expressivo. A grande maioria dos partos aconteceu em hospitais (53.548) e outros estabelecimentos de saúde (261), o que pode estar relacionado com fatores culturais, mas, também, com a presença de risco para mãe e bebê, sempre que a mãe é adolescente. O SUS cobriu 94% das consultas pré-natais realizadas no município no ano de 2009. No SUS a gravidez adolescente é considerada de risco, existindo serviços especializados para o atendimento dessas gestantes. Ocorreram 143.407 partos vaginais no país, 32.978 realizados em mães entre 15 e 19 anos, e 1.449 em mães entre 10 e 14 anos. As últimas passaram por 915 cesáreas, enquanto as mães entre 15 e 19 anos sofreram 20.842 cirurgias cesarianas. Esses dados expressam a alta taxa de partos vaginais, mesmo que a gestante adolescente tenha corpo menor e, portanto, menos condições fisiológicas para tal modalidade de parto, e que a cultura muitas vezes exacerbe as dificuldades do mesmo (BRASIL, 2009f).

Dos partos realizados no município de Santa Maria no ano de 2008, 18,3% ocorreu com gestantes entre 10 e 19 anos, portanto adolescentes. O SUS cobriu 94% das consultas pré-natais realizadas no município no ano de 2009 (BRASIL, 2009g).

Em Santa Maria o serviço de referência funciona no Hospital Universitário-HUSM, que recebe a maioria das gestantes adolescentes ou com outros agravos atendidas pelo SUS no município e na região. Os profissionais referiram

---

<sup>2</sup> APGAR é a nota recebida pela criança no primeiro minuto de nascimento, sendo a avaliação repetida no quinto minuto de vida. São avaliados a aparência (cor), pulso (frequência cardíaca), careta (irritabilidade reflexa), atividade (tono muscular) e respiração. Escore entre 7 e 10 é considerado normal aos cinco minutos; um escore abaixo de sete significa que o bebê precisa de auxílio para respirar; e um escore abaixo de quatro indica que o bebê precisa de tratamento de ressuscitamento urgente (PAPALIA; OLDS, 2000).



preocupação com esse fenômeno e um deles nos conta da mobilização da equipe para entender a frequência de gestações adolescentes.

*A gente fez uma enquete do por que de tanta gravidez na adolescência, na escola, e as nossas adolescentes a maioria estuda ali naquela escola, que é a escola AA. E a gente fez um trabalho com essa enquete e a gente chegou a conclusão, elas chegaram à conclusão, né, devido às respostas delas, que como aqui é uma região muito carente, e de poder aquisitivo baixo ... e tem vários fatores que influenciam, elas pensam assim ... que elas engravidando elas vão ter uma independência ou financeira, ou uma independência dos pais, e acaba acontecendo isso. Só que é um ... não é a coisa certa, né. Tu acha então que a gravidez é planejada? Planejada entre aspas, né? É uma resposta da pesquisa que a gente fez. Seria um desejo delas? Exatamente, um desejo. Como se tivesse... pensando que elas vão ter uma independência, ou financeira ou da família, que daí elas vão poder ser... não maior de idade, mas que vão ter uma autonomia maior. Bem interessante isso aí. (E12, técnica de enfermagem).*

*E em 2004, em 2005 eu já tinha visto, né, pelos indicadores que a gente tinha 33% de gestantes adolescentes, as nossas gestantes eram adolescentes. Isso foi um dado que me chamou a atenção, porque até 30% o ministério da saúde acha que isso é aceitável. E daí, isso foi em 2005 e lá em 2006 nós tivemos um acréscimo de 40, foi pra 43%. [...] Aí nós resolvemos fazer uma pesquisa. Aí nós fizemos um método de pesquisa, fizemos um projeto. Pesquisamos na escola, pesquisamos naquelas ... com aquelas adolescentes ... Bom, fizemos uma pesquisa científica, né, que pegou todas ... foi por amostragem, né, E o que que nós concluimos? Que a população ... e isso depois a gente devolveu pra escola. As adolescentes elas não tinham oportunidade. Elas sabiam que elas iam no máximo até a sétima série e depois elas tinham que ter filho mesmo. Porque elas sabiam que emprego elas não iam ter lá já não existia lazer, não existia esporte, então a solução delas mesmo era, delas quererem alguma coisa fora delas, é elas terem o seu filho. (E10, enfermeiro).*

*Porque não é que a gente não oriente, tu entende? Mas não é uma orientação assim, tu entende, né? A primeira coisa é tu dá um anticoncepcional, né?! Ter a segurança do sexo em relação a AIDS, a hepatite e toda essa parte aí. Mas parece*

*que a coisa não funciona. Tu pode dá o anticoncepcional, dá a camisinha, mas elas ficam grávidas igual. É a diferença que a gente percebe é como chegar nelas. E também eu acho que ... um dia eu vi alguém da saúde pública falando que as meninas das Vilas, não trata como sendo das Vilas, mas de um nível social, humanitário, mais inferior diz que elas fazem questão de ficar grávidas porque aí elas aparecem como pessoa, tu entende? Porque aí ela vai se mãe, ela é a mãe do fulano, né? (E 14, médico).*

Foi comum nas entrevistas a referência dos participantes à falta de sonhos e perspectivas para o futuro na população atendida. Muitos dos entrevistados demonstraram preocupação com o imediatismo e a postura dos adolescentes ou a falta dela, no que diz respeito à sua cidadania, habilidades intelectuais ou profissionais e aspirações. Questionamos se esse comportamento é consequente da falta de ambição ou da ausência de estímulo, muitos dos profissionais referem a falta alguém que aponte outras possibilidades além das vivenciadas pela comunidade e familiares do adolescente.

*Porque as pessoas são muito pobres, pobre de tudo, sabe, então assim, ó, as adolescente com 12, 13, 14 anos já ficam grávidas. E com essa gravidez na adolescência daí elas já não tem muita perspectiva de ... não querem estudo, não querem trabalho, logo elas ... as mocinhas né, não sei se é por conta da família, eu acho, elas não tem aquela coisa assim, de querer estudar, de querer trabalhar, aquela coisa assim de ... não tem muito sonho, sabe, é difícil tu trabalhar. (E13, agente comunitário de saúde).*

*[...] desemprego, da falta de expectativa, de perspectiva, o que que o meu amanhã o que que vai ser ... aqui por exemplo as mulheres a maioria ... poucas trabalham e querem estudar assim a gente vê aquelas meninas sem uma perspectiva, né algumas já não estudam mais tem bebê pequeno, já estão no segundo filho sabe ... então tu vê assim que tem alguma coisa né, parece que não visualizam o futuro além daquele limite sabe, da ... do próprio mundinho delas..então acho que isso é bem ... interessante de ver e a gente nem tem como ajudar a despertar isso nelas, né é muito complicado. (E 1, enfermeiro).*

Alguns profissionais não entendem porque a simples orientação não rende os frutos esperados, como a mudança de atitude dos adolescentes. Conforme a fala acima, percebe-se que a falta de exemplos ou de perspectivas para a vida adulta leva as adolescentes a perceberem a gestação como único destino, sentem-se sem opção de futuro. Reproduzem a vida e as escolhas de suas mães, tendo pouco incentivo a desejar e buscar alternativas de vida que incluam trabalhar e estudar, além da possibilidade de postergar o estabelecimento de uma família própria, com cônjuge e filhos. Os profissionais percebem que a clientela não tem perspectiva de futuro como as pessoas de outros grupos sociais, de modo que os próprios usuários limitam seu crescimento social quando não aspiram mais nada, como percebemos na fala seguinte.

Arpini (2003), em trabalho de pesquisa realizado junto a adolescentes de grupos populares, advertiu que para esses adolescentes o presente e o futuro são vividos com angústia em função da instabilidade, da solidão e da ausência de projetos sendo muito difícil pensar no que serão quando adultos.

*[...] a mãe, achando que empregada doméstica é o máximo, sabe, fez ali, 5ª, 7ª série, primeiro grau. Ah, minha filha é empregada doméstica dum doutor. Ela trabalha prum doutor, ela podia ta estudando pra virá uma doutora. Entende? Trabalha pro doutor fulano de tal. Ela podia ta estudando pra virá uma doutora, não trabalha prum doutor. Eu acho que a questão do adolescente é isso aí. Tu tem que botá na cabeça deles que eles tem que corre atrás da máquina. Porque não vão se adolescente pro resto da vida. Eles vão ficá igual nós, eles vão envelhece, se Deus quiser vão envelhece. (E9, agente comunitário de saúde).*

*Porque na realidade elas não têm o que a gente tem, por exemplo, que tu teve, o que eu tive na minha educação, o que esse menino teve (o residente que estava presente na unidade) que é estuda, que é se forma, que é trabalha. Tu não pensa em fica grávida com 14 anos de idade, né? Claro! Ninguém pensa. Da nossa classe eu acho que não. Com raras exceções, né? Sim, a maioria não. A maioria não. Porque tu tem um motivo de vida. Os teus pais tão em cima de ti ali. E esses adolescentes acho que não têm. Então se tem 13, 14 anos a pobre criança, imagina que tipo de sexo têm essas crianças. Imagina ... Aí ficam grávidas e acham bonito. Porque eu acho que aí elas se tornam importantes, porque é a mãe da fulana. Um*

*dia eu vi, acho ... não sei se foi um psicólogo, alguém ligado a saúde pública falando e é uma verdade.* (E14, médico).

A falta de condições adequadas de alimentação e moradia pode prejudicar o desempenho escolar, a maioria dos adolescentes atendidos pela ESF pertence ao grupo popular, tendo poucas oportunidades para privacidade, dividindo o quarto com vários irmãos, o que não permite ambiente adequado para estudo em sua própria casa. Nesse contexto é que se percebe também a fragilidade da escola no projeto futuro dos adolescentes que integram esse universo (ARPINI, 2003). Tais adolescentes valorizam mais o trabalho do que a escola, pois suas famílias assim o fazem, começam cedo a trabalhar pelo sustento da casa e para obter alguma autonomia financeira. As condições para que se mantenham focados nos estudos não acontecem nos adolescentes de grupos populares, como ambiente que permita concentração no estudo e privacidade (ARPINI et al., 2005).

*eu acho que,essa criança aí, nascida na pobreza, vêem a família viver daquele jeito, né, e chegam em casa não tem nem um quatinho pra estudar, não tem nem conforto nenhum, é brabo, né? Aí vão prum ... o ambiente é brabo, né.* (E11, médico).

Além disso, nesse grupo populacional o estudo aparece como algo pouco valorizado pelas próprias famílias. Talvez isso seja consequência de que a possibilidade de cursar o Ensino Superior seja algo muito distante de sua realidade, na qual é preciso atender a necessidades mais imediatas de sobrevivência como alimentação e auxílio no sustento da família. Acredita-se que esse também seja um dos motivos que os adolescentes meninos sejam estimulados pelos pais a permanecerem em casa e comecem a trabalhar, diferente das meninas, estimuladas a saírem da casa paterna/materna e estabelecerem suas próprias famílias, conforme o discutido anteriormente. Nesse sentido, o trabalho é fundamental na vida desses adolescentes, tornando-se prioritário em relação ao universo escolar. Tem papel central na construção da identidade e no lugar do imaginário social (ARPINI et al., 2005).

*E a maioria das pessoas o qual eu trabalhei esse tempo a impressão que eu tive é que a salvação é casarem. Não os filhos casar, mas as filhas. As meninas só. Os guris não? Não, porque eles vão arrumar família e daí vão ter que ta sustentando família. Então eles vão trabalhar e vão sustentar a família em casa, a mãe e o pai. E as meninas não, as meninas casando elas vão ter a vida delas. (E9, agente comunitário de saúde).*

Segundo Madeira (1997) as famílias não investem nas meninas porque não esperam delas um auxílio econômico, elas crescem para casar, constituir famílias e criar seus filhos. Além disso, o trabalho feminino está, na maioria das vezes, relacionado às obrigações com os filhos, a casa e família, de modo que inscreve-se na lógica das obrigações familiares, além de ser muito relacionado à desordem familiar (SARTI, 2005).

Por esse motivo seriam menos valorizadas que os meninos e permanecem em casa para auxiliar nas tarefas domésticas enquanto seus irmãos são incentivados a estudar para ter melhores condições de emprego no futuro, porque seria esperado deles contribuição para a manutenção da família. O que não é percebido pela maioria das famílias é que uma mulher educada tem maiores condições de educar suas próprias filhas posteriormente, além de ter maiores chances de conseguir fonte de renda fora de casa. Ela tem a possibilidade de escolher ter menor número de filhos, que serão mais saudáveis e mais estimulados em seu desenvolvimento cognitivo. Os netos e netas dessas mulheres terão condições ainda melhores de saúde e educação, o que se configura numa espiral crescente de melhorias na qualidade de vida da população (MADEIRA, 1997).

#### **4.5 ATENDIMENTO OFERECIDO PELA EQUIPE AOS ADOLESCENTES**

Os profissionais referem várias atividades desenvolvidas nas escolas e comunidades que foram suspensas ou suprimidas em razão da falta de profissionais para desenvolvê-las ou de material disponível para sua realização.

*Elas trabalhavam ... as gurias trabalhavam muito no colégio. Mas daí as professora já tavam querendo né, uma psicóloga do município, também não conseguiram, né, mas depois, agora as guria vão retomá ... porque ta parado o colégio, troca muito as as enfermeira, né. Daí tá tudo parado os trabalho, faz uns 3 mês, 4 mês que tá parado, o negócio, nós saímos, as enfermeira saíram e parô, né, parô no colégio, paro nossos grupo, é só a visita que agora a gente ta fazendo, domiciliar, né, no caso. As guria também lá no posto, faz as orientação lá. (E7, agente comunitário de saúde).*

*E até teve duas psicólogas do município que ficaram trabalhando aqui com nós, né, mas depois elas saíram, o município não quis mais contratá ... então fez muita falta aqui pra nós, e tudo. E temos também, né, muita necessidade também pros jovens, né, principalmente, né, a gente tem vários caso que são bem problemático, né, foram encaminhado, mas só que agora parô tudo, né, não tem pra onde encaminhá, não tem ... (E 7 , agente comunitária de saúde).*

Em outras unidades as atividades permanecem em andamento, mas contam com a ajuda de estagiários para sua realização. O profissional falou do desejo de estabelecer novas atividades para atender à demanda local, mas ao mesmo tempo informou das dificuldades para implementar tal tarefa, uma vez que depende dos recursos que a prefeitura disponibiliza.

Percebe-se, pelos relatos, que algumas das equipes se interessam pelas problemáticas adolescentes oferecendo atendimento especializado sempre que possível, mesmo que refiram não ter tido capacitação específica. Esses profissionais apontam os efeitos positivos desse trabalho.

*A gente sempre procurou, nós temos grupo de adolescentes, com orientações, a gente aproveitava quando tinha as acadêmicas a gente ia, a gente tem um grupo que vai na escola, que são as agentes, o pessoal aqui da unidade, da equipe, a gente fez palestras, orientações sobre sexualidade, sobre os métodos anticoncepcionais ..., E aí a gente fez oficinas, onde eles perguntavam, né, onde levantam as dúvidas, onde eles perguntavam e tinham as perguntas respondidas ... E eles perguntavam muito, isso aí já fazia um tempo que a gente não fazia. Agora a gente retomou de novo o trabalho né, na escola e ta indo muito bem, a gente tem*

*oficinas também na escola ... creche, que trabalha com grupo de adolescentes, que tem muitos carentes aqui da unidade, né, da região de abrangência, né, da equipe. E tem surtido bastante efeito, bem interessante essas coisas. E aí tinha médico, tinha doutor, todo mundo participava, né ... todo mundo trabalhava junto. E hoje tu acha que dá para dizer que tem algum trabalho nesse sentido? Sim, tem nesse momento, na creche, na escola, tá menos intensificado do que era antes, quando a tinha mais gente, mas continuamos indo, né. [...] Na medida do possível a gente tá tentando, né. E sabe que as meninas assim até gostaram. (E12, Técnico de enfermagem).*

Na grande maioria das equipes pesquisadas a distribuição de preservativos foi um dos aspectos principais citados como atendimento dirigido ao adolescente. Destaca-se a importância do vínculo estabelecido pelos profissionais com os adolescentes, em especial os agentes comunitários de saúde. Tal relação de proximidade contribui para que o adolescente confie no profissional e sinta-se livre para pedir-lhe os preservativos. Sabe-se que ainda que sejam veiculadas campanhas de prevenção à DSTs e gravidez, pregando o uso da camisinha, várias pessoas, não só adolescentes, ainda resistem à sua utilização, seja por vergonha ou dificuldade de obtê-lo, seja por dificuldades de propor seu uso ao parceiro.

Os profissionais referem que os adolescentes iniciam a vida sexual precocemente, alguns com 11 ou 12 anos de idade, fato que leva as equipes a preocuparem-se com as orientações de planejamento familiar, como o uso de preservativos e pílulas anticoncepcionais, ainda que muitos tenham expressado sua discordância com relação à pouca idade em que ocorre essa iniciação sexual. Considera-se importante destacar que a concepção pessoal dos profissionais sobre o certo e errado, o indicado ou não quanto à idade certa para o início do exercício da sexualidade genital, na maioria das entrevistas, não aparece como fator impeditivo das orientações e cuidados aos adolescentes que já tem vida sexual ativa. Muitos dos participantes da pesquisa referiram à entrevistadora que não concordam com a precocidade ou com as atitudes dos adolescentes atendidos, mas que apesar disso seguem orientando e fornecendo os métodos anticoncepcionais, fato que se considera positivo, uma vez que permitem aos adolescentes receber as orientações essenciais quanto à saúde sexual.

*Só que a maioria das minhas gurizadinha que eu tenho assim ... mas me dô muito bem com eles, eu tento, claro, só não dô uma de guriazona assim, mas eu tento às vez falá na linguagem deles assim, sabe:galerinha, aí caras como é que tão, sabe, eu consigo, eu tenho uma abrangência com eles assim, bem boa. Tanto é que muitos agora não chegam mais, sabe, muitos já tão grandinho, mas faz 6 anos, e na época eles tinham uns 14, 15 anos, agora já tão tudo maior de idade, eles chegavam pra mim (sussurrado) bah, N., tu não tem camisinha pra me dá? EU digo olha, mas e a tua mãe, sabe? Não, a mãe não sabe, mas eu preciso de camisinha, senão eu vou engravidar, não vou usar camisinha. Eu fornecia camisinha, o que eu vou fazer, eu fornecia, melhor não pegar uma doença nem engravidar, né. Não quer dizer que tu concorde. Não, não concordo, e eu dizia olha eu não concordo, eu acho errado. Mas tudo bem. E dava, uma pra de manhã, pra de tarde e de noite e dizia: mas usa, não é pra ti pegá e fazê balão em casa. Eu digo, é pra usá. E eles se escondiam às vezes em outros lugares assim, sabe, acho que muitos não engravidaram, não pegaram doença por causa disso aí. (E9, agente comunitário de saúde).*

Dentre as atividades mencionadas pelos profissionais, o acolhimento e o diálogo com a família também fazem parte das tarefas cotidianas dos profissionais de ESF. Alguns relataram fazer a mediação no caso de conflitos entre familiares, mesmo entre pais e filhos.

*A gente tem que conversá, porque às vez vem aqui por que querem conversá com a gente, né. A gente tenta conversar com os pais também, que qualquer coisa não é motivo de bater, olha a humilhação que esse adolescente passou na escola, aí o pai dele veio falar comigo, ele me contou, mas ainda achando que estava certo, mas cada vez o guri fica pior. E disse que foi, que o filho dele tem que ouvir ele, que não admite isso aí, que a escola não podia tá fazendo queixa, eles acham que se consertam, que aquilo ali, ou ele ouve, obedece, ou ... não é bem assim. E fica uma situação bem complicada pra ti né? Sim tem que conversar né e também não posso ir contra o que o pai pensa né, porque no momento que tu vai dar tua opinião, tu acaba ... ele se estressando contigo também, é como se diz, é bem ir comendo pelas bordas, né, ajeitando, até ... chegar onde a gente quer. Então é um trabalho lento*



*né? Sim, chegar e dizer não o senhor está errado, não pode ser assim, não.* (E 6, técnico de enfermagem).

Também foi possível observar a presença de grupos de geração de renda ou oficinas, com o objetivo de capacitar as adolescentes para a realização de trabalhos manuais ou outros produtos que possam ser fonte de renda e inseri-las no mundo do trabalho. Refere-se às adolescentes meninas, pois, nos relatos eram elas que participavam de tais atividades, nenhum menino foi citado como participante desses grupos. Pode-se pensar no trabalho e seu significado para os adolescentes de classes populares. Segundo Arpini et al. (2005) o trabalho é valorizado para os adolescentes desse grupo social, pois através dele experimentam as primeiras experiências como consumidores, além da autonomia em relação a determinadas escolhas e gastos. Segundo Zaluar (1994), para os adolescentes dos grupos populares, o trabalho é algo “naturalmente” esperado não sendo uma opção ou escolha. Sarti (2005) acrescentou, ainda, que o trabalho também pode ser uma forma de afirmar sua identidade.

*Ah sim, por que a escola, eu não conheço as escolas daqui, mas a escola, lá mesmo onde a gente tinha um grupo de trabalho de renda, né, agora até elas tavam com manicure e pedicure e a maioria que tava indo era adolescente, as mães não tavam indo, então a gente proporcionava uma oportunidade aqui eu não sei te dizer. Acho que teria que trabalhar mais esse lado aí pra desenvolver alguma outra coisa, alguma outra atividade pra elas terem a renda delas né.* (E 8, Enfermeira).

*Nós montamos um grupo de adolescentes pra trabalhos manuais. Que esse grupo ta funcionando. Até as próprias agentes comunitárias sãoicineiras também. Então elas conhecem algum ofício, então elas sãoicineiras também. [...] nós fizemos uma oficina ano passado, não, esse ano nós fizemos uma oficina, no dia da mulher, era uma oficina pra discutir corpo. Muitas adolescentes vieram, e a gente trouxe umas pessoas de dança do ventre, as adolescentes se apaixonaram, se apaixonaram pela dança, se apaixonaram. Só que daí o que que aconteceu? A professora é paga, então há uns dois meses atrás mais ou menos, nós tínhamos que fazer no pátio da escola, num sábado de tarde, e ... porque eu faço questão de dizer que era sábado de tarde? Porque se tu chama pra outra coisa, num sábado de*

*tarde eles não vão. Né, então elas gostaram, elas gostaram, só que a professora é paga, e daí? Então hoje, só quem tem acesso é quem paga. Elas pagam, tem 15 mulheres fazendo, e duas adolescentes, só. Elas pagam R\$10,00 por mês. [...] Então foi uma forma que a gente também tá tentando ... porque é uma coisa que elas gostaram, que elas querem fazer, só que tem um custo.[...]. E daí nós temos o Calú, o Calú ele coordenou o projeto “Catando cidadania”, né, ele era da Secretaria de Cultura e ele ... terça sim, terça não, de quinze em quinze dias ele vem e trabalha papel, origami, com as adolescentes, na creche, tudo na creche. Então assim, as adolescentes tão amando, porque no primeiro dia que teve elas fizeram a caixinha onde elas vão guardar as passagens de ônibus que elas tem, a bijuteria delas, sabe. (E10, enfermeiro).*

Em uma das entrevistas o profissional esclareceu que a oficina realizada foi criada no intuito de auxiliar as mulheres da região, mas que como as mesmas não participavam muito, as vagas restantes eram preenchidas por meninas que começam a pensar em seu sustento ou em auxiliar a família com mais uma fonte de renda.

*Essas oficinas que a gente tá fazendo na creche, que as agentes e a enfermeira tão fazendo, que os acadêmicos de enfermagem que estão na unidade também tão. Pega toda essa faixa etária também, alguns mais outros menos, né, que é dos trabalhos de geração de renda, tão fazendo aquelas obras de artesanato e de biscuit, tudo em trabalho com a creche do aldeia, né, que é uma creche que faz parte da comunidade, tem bastante abertura nesse sentido. As oficinas de percussão ... também tem ... tão montando um salão de beleza pra ajudar essas mulheres, e pessoas que tem interesse. De fuxico, de artesanato, a gente já teve grupos até de geração de trabalho e renda, que a gente tinha que elas faziam biscuit ... então quase todas essas mulheres saíram formadas, algumas já tão vendendo, então era uma renda pra elas, né. Muitas tinham interesse, agora vai ter manicure, pedicure, né então vai ter um salão para elas, né, então tudo isso é interessante, né, pra eles. Pra eles e pra nós também. Mas tá aberto pras adolescentes também? Pras adolescentes também [...]. Um direcionamento para essas rendas, que eles possam sair desses grupos, né, aprendendo, tendo uma atividade, né, que eles possam tirar dessa atividade uma sobrevivência, pra eles. Eles teriam que ter uma*

*profissão, um curso profissionalizante, né, que eles possam ... ser alguém mais tarde.* (E12, Técnico de enfermagem).

Em apenas duas entrevistas apareceu o relato da realização de grupo de gestantes com as adolescentes grávidas de sua área, o que podemos pensar como uma falha no atendimento destinado ao adolescente. Considerando os aspectos já apontados anteriormente com relação à frequência com que os próprios profissionais entrevistados referem a presença da gravidez na adolescência e seus desdobramentos nos projetos futuros. As gestantes adolescentes constituem um número significativo nos serviços de saúde especializados, e apresentam mais riscos de saúde para as mães e para os bebês, porém, grande parte das equipes entrevistadas, não possuíam atendimento específico para esse público.

*Grupo de gestante também, outra coisa assim que é muito boa, que daí a gestante faz o pré-natal, não tem como ela não fazê o pré-natal, né que ela tá sempre aqui. Daí já faz o pré-natal aqui, traz o bebê, já faz o teste do pézinho, já faz vacina, já faz a consulta do ... as duas do puerpério, né, já fica tudo agendadinho aqui. Qualquer problema que tem ou não tem, a hora que chegar é atendida, né.* (E13, agente comunitária de saúde).

*Nós tínhamos grupos de gestantes, que eram misturados, gestante adulta e gestante adolescente. E no grupo de gestantes surgiu a necessidade de se separar o grupo. Porque a gente também tem o entendimento que o diálogo, o cotidiano delas é diferente. E daí a gente separou. E daí era o grupo "Florescer". Aí nós separamos e daí o grupo Florescer o que que aconteceu? ... Como as gestantes tinham, acho que tinham umas três gestantes adolescentes que eram amigas de gestantes adultas elas vinham juntas pra o grupo de adolescentes, então as adultas saíram do grupo e vieram pra o grupo de adolescentes, porque elas não queriam vir sozinhas. E daí algumas que eram adolescentes acharam melhor migrar pra o grupo de adultas, né?! Porque o grupo ficou assim, o grupo das adolescentes que era o "Florescer" ficou um grupo assim, naquele momento, né, porque é muito de momento, conforme o que ... o perfil delas. [...] elas quiseram migrar pra o de adultas porque elas diziam assim: "Ah, eu sô casada, eu tenho marido, eu planejei esta gestação. Eu não consigo me identificar com aquelas outras que tão lá, porque elas*

*não são casadas, elas não tem casas, elas moram com os pais, elas não tem companheiro, o companheiro abandonou. Então eu não consigo me identificar naquele grupo” Então fica ... né?! Eu disse, não tranquilo. E daí então a gente botou o grupo do “Florescer” e o grupo do “Amadurecer”, né?! (E10, enfermeiro).*

Em uma das unidades o profissional citou o grupo de planejamento familiar realizado exclusivamente com adolescentes, nas dependências da escola, o que foi apresentado como “uma faca de dois gumes”, pois ao mesmo tempo que permitiu maior acesso às informações para essas adolescentes, acabou sendo encerrado por ocupar um período de aula, considerado indispensável pelo corpo docente, além da falta de profissionais para dar continuidade.

Percebe-se que o mesossistema se encontra desconectado, pois, escola e equipe de saúde constituem dois microsistemas responsáveis pelo desenvolvimento dos adolescentes. Apesar de influenciarem os mesmos indivíduos, percebemos dificuldades de interação/comunicação, além da ausência do estabelecimento de objetivos e projetos em comum. Observou-se certa ambivalência por parte das escolas e professores na questão da educação sexual e prevenção e promoção de saúde, uma vez que pedem às equipes suporte e ações nesse sentido, mas ao mesmo tempo acabam criando uma série de dificuldades e impedimentos para seu funcionamento, impedindo a obtenção de resultados positivos.

*Aqui a gente tem grupo de planejamento familiar que pras meninas, né que já tentamos fazer projeto na escola, começou e não deu muito certo. Porque? Parou, acabou parando ... horário, horário a gente tava achando um horário bom, mas acabava não indo pra frente né. (E15, agente comunitário de saúde).*

Os ministérios da saúde e educação lançaram em parceria o Projeto Saúde na Escola (PSE), em 2007, com o objetivo de “oferecer atenção integral de prevenção, promoção e atenção à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público”. De acordo com os dados divulgados no site do ministério da Saúde, em 2009 tinham sido beneficiados mais de 8,460 milhões de estudantes de 695 cidades brasileiras, e a meta do programa é atingir 23,5 milhões de crianças e jovens até 2011. O programa prevê maior integração entre as escolas e unidades de saúde da família dos municípios, e se organiza em torno de quatro eixos de ações:

avaliação das condições de saúde, educação permanente dos profissionais da área, monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes e promoção da saúde e prevenção, onde estão previstas ações de incentivo da adoção de práticas de alimentação saudável e de atividades físicas, conscientização da responsabilidade e conseqüências do uso de álcool e outras drogas, uso da violência. Há, também, educação para a saúde sexual e reprodutiva, com enfoque à prevenção da AIDS, hepatites virais e outras doenças sexualmente transmissíveis, por meio do programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE).

O SPE é administrado pelas três esferas de governo, por meio de grupos de trabalho, com a participação da sociedade civil, universidades e outros parceiros locais. De acordo com o site do Ministério da Saúde, esse programa tem como propósito reduzir as vulnerabilidades e contribuir para a promoção da saúde dessa importante parcela da população; promovendo ações sobre questões relacionadas à saúde integral, como qualidade de vida, prevenção das DST/AIDS, gravidez não planejada, diversidade sexual, drogas, promoção da cultura de paz, por meio do desenvolvimento articulado de ações no âmbito das escolas e das unidades básicas de saúde (BRASIL, 2010b).

Pode-se entender, a partir dessa iniciativa, que ambos os ministérios consideram a escola um local privilegiado para ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, inclusive de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e da gravidez. Porém, tal programa não foi citado em nenhum momento, seja por técnicos da secretaria municipal de saúde, no momento da coleta de material teórico inicial, nem pelos profissionais de saúde que participaram da pesquisa. O Programa de Saúde na Escola e seu subprograma “Saúde e prevenção nas escolas”, que aborda especificamente ações direcionadas à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens, já têm três anos de existência, mas ainda não são conhecidos e muito menos implantados no município, o que constitui-se em um sério problema, uma vez que teoricamente existem muitas ações previstas para o público adolescente que, se implementadas e realizadas com o rigor previsto em seus manuais, realmente poderiam ser resolutivas e apresentar melhores índices de saúde para os adolescentes de Santa Maria e do restante do país, evitando situações como as aqui descritas pelos profissionais relacionadas à ausência de projetos, violência, drogas, e gravidez na adolescência. Tais iniciativas poderiam

também rever o “lugar” ocupado pela escola nesse contexto, aspecto que poderia reorientar as perspectivas em relação a esses adolescentes.

#### **4.6 DIFICULDADES APONTADAS PELOS PROFISSIONAIS NO TRABALHO COM ADOLESCENTES E COM A COMUNIDADE**

Para além da ausência na implantação desses programas governamentais, identificaram-se, também, dificuldades apontadas pelos profissionais relacionadas ao trabalho específico com adolescentes. Entre elas destaca-se a falta de integração/parceria da equipe e o desinteresse por parte da clientela. Em relação à equipe, os profissionais referem estar sempre “apagando incêndio”:

*O grupo de hipertensos e diabéticos na verdade teria que ter uma parceria com um médico né, mas a gente não consegue ... em função dos atendimentos né tu não consegue fazer, é ilusório pensar que tu vai fazer um tratamento, uma assistência toda preventiva né a gente faz muito curativo, a gente é muito bombeiro dentro do posto. Tem que apagar incêndio o tempo inteiro, incêndio esse provocado pelas mais diversas categorias que compõem né. (E1, enfermeiro).*

*Que dá bem mais trabalho. Que seria a parte preventiva em tudo. Isso tem muito do perfil do profissional, né?! Um profissional que vem por um motivo, outro que vem por outro motivo, outro que vem pelo dinheiro, né?! Que não se preocupa tanto com a comunidade ou o que ta acontecendo em volta. Depende muito do profissional. Depende muito da equipe. Aqui, faz um ano que eu to aqui, eu não cheguei a ter uma interação assim ... como é que se diz, eu não cheguei a interagir. Porque quando tu vai modificar coisas que estão acontecendo aqui que a pessoa já ta acostumada ... eu vim como estrangeira. Eu vim a equipe já tava aqui. E aí eu vim pra substituir, uma médica saiu, foi embora. E eu saí de lá do meu posto, vim pra cá. Aí tu já entra meio assim, né?! As pessoas já vão te segurando, tu entende? Então a gente pra não ta fazendo inimizade nem nada tu acaba entrando no ritmo deles. (E 14, médico).*

Ainda que a maioria das equipes apresente bom relacionamento entre os profissionais, alguns dos entrevistados relataram que entre as dificuldades para o estabelecimento de um bom atendimento está a falta de parceria com profissionais da mesma equipe. A rede de apoio que existe no interior desse microssistema, a equipe, não é atuante e apresenta falhas, o que pode ser percebido nas falas quando referem “ter que resolver as coisas sozinhos”. Redes articuladas a partir das próprias equipes auxiliariam na articulação e funcionalidade da rede de apoio maior, que abrange todo o microssistema da ESF. Entende-se que os laços entre os membros da equipe dão coerência e estabilidade às ações desenvolvidas, pois, essas seriam propostas e defendidas pela equipe, e não por um profissional isolado, de modo que todos seriam responsáveis pela sua continuidade e sucesso.

*“Mas sempre que dá, a hora que precisar a gente bate ali e eu falo com a enfermeira porque a gente tem deles aqui todo o suporte, todos os ouvidos muito dispostos, de toda equipe assim, tanto pro lado profissional como pessoal também. O que a gente precisá sempre eles tão, sabe, sempre quebrando ... socorrendo a gente também. Não, é muito assim, aqui é uma equipe mesmo. Não e uma euquipe como tem umas aí. Agora tu vai fazê um cartaz, como a gente tem segunda fera mesmo, né, e sempre sou eu que faço, não sei porque sou eu, mas tudo bem, e aí assim, o que tu acha? E todo mundo dá pitaco e aí a gente junta tudo pra colocá aquele pitaco. Aqui dentro a disposição do posto, desde os agente de saúde, ah, nós vamo fazê assim, todo mundo colaborou. Não é aquela coisa assim, a idéia do médico, verticalizada, assim. Não, aqui é todo mundo junto, a gente faz tudo junto assim, todo mundo se sente meio médico, meio enfermeiro, claro que não na questão da medicação assim, mas é ... A gente é tratado todo mundo igual, a dotora se envolve com a gente assim, a enfermeira, a gente não tem classe aqui. Não é só a classe do médico que manda. (E 1, agente comunitária de saúde).*

*Porque eu notei uma grande diferença, porque eu trabalhava na WW, né, e lá a demanda e enorme né, eu não tinha nem tempo na minha agenda, né. E lá tinha toda a equipe, duas equipes completas né, tinha dois técnicos né, e agora tu vem pra cá além de ser novo pra mim ... quer dizer, o trabalho é o mesmo mas a equipe é nova né, a população é nova, até tu te adaptar conhecendo jeito e coisa, leva um tempo né. E a outra enfermeira era bem quista aqui pelo o que a gente vê pela fala*

*das pessoas, né. Então acho que eles acabaram não vindo tanto na unidade, deixando de vir, aí eles acabam procurando o PA, o HUSM, né. Daí tem uma demanda bem pequena aqui. (E 8, enfermeiro).*

A confiança entre os membros da equipe estabelece um ambiente de trabalho mais agradável e acolhedor. Cada profissional se percebe amparado pelo colega, de modo que as tarefas e atividades são divididas, e cada um, por acreditar na capacidade e qualidade do trabalho realizado pelo colega tem a certeza de que o atendimento será o melhor possível. Caso a equipe se desfaça, as lacunas devem ser cobertas pelos profissionais que permanecem, muitas vezes sobrecarregando-os.

*É, bom ... nós tínhamos uma equipe que foi nos últimos tempos desmontada. Nós tínhamos uma enfermeira que ela é da ... ela sempre trabalhou com saúde pública [...] e ela é muito consciente. [...] Mas então, ela tinha uma postura muito de...embora ela fizesse puericultura e um atendimento bastante grande em ginecologia, faz os exames preventivos. E a gente toma parte, porque... nós trabalhávamos em comum acordo. Depois tiraram uma enfermeira nossa que não era brilhante, mas trabalhava muito bem com a gente, comigo especialmente. Depois ela saiu. [...] E ela conhece bem melhor do que eu. Quando eu cheguei aqui ela não estava aqui, depois ela foi transferida pra cá. Aí foi substituída por uma pessoa que não tinha o padrão dessa que ela substituiu e da AA, porque a AA tem muito comprometimento, tinha muito comprometimento, porque agora ela saiu. Ela tá lá na LLL, como enfermeira de posto. (E11, médico).*

*Quando abre a Unidade a gente já tá aqui, se tem algum problema a gente já ... ela faz uma reuniãozinha aqui todos os dias com a equipe dela, se a gente tem algum problema a gente já coloca, já providencia a solução, no outro dia de manhã a gente já tem a solução, já tá pronta, né. No início eu achei que era muito cedo pra gente tá aqui, eu não gostei da idéia, mas depois a gente viu que rendeu efeito, sabe? Foi muito bom porque ... a gente encontrou a solução dos problemas, daí hoje eu venho e coloco, e amanhã de manhã a gente já tem a solução do problema. Foi muito bom essa idéia dela, ela disse que no outro lugar onde ela trabalhava era assim ... Foi uma boa idéia depois até os outros agentes começaram a vir mais cedo*



*também, os da outra equipe. Muito ... rendeu bastante.* (E 13, agente comunitário de saúde).

Também houve a queixa de que a população não se interessa pelo que é proposto, que busca somente a medicação e pouco se dispõe a refletir sobre as questões promotoras de saúde, como a alimentação e atividades físicas. Campos e Wendhausen (2007) explicaram que o trabalhador de saúde deve ser um multiplicador de conhecimentos, através da educação para a saúde, mas entendem que educar não é somente propor palestras e discussões acadêmicas e pouco voltadas à realidade dos usuários. As autoras propõem educar cotidianamente, em cada ação sanitária, cada orientação, cada atendimento; também explicam o comportamento dos usuários de outra maneira, que se ajustam às reclamações dos profissionais entrevistados. Na visão delas, durante muito tempo as pessoas dependeram do saber do médico para determinar o que é certo ou bom para sua saúde, e acabaram por se tornarem dependentes dele (e conseqüentemente dos demais profissionais de saúde) para tomarem decisões, na maioria dos casos acatam o que é proposto e não questionam.

*Então é extremamente complicado fazer prevenção, tu tenta fazer prevenção, tenta fazer um grupo, às vezes tu traz um palestrante pro grupo e os pacientes não prestam a menor atenção no que o palestrante tá falando. Querem a medicação deles, querem ir embora, né.* (E1, enfermeiro).

*A gente pede medicação diariamente, porque tem muitos pacientes que não tem condições de comprar a medicação. Se tu der o medicamento para levar para casa, eles ... 90% não fez o tratamento como é para fazer. Então ela já entra com medicação injetável e eles vem fazer na unidade. Quatro dias, uma semana. Eles vem, ai sabe que tem que vir, se não vier ... quando tinha as agentes, o agente ia atrás e fazia eles virem na unidade fazer a medicação. Então daí, é eu que faço.* (E 3, técnico de enfermagem).

*[...] eles acreditam demais no exame de sangue e acreditam menos nas medidas profiláticas, nas medidas ... que são muito mais importantes. Aqui o grau de obesidade é fantástico. Diabéticos que controlam mal, comem doce, não fazem*

*exercícios, outros que fumam. Então esses problemas ... Porque o plano do PSF, esse da estratégia da saúde da família, eu não sou muito versado assim, nas avaliações, etc, porque o meu papel tem sido mais de atendimento aqui. Mas eu to atento que a promoção da saúde é outra coisa. Mas gente procura transmitir a importância dessas medidas, do estilo de vida, da alimentação, do exercício e do cigarro também, fumante sempre a gente fala. [...] Aqui tinha um médico, antes de sair o PSF, que ele atendia em 45 minutos todos os pacientes. E o nome dele ... E até a população gostava dele. [...] O nome dele era Doutor Ligeirinho. E eles gostavam, achavam que tava bom. Porque ele mal ... Ele só dava a receita. (E11, médico).*

Outra explicação proposta é de que as pessoas atendidas pela ESF pertencem, na sua grande maioria, a comunidades carentes e tem diferente interpretação a respeito da realidade. Assim, esses usuários não compreendem a necessidade de prevenção de doenças por não lidarem diariamente com a lógica do cuidado para o futuro, pois sua realidade cotidiana lhes obriga a cumprir as tarefas diárias e manter-se atentos ao hoje, uma vez que o amanhã pode trazer de volta o sofrimento de ontem. Essa postura imediatista, de querer as respostas no momento das perguntas é ao mesmo tempo passiva, e percebe-se que incomoda os profissionais, por pressionar por atendimento e solução dos problemas.

*Exame de sangue eu é que freno os pacientes que muitos por eles a cada 2 meses eles querem exame de sangue, do colesterol, disso, daquilo. Mas eles podem não seguir a dieta, pode não se submeter a uma redução de peso, mas eles querem exames seguidos. Aí eu digo não, esse exame nós vamos fazer só uma vez por ano. Eles podem não tomar o remédio, mas eles querem ...ver como é que é ... é uma espécie de idéia fixa. (E 11, médico).*

*Eles vem no finalzinho do expediente. E o certo era vim cedo pra marcá, né, o pessoal eles querem muito que a gente vá, sabe ... eles gostam muito da coisa de mão beijada, e isso aí também não dá, eles também tem que tomá conta da sua saúde. Eles tem que aprendê a agendá, porque também como a gente agenda a consulta, no consultório, é assim, né. O pessoal não ... e se eles ... não tem, chega aqui não tem mais atendimento eles já ficam contrariados muitas vezes ficam*

*agressivos, dá bateção de boca...essa coisa também, eles tem muito da urgência. Tem que ser naquela hora, que eles querem ali, naquele instante. É uma cultura diferente, né. E a gente espera quanto tempo por uma consulta, né, muitas vezes dois, três meses...e eles não, eles querem naquela hora, como eles querem ... senão já não vem mais. E ameaçam processá ... já saem gritando ... (E 14, médico).*

Muitos dos que atuam em ESF sentem essa pressão, mas não sabem como lidar com ela e podem manter a postura paternalista vigente anteriormente, que resolvia tudo pelo usuário (razão de ser chamado “paciente”); ou então tomar o extremo oposto, quando reclama que o usuário é muito dependente e se irrita com ele, atendendo com pouca paciência e cuidado. Ambos os comportamentos são complicados e servem apenas para postergar a resolução do problema: a dependência do usuário da equipe responsável por seu atendimento de saúde.

*E aqui chegam as pessoas e dizem assim: o doutor ... porque as receitas têm uma validade, doutor eu vim aqui pegar uma receita nova. Não, mas não é isso que o senhor veio. O senhor veio pra ser examinado. Vamos ver como é que o senhor tá. Mas muitos ainda depois de tanto tempo ele ... “Ta aqui esta receita, eu quero a renovação, porque perdeu a validade.” Eles não querem saber se emagreceram, se engordaram 5 quilos em 5 meses, que a pressão tá alta ou não tá. “Tá aqui a receita.” (risos) (E11, médico).*

*Tem que orientar o familiar que cuida, pra ele poder dar suporte, né, porque nem sempre tu pode sair todos os dias naquele horário, né. A minha colega tá de laudo, né, então pra mim sair fica difícil, quando tem as acadêmicas de enfermagem daí a gente aproveita, né, porque daí tu pode ter um suporte. Senão não dá, tem muito serviço aqui. (E 12, técnico de enfermagem).*

*Então a gente vai atrás mesmo, não tem como a gestante não participar, qualquer problema que tenha assim de doença mais ... uma TB (tuberculose), essas coisa assim, quando tu vê dá, a gente vai atrás, vai vê se o paciente tá indo, porque que não tá indo. Depois que começo o PSF tem bastante resolutividade, não fica sem atendimento. (E 13, agente comunitário de saúde).*

A solução proposta por Campos e Wendhausen (2007) é o empoderamento, quando o usuário tem condições de escolher o melhor tratamento e discute com a equipe seu entendimento a respeito de seus problemas, na busca conjunta por uma solução. Empoderar significa: [...] aumento do poder, da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos às relações de opressão, discriminação e dominação social [...] (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007, p. 3).

Empoderar os usuários é dar-lhes ferramentas para que entendam a importância dos cuidados diários para sua saúde e que sintam-se em condições de discutir com os profissionais para chegar a um plano terapêutico mais adequado à sua realidade e possibilidades de cumpri-lo, e não simplesmente ouvir do médico as restrições alimentares e fingir cumpri-las apenas para não questionar o que foi prescrito ou por não ter entendido a importância do que foi orientado a fazer. Muitas pessoas saem das consultas concordando com o que foi dito, mas no dia-a-dia mantêm as mesmas atividades e alimentação de antes. O profissional acredita que foi resolutivo, e o usuário sai com a certeza de que não foi compreendido ou de que as prescrições são ordens “chatas” e ele muitas vezes acaba por decidir ignorar, por não compreender que são sugestões para a melhoria de sua saúde. Empoderar é oferecer ferramentas aos usuários para que lidem com as diversas questões relacionadas a sua saúde, e assim promover também a resiliência, sua possibilidade de lidar com eventos estressores com o mínimo de dano possível, e em algumas situações sair melhor do que estava antes do evento estressor. A resiliência é exercitada em cada dificuldade que o indivíduo enfrenta, cotidianamente. Pode-se pensar em pessoas que sentiram-se mais fortes e seguras depois de passar por uma doença ou dificuldade, por terem enfrentado os problemas e terem saído da situação mais fortalecidas e seguras de suas habilidades.

Czeresnia (2009) afirmou que a promoção de saúde passa pelo conhecimento científico, mas, vai além dele, quando não basta a informação para promover mudança de comportamento, é preciso construir nos indivíduos a capacidade de escolha. Essa construção depende da educação em saúde e da elaboração da autonomia de cada usuário através de suas atividades cotidianas e da mediação dos profissionais de saúde que o acompanham. Ayres et al. (2009) explicou que a busca por resposta social coloca os próprios usuários no centro das práticas preventivas, e que isso não esvazia o papel dos técnicos de saúde, mas o coloca em outra

posição, onde deve conceber, desenvolver e monitorar estratégias para capacitar o usuário a assumir as decisões a respeito de seu tratamento e de sua saúde, mediando a relação entre esse e os recursos sociais disponíveis.

*[...] reclamação, as pessoas querem máscaras, querem que a gente resolva a vida delas. Em suma. Tem muito disso no PSF né, eles achar ter uma expectativa assim que tu vai resolver, né? Tu vai apontar caminhos, vai traçar uma caminhada juntos, propor uma caminhada juntos, mas tu não vai resolver a vida de ninguém né. Tu cuida, tu orienta, tu ajuda, mas tu não tem aquela expectativa que vai resolver. A gente vai caminhar juntos né, vai em busca disso. Mas não resolve a vida de ninguém. risos ... Tu acha que essa visão é só daqui? Dessa região, dessa população ou é uma coisa mais geral assim? Essa visão de que o profissional de saúde tem que resolver tudo. Olha é bem geral essa visão , por que eu já trabalhei em vários locais, inclusive eu trabalho em outro local por 20 horas né. E tem bem essa coisa assim, de entrar e te falar e querer saírem dali com a solução assim. Eu acho que é uma visão assim, eu não sei, talvez seja uma visão minha mas eu encontro muito disso né. (E 1, enfermeiro)*

Considera-se importante diferenciar o ato de empoderar ou dar autonomia e condições ao usuário para posicionar-se diante de seu tratamento e sua saúde, de responsabilizá-lo totalmente. Sabe-se que muitas das dificuldades e problemas de saúde são condicionados não somente pela vontade (ou falta dela) do usuário, mas, por determinantes sociais. Caponi (2009) esclareceu que existem condições de vida impostas pelo meio e que não poderiam ser escolhidas pelo indivíduo, tais como:

*[...] alimentação deficiente, analfabetismo ou escolaridade precária, distribuição perversa da riqueza, condições de trabalho desfavoráveis, condições sanitárias deficientes. Todas essas características constituem um conjunto de elementos que precisa ser considerado na hora de programar políticas públicas e intervenções com tendência a criar formas de transformação dessas desigualdades que reconhecemos como causas de predisposição para diferentes enfermidades (CAPONI, 2009, p. 67).*

Porém, não se pode esquecer que, para poder entender a importância do empoderamento, que pode ser realizado através da educação para saúde, conforme foi dito anteriormente, esse profissional necessita ele mesmo ter certa dose de poder e autonomia para determinar suas atividades, para poder decidir com sua equipe as

prioridades e as atividades a serem propostas para a comunidade. Essa idéia não é nova, uma vez que Josué de Castro, médico pernambucano ao atuar como deputado federal entre 1955 e 1963 já dizia que “o Estado não devia simplesmente doar comida à população carente, devia assegurar condições de trabalho e salário que permitissem a todo brasileiro garantir a própria alimentação e a da família” (BERTOLLI FILHO, 2008, p. 47). Ou seja, as próprias pessoas devem ter condições de obter o necessário para garantir seu bem-estar, seja o trabalho, sejam suas condições de saúde.

Os profissionais participantes da pesquisa demonstraram ter a possibilidade de exercer pouco grau de autonomia, uma vez que suas ações estão condicionadas ao que é previsto para as atividades do ESF, porém o que mais restringe é sua dependência em relação ao gestor.

*E não vamo esquecerê, né, teve a troca de administração e foi uma mudança radical. Foi muito grande, de uma pra outra. O que uma te abria, a outra te fecha, o que a outra te fechava agora essa abre. A gente ainda não conseguiu em seis meses de administração nós não conseguimos ... muita coisa foi cortada a gente fazia PSF e agora ... a gente não sabe muito bem o que tá fazendo, tá bem complicado. A gente não tinha assim, a sua agenda pra tá marcando a consulta, tá chamando pra e da doutora naquela dia ta direcionada pra eles,né. (E4, agente comunitário de saúde).*

Pode-se pensar que fica muito difícil ensinar ao outro algo que não se conhece, de modo que parte das dificuldades de educar em saúde pode ser explicada pela falta de autonomia dos próprios profissionais de saúde.

Outro aspecto que pode-se associar às dificuldades apontadas refere-se à falta de capacitação, o que também interferiu na prática dos profissionais, causando certa ansiedade e insegurança aos profissionais na resolução dos problemas de saúde que aparecem na unidade.

*Faz falta, faz muita falta pra gente assim, mais orientação e informação. Eu vô por mim, porque eu tenho um filho adolescente né e é fácil ver que uma pessoa não é igual a outra então fica difícil, o mínimo obstáculo às vezes a gente não sabe como agir e se sente muito largado nesse sentido. Tu é agente de saúde, tu que fazê um*

*trabalho de orientação, o nosso trabalho é orientar, levar informação ... só que a gente tá se sentindo carente dessa informação que não passam pra gente. Eu ainda tenho alguns materiais de antigamente assim, alguns livros que eu procuro dar uma lida, mas são antigos e o tempo vai passando se tu não tem dentro da área da saúde, pra essa área nossa assim falta muita coisa [...]. (E 4, agente comunitário de saúde)*

Percebe-se que, ainda que as dificuldades apontadas não digam respeito especificamente ao trabalho com adolescentes, se encontram na esfera da saúde pública, pois os problemas apontados são comuns nas instituições públicas de atendimento à saúde. Podemos inferir que Santa Maria não é diferente, apenas espelha em menor escala o que acontece com a saúde no Brasil.

#### **4.7 SENTIMENTOS REFERIDOS PELO PROFISSIONAL OU PERCEBIDOS PELO ENTREVISTADOR AO LONGO DA ENTREVISTA**

Todas as entrevistas trazem a carência afetiva da população e o vínculo da mesma com os profissionais, como fator auxiliar no atendimento, mas que também pode trazer sofrimento a esse profissional, quando se vê diante de uma demanda diferente da que está preparado para atuar, muitas vezes sem o tempo para acolhimento e possível encaminhamento quando necessário.

*[...] Olha ... eu acho assim ó ... outras coisas, por que hoje em dia é muito difícil tu encontrar alguém pra escutar, né, pra escutar eu acho que a gente tem uma boca, duas orelhas, dois ouvidos pra gente ouvir né e a gente não consegue fazer isso na prática diária. Infelizmente e isso me angustia muito porque a gente tem uma demanda pra dar conta, muitas vezes tem que acabar passando por cima de uma necessidade por que eu não tenho tempo pra ouvir. Isso é complicado , realmente complicado lidar com isso. Tu tem que atender ... as pessoas tão ali ... é a febre, é dor ou vômito é o que tá mais rápido né, e tu não consegue ali, o que tá por trás daquela demanda ali então isso é bem angustiante [...]. (E1, enfermeiro).*

Algumas pessoas, inclusive alguns profissionais que não atuam na Atenção Básica (AB), parecem considerá-la como atendimento de menor complexidade no sentido de ser “mais fácil”, ou seja, dos profissionais que lá atuam serem menos qualificados ou estarem na rede básica por não terem qualificação para trabalhar em outros locais. Assim, o trabalho na AB tende a ser desvalorizado no mercado de trabalho do ponto de vista do status, especialmente no que concerne aos médicos (CAMPOS et al., 2008).

Muitos dos profissionais, que hoje atendem na rede pública de saúde, realmente não têm o desejo de ali atuar ou permanecer além do necessário para sua subsistência, até que encontrem um emprego que seja de seu desejo ou que pague mais, e acabam atendendo a demanda de modo pouco interessado, preocupados apenas em cumprir horário (quando o fazem). A desvalorização do trabalho dos profissionais, também se manifesta na presença dos baixos salários, aspecto que incide na satisfação dos mesmos para a realização de atividades inovadoras. As falas a seguir ilustram, muito bem, o encontrado nas unidades de saúde e também na literatura:

*É como disse uma vez o doutor Jatene, né, que esteve aqui em Santa Maria, ex-ministro da saúde, grande cirurgião, um dos maiores da história do Brasil, ele disse né: o profissional não faz voto de pobreza. E se a pessoa trabalha e estuda, e se qualifica, pra depois te pouco conforto, é brabo.* (E11, médico).

*A atenção às crianças por parte dos professores, que assim como falávamos em relação aos profissionais, os educadores também estão desvalorizados. Parte do princípio de dar um salário digno e reconhecimento para esses profissionais. Eu estudei em escolas boas, meus professores puxavam mesmo, sabe, cobravam. Mas em casa eles (adolescentes/crianças) não tem auxílio, a carga maior acaba nos professores mesmo. Passam trabalho, principalmente as de nível sócio-econômico mais baixo.*

O mesmo profissional, ao explicar a alta rotatividade de médicos e o baixo investimento de sua categoria na Atenção Básica esclareceu que:



*Quem assume o PSF é quem se forma, pra fazer bico até a prova (de residência médica), também porque é pouco valorizado, não só em função do dinheiro, mas das condições de trabalho, infra-estrutura. Acho que a prefeitura deveria buscar profissionais mais preparados pra desenvolver mais o Programa, se interessar. Porque a gente chega aqui e tem a preocupação de atender os pacientes e ir embora. Se fosse um cara que tivesse perfil pra saúde pública, ele iria procurar desenvolver mais coisas, ia investir mesmo. Mas o que percebo em Santa Maria, e nos outros lugares em que conheço os médicos de PSF, é que é um emprego pra sustentar o cara até ele conseguir fazer o que ele gosta, o que ele queira mesmo fazer. (E5, médico).*

A partir dessa fala, infere-se que o profissional entrevistado também se situa no grupo dos que atuam temporariamente na ESF, para suprir a necessidade de subsistência sem o desejo de trabalhar permanentemente com a atenção primária à saúde, característica que naturalmente limita o envolvimento e aprofundamento de sua relação com a equipe e comunidade onde atua. Os profissionais inseridos nesse grupo fazem o que é necessário, mas não elaboram nenhuma estratégia de atendimento de longo prazo, uma vez que sua permanência é breve.

Campos (1999, p.34) afirmou que:

[...] o estilo de governo e a estrutura de poder das organizações condicionam e determinam comportamentos e posturas. Um sistema de poder altamente verticalizado, com tomada centralizada de decisões, tende a estimular descompromisso e alienação entre a maioria dos trabalhadores. Um processo de trabalho centrado em procedimentos e não na produção de saúde tende a diluir o envolvimento das equipes de saúde com os usuários.

O processo de trabalho percebido nas equipes participantes da pesquisa se divide entre o centrado nos procedimentos e o centrado na comunidade, ao menos no discurso dos profissionais. Eles expressam ter desenvolvido vínculo positivo com os usuários, quando se preocupam com questões que superam sua capacidade resolutive, e se mostram frustrados com isso. Mais uma vez destacamos a falta de rede de apoio, aqui direcionada aos profissionais. Tal rede pode se fazer presente nas equipes de capacitação e supervisão.

*A gente eu não sei né, essa coisa curativa é bem angustiante né, se tivesse ... a gente percebe que se tivesse algum tipo de apoio já não teria tanto essa parte curativa. Que tipo de apoio tu acha que podia ter, de que área assim? Olha por exemplo, é um absurdo que eu acho que nós só temos uma assistente social pra uma população de 276 mil habitantes, né. Uma na cidade tu diz? Sim uma na cidade que eu saiba, deve ter outra que foi chamada que tá fazendo mestrado, quer dizer profissional de apoio né ... a gente não tem. Os CAPS tem uma fila de espera imensa, então assim a gente ... tu fica sozinho, uma rede de apoio tu vai procurar um CAPS pra consultar daqui a seis meses. E aí já não precisa mais? Não precisa mais, né já resolve dum jeito, dum que não é aquele que vai ... né. Então tem muita coisa pra ser feita. (E 1, enfermeiro).*

Starfield (2002) afirma que embora a atenção primária tenha se tornado cada vez mais reconhecida, ainda é depreciada em suas contribuições à saúde e suas atividades estão sempre sob o risco de serem suspensas com a justificativa de economizar. Porém, o que muitos esquecem é que “uma atenção primária forte é essencial para um sistema de saúde forte” (p. 12). E a atenção básica do Brasil precisa de profissionais capacitados, com senso crítico e vontade política de realizar não somente as tarefas prescritas nos manuais do Ministério da Saúde, mas, também, de avaliar as necessidades da população sob seus cuidados e construir junto com ela novas práticas de saúde. Esses profissionais devem desejar atuar na rede básica, o que contribui muito para sua dedicação ao trabalho, mas, também, devem ser apoiados, capacitados e remunerados dignamente, para poderem se dedicar livremente ao seu trabalho. Além disso, existe a tendência hoje da especialização em todas as áreas profissionais, mas principalmente na área médica, o que exerce enorme impacto na atenção básica. Percebe-se que os gestores enfrentam dificuldades para manter os médicos na rede básica, e que muitos serviços se configuram “sem médico”, sem prejuízo em sua resolutividade, como o Programa de Agentes Comunitários que foi inicialmente implantado em regiões sem profissionais médicos (CAMPOS et al., 2008).

Polleto e Koller (2006) entenderam vulnerabilidade como a predisposição de cada pessoa para desenvolver patologias ou comportamentos ineficazes em situação de crise, além de todos os elementos que potencializam situações de risco

ou impedem que a pessoa responda satisfatoriamente ao estresse. Para Ayres et al. (2009, p.127), a vulnerabilidade é definida como

[...] o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menos disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos.

Trazem três componentes para a análise da vulnerabilidade: individual, social e programático. O primeiro se refere à informação disponível para resolução dos problemas, capacidade de elaboração e incorporação dessas informações a seu repertório e a possibilidade de transformar as preocupações com esses problemas em práticas protegidas e protetoras. O componente social se refere à obtenção das informações, ao poder de metabolizá-las e de incorporá-las a mudanças práticas, o que depende não só do indivíduo, mas, de fatores como o acesso a meios de comunicação e informação, poder de influenciar decisões políticas, poder de superar barreiras culturais, entre outros. O último componente diz respeito ao grau, qualidade e quantidade de recursos, compromisso gerência e monitoramento de programas nacionais, regionais e municipais investidos nas questões que interferem na vulnerabilidade (AYRES et al., 2009).

Figueiredo e Furlan (2008, p.168) apresentaram o conceito de vulnerabilidade ao se referirem a formas de existência num território. Para as autoras: “[...] alguém com uma rede frágil ou uma inserção precária no mercado de trabalho estaria em uma situação de vulnerabilidade ao contrário de alguém que tem garantia de um trabalho permanente e suportes relacionais sólidos”.

Pode-se transportar tal conceito para a situação do profissional de saúde e sua relação com a equipe de saúde onde atua e o gestor, principalmente na relação com a chefia e nas condições de trabalho. No momento da coleta de dados, realizada em ano seguinte às eleições para prefeito, observou-se que a maioria das equipes estava incompleta, ou seja, com menos profissionais do que o previsto para o funcionamento adequado à demanda e às necessidades da população. Esse aspecto apareceu nas entrevistas e foi questionado junto aos profissionais, que se apresentavam, em grande parte, confusos e inseguros quanto ao futuro, não sabiam dizer se seriam recontratados e permaneceriam atuando na mesma comunidade ou

se não teriam mais emprego. A insegurança acaba por impedir o aprofundamento dos vínculos entre os profissionais e a comunidade usuária, o profissional não tem motivação para investir em projetos futuros e atua apenas na demanda agendada ou espontânea, porém não realiza captação de novos usuários ou novas atividades, pois não sabe se poderá levar esse atendimento a cabo. Vários profissionais manifestaram o desejo de permanecer nas unidades, e a insegurança aparece em seu discurso, quando falam sobre as novas atividades ou sobre o fim do contrato, como evidenciado nas falas a seguir.

*Então eu vou te falar assim, que em vista dessas mudanças, os nossos contratos estão terminando, o meu termina quarta-feira, amanhã, o da CC. acabou sábado, então a gente ficou muito insegura né, se vai haver contratação, ou concurso e então muita coisa a gente tava fazendo de prevenção que acabou não se fazendo mais. (E2, médico).*

*A gente agora, nos últimos dois anos a gente tá fazendo quase de tudo né, porque a equipe ta mínima, sempre faltando gente. A gente serve de recepcionista e psicólogo também porque aqui o que a gente sempre aguenta é choro, muito né. [...] Quando vão chamar o concurso ninguém sabe, e ninguém diz quando vão chamar e a gente tá nessa dúvida, né. Então a gente se sente despreparado pra muita coisa. (E4, agente comunitária).*

Esse compromisso com o usuário pode gerar novas formas de atuar, como no caso em que o técnico de enfermagem inicia uma nova forma de atuação na ESF para resolver o problema da comunidade, e a gestão por considerar uma iniciativa válida acaba implantando como procedimento padrão em todas as unidades:

*Principalmente aqui no interior, que a maioria daqui não tem condições financeiras, dinheiro pras passagens, eu via às vezes eles vinham consultá e tinham que fazê exame na cidade. Cadê o exame de sangue? Ah, eu não tive dinheiro pra ir até lá. aí eu fui na Secretaria (de saúde) e consegui. O BIOLAB vem, até o nosso ESF nosso foi o primeiro, a faze coleta de sangue porque eu achava uma necessidade, te um laboratório que venha faze coleta aqui, né, porque eles não tinham, não faziam o exame, acabavam abandonando o tratamento. Aí a BIOLAB*

*agora vem sexta feira, eles fazem a coleta, daí na outra sexta feira já trazem o resultado do exame. Aí agora isso expandiu pra todos os PSF isso aí, mas foi o pioneiro, a minha própria ansiedade e vontade de ajudá. Tu modificou todo um jeito de trabalhar. Antes eu ia no laboratório, porque eles não tinham dinheiro pra ir. Eu ia lá e carimbava, autorizava e trazia os potizinho. Eles saíam pra fazê a coleta e traziam os exames depois. Aí eu achava que tinha que modificá. E graças a Deus a prefeitura aceito a idéia, e acho bom e expandiu pra todos os PSF. (E6, técnico de enfermagem).*

Esse comprometimento apareceu em várias entrevistas, de onde se pode inferir que a maioria dos profissionais atuante na ESF do município desenvolveu bom vínculo com a comunidade e realmente se mobiliza pelas necessidades da região. Em praticamente todas as entrevistas foi relatado o bom vínculo entre os profissionais componentes da equipe, o que gera maior proximidade e facilita o desenvolvimento de ações conjuntas como a reunião para a discussão dos casos. Nesse sentido, em concordância com Figueiredo e Furlan (2008), e como forma de superar as dificuldades apontadas, os profissionais sugeriram manter equipes concursadas, para que o trabalho possa ser desenvolvido a longo prazo, e o profissionais possam estabelecer vínculos entre a equipe, mas, também, com a comunidade.

Figueiredo e Furlan (2008) concordaram com Campos (1999) quando afirmou que o vínculo entre profissionais e usuários é que fundamenta o conceito de Equipes de Referência. Conforme Campos (1999) o vínculo terapêutico entre equipe e usuários estimularia a produção progressiva de um novo padrão de responsabilidade pela co-produção de saúde. O autor sugeriu o estabelecimento de um sistema de referências entre usuários e profissionais, em que cada unidade básica de saúde teria uma equipe multiprofissional, montada de acordo com as necessidades do local, disponibilidade de recursos e objetivo da unidade (hospital, unidade de saúde da família ou centro de especialidades). Cada equipe de referência teria sob sua responsabilidade de 1.200 a 1.500 usuários, e quando se tratar de equipe de saúde da família, entre 400 e 500 famílias. O autor colocou a importância do apoio matricial, que seria a maneira de atender as demandas mais especializadas. O apoio matricial está previsto pelo Ministério da Saúde, sendo citado na portaria 3252 como uma das ações essenciais de vigilância em saúde (BRASIL, 2009c).

Art. 10. A organização e qualificação das redes de Atenção à Saúde, objetivando a integralidade do cuidado, demandam a implementação de apoio matricial para a gestão do trabalho em saúde, como meio de assegurar retaguarda especializada e suporte técnico-pedagógico a equipes e profissionais de saúde, para o aumento da capacidade de intervenção e resolutividade. (BRASIL, 2009 c, p.5)

Entende-se que a implantação de equipes de referência matricial seria uma medida simples, e já prevista na legislação da saúde, para sanar algumas das dificuldades mais comuns percebidas pelos profissionais de Saúde da Família, como a capacitação, o apoio de uma equipe de especialistas que poderia auxiliar na resolução dos casos mais difíceis encontrados pelas equipes e o acesso da população a especialidades médicas, reduzindo a espera pelo atendimento. Os profissionais reconhecem a importância desse apoio e solicitam a abertura de um serviço com equipe matricial.

*A gente tem na cabeça que se continuar aqui, eu como profissional continuar no PSF aqui eu quero ver se a gente consegue e vamos dizer tu da psicologia, nós não temos pessoal da psicologia nos auxiliando e é muito importante isso, que na matricial tivesse psicólogo. Por enquanto né, não sei onde vai ser a matricial se vai ser em Camobi, mas por enquanto não tem ninguém. (E2, médico).*

Além disso, a implantação desse dispositivo implicaria em recebimento de recursos da União, ficando o Município responsável pela contratação e manutenção da equipe de especialistas, fornecendo os profissionais, que seriam funcionários da prefeitura, como contrapartida. Acredita-se que essa ação seria muito bem recebida tanto pelos profissionais atuantes na Atenção Básica do município quanto pela população que depende do atendimento público de saúde, qualificando o atendimento e melhorando o fluxo de usuários atendidos pelo SUS no Município de Santa Maria.

#### **4.8 SOLUÇÕES E SUGESTÕES APONTADAS PELOS PROFISSIONAIS ATUANTES NA ESF PARA SANAR AS DIFICULDADES E PROBLEMAS APONTADOS COM RELAÇÃO À DEMANDA ADOLESCENTE**

Os profissionais apontaram para a necessidade de alguma atividade no período oposto às aulas; algo que pudesse capacitar esses adolescentes para o mercado de trabalho. Tais atividades reduziriam o período de ociosidade, quando os adolescentes estão mais disponíveis para atividades extra-classe, na maioria das vezes permanecem fora da escola e estão portanto mais vulneráveis aos riscos presentes neste contexto.

*Ah assim, algum projeto, alguma coisa assim que chamasse eles por que a gente não tem projeto aqui, a gente não tem nada. Que eles deveriam tá ... não tem nada assim, tipo uma escolinha na comunidade mesmo, pro adolescente ir ... aprender alguma marcenaria ou alguma arte assim, alguma coisa né. Aqui na comunidade é bem carente essa parte assim de cultura, né, de aprendizado. (E15, agente comunitário).*

*Eles precisam de atividade. são crianças que bah, nossa, se tu chega a fazer assim (estala os dedos) eles vem. Qualquer coisa que tu proponha, sabe, de diferente, que saia daquela ... daquela mesmice que eles tao, sabe? então eu acho que falta muito isso. Sabe, é esporte, é lazer, é a roda de conversa, sabe? É atividade que elas queiram fazer ... jazz, dança, aula de dança que elas vêem na televisão. (E10, enfermeiro).*

*Eu acho que os adolescentes precisam de preparação pro trabalho, alguma coisa nesse sentido. Que envolvesse outras áreas e que a gente conseguisse com que eles criassem confiança, que a gente quer ajudá-los, que eles mudem, que muitas vezes eles ... tem uns aí que o pai e mãe tão seguindo a mesma coisa, nós temos tanto papelheiro ... então a gente gostaria que eles saíssem desse meio. Eu tenho visto mulheres que já passaram da adolescência analfabetas aqui que tu pede pra assinar um prontuário, que tão trazendo o bebezinho, e elas não sabem assinar.*

*Não sabem assinar o nome, põem o dedinho. Então até isso eu penso. Eu penso numa alfabetização pra adultos durante o dia. E que a gente fizesse uma parceria pra trabalhar, trazer essas meninas da pedagogia, alguma coisa ... (E2, médico).*

Também foram sugeridos pelos profissionais grupos de promoção de saúde, falando sobre questões relacionadas às drogas, e à sexualidade, que poderiam atuar como fatores de proteção, uma vez que um maior conhecimento sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis, por exemplo, poderia auxiliar os adolescentes na tomada de decisões quanto à atividade sexual, ainda que isso não seja sinônimo de mudança de comportamento.

*O que poderia ser acrescentado é o grupo né, retomá o grupo de adolescentes, né, tentar fazer isso. E as temáticas que precisam mexer ou que tu acha que dê um resultado. Olha era curso de interesse deles né, de interesse deles ... era revisão da ... tanto parte fisiológica do corpo feminino e masculino, a sexualidade né, eles fazem muita pergunta, gira muito em torno de sexualidade, né, as perguntas, curiosidades deles, o tema preferido deles é isso, né. É o que eles mais perguntam, né, dúvidas, doenças sexualmente transmissíveis, toda essa parte aí. O predomínio é isso. O que deu pra gente observar. Em geral eles fazem muitas perguntas, eles tem muitas dúvidas, muito medo, mitos, é tudo, né. (E1, enfermeiro).*

*O que tu acha que falta? Grupos. Se conseguisse criar mais grupos. Uns dois ou três grupos. Aonde desse liberdade pra eles perguntar. Pra eles pergunta, pra eles ... formular frases, tirar dúvidas, sem se identifica e coisa, ou que tu pudesse ficar com os que tem dúvidas pra perguntar mais tarde. Só que não dá. [...] O que poderia ser modificado seria exatamente isso, os grupos. Porque tu conseguiria se tu montasse os grupos, eles não iam vir tirar dúvidas dentro do posto. Eles tirariam no grupo. Grupos de adolescentes. Eles viriam sem os pais. Eles iriam tirar um monte de dúvidas. Fazer um monte de pergunta. Ou se eles não quisessem fazer a pergunta na frente dos outros eles poderiam perguntar depois. Agora as gurias andaram fazendo uma palestra outro dia. Diz que foi bem ... legal. Fizeram na escola. (E 3, técnico de enfermagem).*



*A orientação é em tudo, a questão com o fumo, o álcool, com droga..A gente procura, mas não é uma coisa ... eu falo hoje contigo, sabe, tem pessoa que tem que tá repetindo. Mas ... um trabalho mais específico pra eles. [...] Então assim, eu acho que falta, um amplo sentido, de orientação de vida, de vocação eles vem conversar sobre as profissões que eles escutam sabe, não tem. É no geral, é conhecimento assim, de ter o que “enterta” eles ... tenta despertá algum interesse neles. (E4, agente comunitário de saúde).*

É possível perceber nas falas a percepção dos profissionais do desejo e necessidade desses adolescentes de serem ouvidos. As atividades mais resolutivas serão as desenvolvidas a partir das necessidades deles, com mais possibilidade de permanência e aceitação por parte dos adolescentes. O esporte também foi citado como uma das atividades a serem desenvolvidas com os adolescentes para o gasto de energia e como promoção de saúde, por envolvê-los em atividades físicas supervisionadas onde estariam estabelecendo relações com outros adolescentes em ambiente saudável e mais seguro do quando permanecem nas ruas sem nenhuma orientação.

*Olha eu acho que faltam projetos, né, parcerias, projetos, pra desenvolver principalmente esporte, acho que o esporte ele é muito importante acho que é fundamental, porque aumenta a estima, sabe, eles se envolvem, é uma coisa positiva, então teria que ter uma escolinha, um projeto que eles pudessem ir. Acho que isso é bem, bem importante ainda mais que qualquer outra coisa, aí se tivesse esses espaços tu poderia ir te engajando, né, te engajando e aí construindo alguma coisa junto, mas principalmente eles estar envolvidos naquela atividade física prazerosa, ir aprendendo, né, tira a cabeça de muita coisa ruim e não sobra tempo também. O esporte dá aquele cansaço bom, dá aquele tônus muscular, acho que é bem por aí, né. Depois a competição, a parceria, o jogo ... tudo isso, né. Então eu acho que falta espaço pra lazer e pra esporte. (E 1, enfermeira).*

A referência ao acompanhamento por psicólogos foi citada como solução em mais de uma entrevista, ainda que tenha sido apontada anteriormente na categoria 4.4, motivo pelo qual não será discutida agora. Os grupos educativos com pais foram apontados como uma alternativa de educação em saúde, onde seriam

discutidos os estilos educativos, já referidos no presente trabalho, além das questões relacionadas à sexualidade e desenvolvimento dos filhos, reduzindo a ansiedade dos pais e auxiliando no estabelecimento de um melhor relacionamento entre pais e filhos.

*E a gente tem vontade de fazer alguma coisa que chame atenção, pra chamarmos de repente e vir, né o pai ... a mãe, o pai não vem, né, mas as mães. De tá chamando a atenção delas de fazê um trabalho com elas diferenciado e de repente tá puxando os filhos. (E4, agente comunitário).*

Os profissionais também referiram o desejo de atuar na saúde pública como uma das estratégias possíveis para melhorar o atendimento, conforme discutido anteriormente, profissionais capacitados e com paixão pela atuação nessa área da saúde podem contribuir imensamente para as condições de atendimento e resolutividade dos serviços. As equipes ressaltaram a importância de profissionais que estejam permanentemente no serviço, comprometidos e contratados através de concursos públicos, que lhes permitam permanecer e estabelecer vínculos com a comunidade.

*Então eles sobrecarregam os pacientes e sobrecarregam a gente. Às vezes eu dou já pra dois meses, duas receitas. Mas é ... E por outro lado, quando eles sentiram que um médico só não ia dar conta ... porque a XX vê os pacientes, mas eu prescrevo. Ela já traz pronto, e o que ela faz eu nem ... Bom agora ela nem ta aí, agora ela não ta trabalhando mais aqui. Mas tem outro enfermeiro? Não. É, tem uma pessoa que vem aí de manhã, mas ela não tem experiência nenhuma, ela até quer sair, ela tem problemas pessoais, ela não quer ficar aqui. (E11, médico).*

*E antes tinha o F., tinha o L. eles eram muito parceiros assim, eles tinham bem o entendimento do que é a equipe, então eles ajudavam na problematização da discussão, só que o momento que a gente tá vivendo é um momento tão complicado, que a gente não sabe se a estratégia fica ou não fica. O secretário de saúde parece que tem o entendimento de que tem que ter especialistas, que tem que ter pediatra, clínico geral e ginecologista, ele não defende a Estratégia de Saúde da família, os agentes comunitários todos eles são demissionados, todos, uns saem*

*dia 22, outros saem dia 27, sabe? Não existe uma perspectiva de continuidade da Estratégia de Saúde da Família, sabe? Então é um momento complicado, que até não joga a culpa em cima da equipe, né, é um momento complicado que a gente tá vivendo. daí não dá pra ... né, mas ... a gente tenta, tenta, tenta, vai, vai, vai. Mas se tu passa por uma discussão mais macro né? Que é a discussão da própria política da secretaria, [...] nós tamo lá, tamo fazendo nosso trabalho, temos indicadores que são favoráveis, À estratégia de Saúde da Família, quantos trabalhos publicados, quantos trabalhos apresentados, quanto de Santa Maria foi divulgado nacionalmente por conta da ESF daqui, mas hoje a gente ... não sabe. (E10, enfermeiro).*

Também percebeu-se na fala dos profissionais a importância da segurança para a equipe, tanto na questão técnica com capacitações e cursos que lhes permitam agir nas situações encontradas diariamente nos serviços quanto no sentido de integridade física. A violência e o risco envolvidos no trabalho em saúde pública levam alguns profissionais a abandonarem essa área de atuação, por mais que se identifiquem com essa clientela.

*[...] tinha outro médico aqui, o doutor L.o que também era da saúde pública. Ele era de Rio Grande, mas ele foi formado lá em Porto Alegre, em saúde pública. O nome da faculdade eu não lembro, ele foi pra lá fez residência. Então ele veio pra cá. Só que ele viu o ambiente aqui inseguro, então ele acabou indo embora. (E 11, médico).*

As sugestões apresentadas pelos profissionais para a resolução das dificuldades passam pela estabilidade da equipe, com a possibilidade de aprofundamento das relações ente seus membros e com a comunidade, bem como pelo investimento de em novas ações e/ou projetos. Algumas delas constam como metas de atendimento nos documentos do PROSAD, de maneira que sua implantação poderia auxiliar na melhoria da qualidade do atendimento prestado a essa clientela.

## CONCLUSÃO

Desde o começo foram percebidas as dificuldades no atendimento para os adolescentes, começando pelos órgãos coordenadores de saúde, como a Secretaria Municipal e a Quarta Coordenadoria de Saúde, que não possuíam material referente à saúde dos adolescentes e revelaram desconhecer a existência de um programa voltado especificamente para a esse público (PROSAD).

Partiu-se deste fato para entender a falta de conhecimento e capacitação dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família no município, a respeito de um atendimento dirigido aos adolescentes, diferentemente de outros grupos como as mulheres, crianças e idosos, que já têm implantados programas e atendimentos específicos. Todos os profissionais demonstraram preocupação com essa clientela, e tiveram facilidade em apontar os problemas trazidos pelos adolescentes à sociedade, como a gravidez adolescente, a violência e o uso/tráfico de drogas. Porém, apesar de terem referido tais problemas foi possível identificar que nenhum deles soube explicar a origem desses problemas, e quando questionados a respeito das possíveis causas houve um direcionamento no sentido da culpabilização das famílias ou dos próprios adolescentes, demonstrando dificuldade em perceber que algumas das principais carências e problemas dos adolescentes de sua região são decorrentes de problemas sociais, comuns em todo o país.

Os problemas com adolescentes refletem as dificuldades sociais de seu contexto, conforme percebe-se nas entrevistas, razão pela qual a Teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano se justifica no presente estudo, por considerar as características e processos que se desenrolam no contexto de vida desse adolescente, usuário da Estratégia de Saúde da Família, na sua maioria, pertencente aos grupos populares.

Segundo os profissionais entrevistados, os adolescentes atendidos pela ESF de Santa Maria, apresentam propensão a abandonar a escola em troca de estabelecer a própria família, no caso das meninas ou de um emprego no caso dos meninos, emprego esse utilizado para auxiliar no sustento da família de origem ou para dar conta da própria família, recém constituída. Apresentam vulnerabilidade ao

tráfico de drogas e à violência em suas diversas formas: intrafamiliar ou social. Alguns são usuários de substâncias psicoativas, como maneira de escapar da dura realidade e das privações que sofrem diariamente. Muitos dos adolescentes são responsáveis pela casa e irmãos enquanto os pais trabalham, amadurecendo e assumindo responsabilidades adultas antes do momento esperado, atalhando seu desenvolvimento, e, assim, ampliando a sua exposição a fatores de risco, como as próprias drogas ou a prostituição, preocupação que esteve presente nos relatos dos profissionais participantes do estudo. Foi possível perceber certa uniformidade quanto às problemáticas encontradas, apesar das unidades estarem geograficamente separadas, o que permite concluir que as necessidades dos adolescentes de Santa Maria são relativamente homogêneas, com exceção da unidade rural, que, de acordo com os profissionais participantes, não apresenta problemas relacionados à drogadição, nem ao seu uso nem em relação ao tráfico.

Os atravessamentos políticos também foram aspectos comuns nas entrevistas, quando os profissionais participantes referiram a dificuldade de estabelecer um trabalho a longo prazo, de programar as atividades. Além da falta de condições de trabalho como salas e material para a realização de oficinas, por exemplo, realidade da grande maioria dos serviços públicos de saúde do país, constatou-se a alta rotatividade da equipe. Profissionais com contratos curtos, às vezes mais curtos do que um ano, apontaram a dificuldade de estabelecimento de vínculos entre a equipe e do profissional com a comunidade pela qual se responsabiliza. Além disso, percebeu-se que alguns dos profissionais, que hoje compõem o quadro da Secretaria Municipal de Saúde, não apresentam desejo de trabalhar na função que desempenham, de modo que investem pouco no que fazem, sem a paixão e entrega de outros profissionais, realmente comprometidos com a ESF, que acreditam na força da promoção da saúde e atenção básica. Esses se mostraram mais próximos de seus usuários e de seu discurso transbordava a crença no seu trabalho, mesmo cientes das dificuldades estruturais e políticas que interferiam cotidianamente. Acredita-se que o investimento não se reduz somente em comparecer aos poucos cursos de capacitação a que são convidados pela Secretaria Municipal de Saúde, mas, também, nos gestos e atitudes cotidianas, como o respeito ao usuário, no tratamento cuidadoso e educado, entendendo que esse vive em condições e cultura diferentes da sua, o que pode justificar muitos de seus comportamentos. Investir na ESF é educar para a saúde todos os dias,

explicando até que a pessoa compreenda a prescrição ou as restrições impostas por seu tratamento; respeitar as prioridades sem burlar normas ou procedimentos estabelecidos pelo serviço, ensinado, assim, cidadania e respeito ao próximo, para que cada pessoa receba um bom atendimento, sem prejuízo das demais.

De acordo com os dados encontrados pode-se concluir que o município de Santa Maria não se encontra devidamente preparado para atender aos adolescentes em suas necessidades e vicissitudes. Até o momento parece existir poucos profissionais capacitados para o trabalho junto a este grupo da população.

Destaca-se, ainda, que não há no município um programa ou ações bem consolidadas para o público adolescente, ainda que o número de adolescentes residindo no município tenda a crescer em razão do ensino de segundo e terceiro graus, alavancados pela Universidade Federal de Santa Maria. A Secretaria Municipal de Saúde havia destacado uma equipe para receber treinamento e capacitação durante o início do ano de 2009, porém, com a troca de gestores que ocorreu no mesmo período, esse trabalho ficou suspenso e não se tem nenhuma informação de que venha a ser retomado em seguida.

Atualmente a Estratégia de Saúde da Família se encontra muito fragilizada, com muitas unidades atuando como postos de saúde regulares, sem o número mínimo de profissionais necessários para o atendimento. A administração atual não recontratou os profissionais que saíram por aposentadoria ou fim do contrato temporário e muitas regiões estão sem a cobertura do agente comunitário de saúde, a base da ESF. Acredita-se que a ESF pode ser reconstruída e venha a alcançar índices de excelência, porém, isso depende da administração municipal e de seu investimento na composição e permanência dos profissionais nas equipes.

De posse destes resultados, acredita-se que a melhor maneira de preencher essa lacuna seja capacitando os profissionais para o atendimento dessa população e melhorando as condições de trabalho, de modo que possam se dedicar a seu trabalho com mais tranquilidade, estabilidade e resolutividade.

Sugere-se o estabelecimento de cursos de capacitação, conforme a política de educação permanente, na área de atendimento do adolescente, podendo iniciar com o conhecimento do Programa de Saúde do Adolescente. O PROSAD inclui as principais questões destacadas pelos profissionais como presentes em suas comunidades. Tais capacitações podem ser realizadas em parceria com a comunidade acadêmica, sob a forma de projetos de extensão, ampliando a

proximidade entre a academia e a comunidade santamariense. Acredita-se que sem a consolidação de ações específicas para os adolescentes devem aumentar os riscos presentes neste grupo, razão pela qual a promoção de saúde e a prevenção se tornam, cada vez mais, urgentes e necessárias.

## REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. *Adolescência normal*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981.
- ARIÉS, P. *História Social da Criança e da Família*. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- ARPINI, D. M. *Violência e exclusão: adolescência em grupos populares*. Bauru: EDUSC, 2003.
- ARPINI, D. M.; QUINTANA, A. M.; DIAS, M. H.; FARIAS, C. P. O universo do trabalho de adolescentes de grupos populares: interfaces com as instituições e a escola. *Estudos*, Goiânia, v.32, n.1, p.97-119, jan. 2005.
- ARPINI, D. M.; QUINTANA, A. M.; GONÇALVES, C. S. Relações familiares e violência em adolescentes em situação de rua. *Psicol Argum*, Curitiba, v.28, n.63, p. 325-36, out./dez. 2010.
- ASMUS, C.; RAYMUNDO, C.; BARKER, S.; PEPE, C.; RUZANY, M. Atenção integral à saúde de adolescentes em situação de trabalho: lições aprendidas. In: *Ciênc saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.10, n.4, out./dez. 2005.
- ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. Abuso Psicológico e Desenvolvimento Infantil. In: LIMA, C. A. (Org.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 59-68.
- AYRES, J. R. C. M.; JÚNIOR, I. F.; CALAZANS, G. J.; SALETE FILHO, H. C. O conceito de vulnerabilidade e as novas práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). *Promoção da Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.
- BANDEIRA, D.; KOLLER, S.; HUTZ, C.; FOSTER, L. Desenvolvimento psicossocial e profissionalização: uma experiência com adolescentes de risco. *Psicologia, reflexão e Crítica*, v.9, p.185-207, 1995.
- BARDAGI, M. P.; ARTECHE, A. X.; NEIVA-SILVA, L. Projetos sociais com adolescentes em situação de risco: discutindo o trabalho e a orientação profissional como estratégias de intervenção. In: HUTZ (Org.) *Violência e Risco na Infância e na Adolescência: pesquisa e intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 101-45.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa/Portugal: Edições 70, 1977.
- BARKER, S. L.; CASTRO, D. M. F. Gravidez na adolescência: dando sentido ao acontecimento. In: KOLLER, S. H. (Org.). *Adolescência e Psicologia: Concepções, práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p. 78-84.



BARROS, M. N. S. Saúde sexual e reprodutiva. In: KOLLER, S. H. (Org.). *Adolescência e Psicologia: Concepções, práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p. 46-54.

BIGRAS, M.; PAQUETTE, D. Estudo pessoa-processo-contexto da qualidade das interações entre mãe-adolescente e seu bebê. *Ciênc saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.5, set./out. 2007.

BLOS, P. *Adolescência: Uma Interpretação Psicanalítica*. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BOWLBY, J. *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes, 1982.

\_\_\_\_\_. *Uma Base Segura: aplicações clínicas da teoria do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília (DF): MS, 1984. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25236](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236)>. Acesso em 8 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde SNPES/DINSAMI, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). *Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, Acompanhamento e Desenvolvimento*. 3.ed. Brasília: Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança, 1986.

BRASIL. Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul. *Legislação Federal e Estadual do Sistema Único de Saúde*. Porto Alegre, RS: SSRS, 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de saúde do adolescente: Portaria nº 980 de 1989. 1989a. Brasília: MS, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Atenção Integral ao Adolescente*. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 1989b.

BRASIL. Ministério da Educação. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Lei Federal 8.069, de 13 de julho de 1990. 1990b. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069\\_02.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf)>. Acesso em 8 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas*. 2.ed. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Brasília: MS, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas para pesquisa envolvendo seres humanos. *Resolução CNS 196/96*. Brasília: MS, 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas e diretrizes do programa de Agentes Comunitários de Saúde*, PACS. Portaria GM nº1.886, Anexo I. Brasília: MS, 1997b.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil 1988*. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília, DF: MS, 2001.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. *Síntese de Indicadores Sociais 2003*. 2004a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/pdf/13042004sintese2003.pdf>>. Acesso em: 5 dez. 2010.

BRASIL, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Princípios e Diretrizes. 2004b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25236](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236)>. Acesso em: 8 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde integral de adolescentes e jovens*: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: MS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde (CONASS). *Pacto pela Saúde 2006*: Consolidação do SUS e Diretrizes Operacionais. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Brasília: MS, 2006a. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto\\_Conass.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_Conass.pdf)>. Acesso em 11 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM 648*: Política Nacional de Atenção Básica Brasília, DF: MS, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Marco teórico e referencial*: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: MS, 2006c. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco\\_teorico\\_referencial.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico_referencial.pdf)>. Acesso em: 5 dez. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *A Saúde de Adolescentes e Jovens*: Uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde - módulo básico. Comunicação e Educação em Saúde. Série F. 2.ed. Brasília, DF: MS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM Nº 154*, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Brasília, DF: MS, 2008. Disponível em: <[http://duvas.saude.pi.gov.br/sistemas\\_de\\_informacao/doc\\_tec\\_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf](http://duvas.saude.pi.gov.br/sistemas_de_informacao/doc_tec_leg/siab/portaria-n-154-nasf.pdf)>. Acesso em 24 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*: Estimativas sobre Frequência e Distribuição Sociodemográfica de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas nas Capitais dos 26 Estados Brasileiros e no Distrito Federal em 2009. Brasília, DF: MS, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Panorama da Saúde da Família. In: A detecção e o atendimento a pessoas usuárias de drogas na rede da Atenção primária à Saúde: módulo 7. Fabiane Minozzo, Samantha Pereira França (Coords). Brasília – SUPERA: Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento. Brasília, DF: MS, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3252 22 de dezembro de 2009. Aprova as diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios e dá outras providências. Brasília, DF: MS, 2009c. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252\\_da\\_vigilancia\\_em\\_saude\\_0501\\_atual.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria3252_da_vigilancia_em_saude_0501_atual.pdf)>. Acesso em 12 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde do Homem. Brasília, DF: MS, 2009d. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao\\_saude\\_homem.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_saude_homem.pdf)>. Acesso em 12 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do SUS. Brasília, DF: MS, 2009e. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>. Acesso em 12 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Brasília, DF: MS, 2009f. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinascp/cnv/nvuf.def>>. Acesso em 12 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Brasília, DF: MS, 2009g. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>>. Acesso em 12 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Censo 2010. Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/piramide\\_etaria/index.php](http://www.censo2010.ibge.gov.br/piramide_etaria/index.php)>. Acesso em 12 nov. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica (DAB). Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal. Brasília, DF: MS, 2010. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)>. Acesso em 3 jul 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde na Escola. Brasília, DF: MS, 2010b. Disponível em: <<http://www.sistemas.aids.gov.br/saudenaescola2010/index.php?q=node/67#spe>>. Acesso em 12 nov. 2010.

BRONFENBRENNER, U. *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.4, n.2, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 9 nov. 2010.

CAMPOS, G. W. S.; GUTIÉRREZ, A. C.; GUERRERO, A. V. P.; CUNHA, G. T. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S. C.; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: HUCITEC, 2008. p. 132-53.

CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.16, n. 2, 2007.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

CASSOL, L.; DE ANTONI, C. Família e abrigo como rede de apoio social e afetiva. In: DELL' AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. M. *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 173-201.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Inserção ecológica na comunidade: uma proposta metodológica para o estudo de famílias em situação de risco. In: KOLLER, S. H. (Org.). *Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e Intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 267-91.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Adolescência e Psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas*. Brasília: CFP, 2002.

COPETTI, F.; KREBS, R. J. As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma bioecológico. In: KOLLER, S. H. (Org.) *Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e Intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 67-90.

COSTA, M. C. O.; CARVALHO, R. C.; SANTA BÁRBARA, J. F. R.; SANTOS, C. A. S. T.; GOMES, W. A.; SOUSA, H. L. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de Conselhos Tutelares: vítimas, agressores e manifestações de violência. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.5, set./out. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/htm>>. Acesso em: 25 mar. 2009.

CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). *Promoção da Saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 43-57.

DE ANTONI, C.; BARONE, L. R.; KOLLER, S. H. Violência e pobreza: um estudo sobre vulnerabilidade e resiliência familiar. In: DELL' AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. M. *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p.141-71.

- DE ANTONI, C.; KOLLER, S. H. Violência doméstica e comunitária. In: KOLLER, S. H. (Org.). *Adolescência e Psicologia: Concepções, práticas e reflexões críticas*. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p. 85-91.
- DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P.; SILVA, M. S. Opiniões sobre drogas entre estudantes de um município do interior do Rio Grande do Sul. In: DIAS, A. C. G. (Org.). *Psicologia e Saúde: Pesquisas e Reflexões*. Santa Maria: EdUFSM, 2009. p.93-115.
- ELUF, L. N. As drogas e a Legislação Brasileira. In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Org.) *Adolescência e Drogas*. São Paulo: Contexto, 2006. p. 70-8.
- ERIKSON, E. H. *Identidade juventude e crise*. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 1972.
- \_\_\_\_\_. *O Ciclo de Vida Completo*. Porto Alegre: ArtMed, 1998.
- FELIZARDO, D.; ZÜRCHER, E.; MELO, K. Violência Sexual: Conceituação e atendimento. In: LIMA, C. A. (Org.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.13-6.
- FERNANDES, E. C. *Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens – PROSAD*, 2009. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/ensino-superior-artigos/politica-de-atencao-integral-a-saude-dos-adolescentes-e-jovens-prosad-1054873.html>>. Acesso em: 3 jul. 2010.
- FERRARI, R .A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepções dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família. *Interface*, Botucatu, v.12 n.25, abr./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/htm>>. Acesso em: 18 mar. 2009.
- FIGUEIREDO, M. D.; FURLAN, P. G. O subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. S. C; GUERRERO, A. V. P. (Org.). *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: HUCITEC, 2008. p. 154-78.
- GAMA, S .G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan./fev. 2002.
- GARCIA, N. M.; YUNES, M. A. M. Resiliência Familiar: baixa renda e monoparentalidade. In: DELL' AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. M. *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p.118-40.
- GIACOMONI, C. H. *Bem-estar subjetivo infantil: conceito de felicidade e construção de instrumentos para avaliação* Tese de doutorado não publicada, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.
- GOLDANI, A. M. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. *Cadernos de Pesquisa: A família em destaque*, n. 91. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; Cortez, 1994.

GONÇALVES, H. S. Violência contra a criança e o adolescente. In: GONÇALVES, H. S.; BRANDÃO, E. P. (Org.). *Psicologia Jurídica no Brasil*. São Paulo: NAU, 2005. p. 277-307.

[http://dab.saude.gov.br/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php) [acesso em 3/07/2010]

<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf> [acesso 11/09/2010]

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao\\_saude\\_homem.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/apresentacao_saude_homem.pdf) [acesso em 11/09/2010]

[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto\\_Conass.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Pacto_Conass.pdf) [acesso em 11/11/2010]

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=241](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=241) [acesso em 9/11/2008]

[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=29103](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29103) [acesso em 9/11/2008]

<http://www.saude.sc.gov.br/PSF/Textos/Estrat%20Programa%20Sa%20Fam%20e%20Programa%20de%20Agentes%20Comunit%20-%20PACS.doc> [acesso em 11/11/2008]

KAMINER, Y.; SZOBOT, C. O tratamento de adolescentes com Transtornos por uso de Substâncias Psicoativas. In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Orgs) *Adolescência e Drogas*. São Paulo: Contexto, 2006. p.164-78.

KEHL, M. R. A juventude como sintoma da cultura. In: NOVAES, R.; VANNUCHI, P. (Orgs). *Juventude e Sociedade: Trabalho, educação, cultura e participação*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 89-114.

KOLLER, S. H.; DE ANTONI, C. Violência intrafamiliar: uma visão ecológica. In: KOLLER, S. H. (Org.). *Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e Intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p.293-310.

LEVISKY, D .L. *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. 3.ed. rev. e ampl. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento Psicossocial do Adolescente. In: OUTEIRAL, J. O. (Org.). *Clínica Psicanalítica de crianças e adolescentes: Desenvolvimento, psicopatologia e tratamento*. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p.87-109.

LIMA, R. S.; PAULA. L. Juventude, temor e insegurança no Brasil. In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Org.). *Adolescência e Drogas*. São Paulo: Contexto, 2006. p. 92-105.

MADEIRA, F. R. A Trajetória das Meninas dos Setores Populares: Escola, Trabalho ... ou Reclusão. In: MADEIRA, F. R. (Org.). *Quem Mandou Nascer Mulher? Estudos Sobre Crianças e Adolescentes Pobres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 1997. p. 44-133.

MAGER, M.; SILVESTRE, E. Mitos e verdades sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Org.). *Adolescência e Drogas*. São Paulo: Contexto, 2006. p. 79-91.

MINAYO, M. C. S. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: LIMA, C. A. (Org.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 13-6.

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Hucitec; Abrasco, 1996.

MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H. Abordagem ecológica do desenvolvimento humano, psicologia positiva e resiliência: ênfase na saúde. In: KOLLER, S. H. (Org.). *Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e Intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 91-108.

NAVAZ, M. G.; KOLLER, S. H. O modelo bioecológico do desenvolvimento humano. In: KOLLER, S. H. (Org.). *Ecologia do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e Intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 51-66.

NERI, A. L. Atitudes e preconceitos em relação à velhice. In: NERI, A. L. *Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições SESC, 2007. p. 33-46.

NOTO, A. R. Os índices de consumo de psicotrópicos entre adolescentes no Brasil. In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Org.). *Adolescência e Drogas*. São Paulo: Contexto, 2006. p. 45-53.

OLIVEIRA, D. S.; RABUSKE, M. M.; ARPINI, D. M. Práticas de educação: relato de mães usuárias de um serviço público de saúde. *Psicol Estud Maringá*, v.12, n.2, maio/ago. 2007.

OLIVEIRA, E. L.; RIOS-NETO, E. G.; OLIVEIRA, A. M. H. C. Transições dos jovens para o mercado de trabalho, primeiro filho e saída da escola: o caso brasileiro. *Rev bras estud popul*, São Paulo, v.23, n.1, jan./jun. 2006.

ONU. Declaração Internacional dos Direitos Humanos, 1949. Disponível em: <<http://openlink.br.inter.net/aids/declaracao.htm>>. Acesso em 10 mar. 2010.

OPAS. Carta de Otawa. 1986.

\_\_\_\_\_. Declaração de Alma Ata. 1978.

OUTEIRAL, J. O. *Adolescer: estudos revisados sobre adolescência*. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

\_\_\_\_\_. *Infância e adolescência: psicologia do desenvolvimento, psicopatologia e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: KOLLER, S. H. (Org.). *Adolescência & Psicologia: Concepções, práticas e reflexões críticas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2002. p. 16-24.

PANTOJA, F. C.; BUCHER, J. S. N. F.; QUEIROZ, C. H. Adolescentes grávidas: vivências de uma nova realidade. *Psicologia: ciência e profissão*, Brasília, v.27, n.3, set. 2007.

PAPALIA, D.; OLDS, S. *Desenvolvimento Humano*. 7.ed. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

POLETTI, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v.25, n.3, p. 405-16, jul./set. 2008.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Resiliência: Uma Perspectiva Conceitual e Histórica. In: DELL'AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. M. *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p.20-44.

REPPOLD, C. T.; PACHECO, J.; BARDAGI, M.; HUTZ, C. S. Prevenção de Problemas de Comportamento e Desenvolvimento de Competências Psicossociais em Crianças e Adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In: HUTZ, C. S. (Org.). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.7-51.

REPPOLD, C. T.; PACHECO, J.; HUTZ, C. S. Comportamento agressivo e práticas disciplinares parentais. In: HUTZ, C. S. (Org.). *Violência e Risco na Infância e na Adolescência: pesquisa e intervenção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 9-42.

SANCHEZ, R N.; MINAYO, M. C. S. Violência contra crianças e Adolescentes: Questão Histórica, Social e de Saúde. In: LIMA, C. A. (Org.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.29-37.

SANTOS, M. J. P. Adolescentes Negros: O Significado da Escolha do Parceiro Afetivo e Sexual. In: OZELLA, S. (Org.). *Adolescências Construídas: A Visão da Psicologia Sócio- Histórica*. São Paulo: Cortez, 2003. p.65-90.

SANTROCK, J. W. *Adolescência*. 8.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2003.

SARTI, C. A. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

SCHENKER, M. *Valores Familiares e Uso Abusivo de Drogas* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SILVA, V. A.; MATTOS, H. F. Os jovens são mais vulneráveis às drogas? In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Org.). *Adolescência e Drogas*. São Paulo: Contexto, 2006. p. 31-44.

SOARES, A. C. O. E.; ARPINI, D. M. Construindo caminhos: expectativas futuras de adolescentes em privação de liberdade. In: ARPINI, D. M. (Org.). *Psicologia, Família e Instituição*. Santa Maria: EdUFSM, 2009. p. 177-208.



SOARES, L. E. Juventude e violência no Brasil contemporâneo. In: NOVAES, R.; VANNUCHI, P. (Orgs.). *Juventude e Sociedade: Trabalho, educação, cultura e participação* São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004. p. 130-59.

SOUZA, E. R.; JORGE, M. H. P. M. Impacto da violência na infância e adolescência brasileiras: magnitude da morbimortalidade. In: LIMA, C. A. (Org.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p.23-28.

SOUZA, R. F.; MATIAS, H. A.; BRÊTAS, A. C. P. Reflexões sobre envelhecimento e trabalho. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.16, p. 2835-43, set.2010.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, J. A. C. Psicologia da Saúde. *Análise Psicológica*, Lisboa, Portugal, v.3, n.22, p. 441-8, 2004.

TIBA, I. *Juventude & drogas: anjos caídos*. São Paulo: Integrare, 2007.

TURATTO, A. Viabilizando a etapa do trabalho de campo. In: *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

WAISELFISZ, J. *Mapa da violência III: juventude, violência e cidadania*. Brasília: Instituto Airton Senna; UNESCO; Ministério da Justiça/SEDH, 2002.

WINNICOTT, D. W. *Os bebês e suas mães*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

YIN, R. K. *Estudo de Caso: planejamento e métodos*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: foco no indivíduo e na família. In: DELL' AGLIO, D. D.; KOLLER, S. H.; YUNES, M. A. M. *Resiliência e Psicologia Positiva: Interfaces do Risco à Proteção*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p.45-68.

\_\_\_\_\_. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicol estud Maringá*, v.8, n.esp, 2003.

YUNES, M. A. M.; MIRANDA, A. T.; CUELLO, S. E. S. Um olhar ecológico para os riscos e as oportunidades de desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados. In: KOLLER, S. H. (Org.). *Ecologia Do Desenvolvimento Humano: Pesquisa e Intervenção no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 197-218.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKY, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.) *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001. p. 13-42.

ZALUAR, A. *Condomínio do Diabo*. Rio de Janeiro: Revan; UFRJ, 1994.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A

#### PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

	<b>ENUNCIADO</b>	<b>OBJETIVO</b>	<b>ANTECEDENTES TEÓRICOS PARA ANÁLISE</b>
1	<i>Gostaria que você me contasse como é o funcionamento de sua equipe de trabalho e quais as atividades que você desempenha nela.</i>	Diminuir as defesas do entrevistado por meio de um questionamento neutro, fortalecendo assim o vínculo com a pesquisadora. Conhecer e mapear o universo da pesquisa com mais detalhes, bem como a percepção pelos entrevistados do que é feito nessas equipes de trabalho.	Não há.
2	<i>Qual a faixa de idade mais freqüente nos atendimentos? Quais os atendimentos mais comuns dirigidos a essa população?</i>	Pesquisar a principal faixa de idade atendida pela ESF, e verificar se os adolescentes estão presentes nesse grupo. Verificar os principais atendimentos prestados pela equipe.	Desde o final da década de 80 existem iniciativas para serem instituídos programas de atenção à saúde do adolescente -PROSAD- (BRASIL, 1989), mas as políticas de saúde para esse grupo etário continuam desarticuladas, mesmo com iniciativas de grupos governamentais e grupos organizados pela sociedade. A ESF, considerada modelo de assistência às populações e às práticas profissionais, pode redirecionar as ações previstas para a população adolescente, em sua área de abrangência (FERRARI; THOMSON; MELCHIOR, 2008).
3	<i>O que você entende por adolescente?</i>	Investigar a representação de adolescente para o entrevistado, de modo a estabelecer um diálogo com referencial comum. Comparar o conceito obtido com o estabelecido no Estatuto da Criança e do Adolescente.	O Estatuto da Criança e do adolescente considera adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990). Utilizamos essa definição para selecionar os casos observados e realizar um estudo prévio das problemáticas esperadas na coleta dos dados, de modo a poder acompanhar o discurso dos entrevistados. Conforme Pantoja (2007), a adolescência foi transformada em uma fase do desenvolvimento humano cujas disfunções de ordem emocional e biológica são tomadas como fatos universais, e, por conta disso, costumam excluir os condicionantes sociais, históricos e culturais. Tais noções se difundiram e passaram a ser aceitas como verdades sobre o que é <i>ser adolescente</i> .

4	<p><i>Quais as principais necessidades da população adolescente que você acompanha/atende?</i></p>	<p>Verificar as necessidades percebidas pelo profissional de saúde a respeito dos adolescentes atendidos por sua equipe. Observar se essas demandas são de ordem física, emocional, sócio-econômica, ou ainda de outra ordem. Investigar o atendimento oferecido aos adolescentes, e compará-lo ao que o entrevistado considera o melhor/ideal e com o que prevê o Ministério da Saúde.</p>	<p>O perfil dos adolescentes traz diferentes demandas. Segundo a OIT 352 milhões de crianças menores de 17 anos estão trabalhando, no mundo. A experiência do trabalho precoce alimenta a idéia de que aquela atividade está ligada apenas à sobrevivência, em especial, para as classes populares. Em geral as seqüelas referentes às doenças do trabalho de adolescentes aparecem somente na fase adulta desvinculando as doenças que aparecem na adolescência do trabalho realizado (ASMUS, 2005). O tempo gasto no trabalho reduz o tempo de convivência, lazer e estudo, podendo ocasionar desgaste emocional, prejudicial à saúde física e cognitiva. Cada grupo social possui representações próprias a respeito dos eventos que se apresentam a seus adolescentes. Heilborn et al. (in PANTOJA, 2007) comentam que transformar a gravidez na adolescência em uma problemática que carrega, invariavelmente, várias formas de sofrimento é simplificar a questão e defini-la como uma resposta homogênea para todos os jovens pais e mães que atravessam essa etapa. É preciso, então, contextualizar o fenômeno a partir dos próprios sujeitos, situando-os, principalmente, em suas origens socioeconômicas, para que seja possível determinar suas especificidades. Os preconceitos e percepções de outro ponto de vista podem dificultar o entendimento da gravidez na adolescência e o trabalho com essas gestantes. A violência aparece na vida dos adolescentes de diferentes formas, eles podem ser vítimas ou agressores. Quando vítimas, esses jovens podem sofrer violência dentro de suas próprias casas, onde ela se divide em negligência, abandono, violência física, psicológica, sexual. Os principais agressores são pessoas próximas, como os pais, madrastas e padrastos e amigos da família. Em quase 80% dos casos a violência de gênero recai sobre o sexo feminino. Ainda existe pouca participação das escolas e dos serviços de saúde em relação à notificação dos casos suspeitos e/ou confirmados de violência (COSTA, 2007). As drogas também aparecem no cotidiano desses jovens, seja por uso próprio ou pela violência relacionada a elas. Estudos apontam que a ingestão de</p>
---	--	---	---

			bebidas alcoólicas e a utilização de drogas potencializam os atos violentos contra crianças e adolescentes, principalmente no contexto familiar (OMS, 2002).
5	<i>O que pensa que poderia ser modificado ou acrescentado no atendimento a essa população?</i>	Verificar a percepção do entrevistado de alternativas que permitam melhorar o atendimento oferecido. Acolher as sugestões oferecidas para auxiliar na formulação de novas maneiras de atender aos adolescentes.	Pesquisa realizada por Ferrari, Thomson e Melchior (2008), com médicos e enfermeiros de ESF aponta que esses profissionais atendem os adolescentes por livre demanda, não havendo um programa específico aos jovens usuários. As meninas buscam mais o atendimento e na maioria das vezes, para exames de confirmação de gravidez. O adolescente precisa de outra dinâmica de atendimento, que acompanhe suas urgências emocionais e seu ritmo. Os profissionais participantes dessa pesquisa afirmam realizar atividades relativas à saúde física do adolescente, com muitas orientações a respeito de DSTs e uso de preservativos, mas sem um espaço de escuta e discussão dessas problemáticas onde seja permitido ao jovem expressar suas dúvidas e medos.

**APÊNDICE B**  
**ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Entrevista nº. \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo M ( ) F ( )

Profissão: \_\_\_\_\_

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

---

1. Gostaria que você me contasse como é o funcionamento da sua equipe de trabalho e quais as atividades que você desempenha nela.
2. Qual a faixa de idade que é mais freqüente nos atendimentos? Quais os atendimentos mais comuns dirigidos a essa população?
3. O que você entende por adolescente?
4. Quais as principais necessidades da população adolescente que você acompanha/atende?
5. O que pensa que poderia ser modificado ou acrescentado no atendimento a essa população?

***Agradecer pela colaboração.***

**APÊNDICE C**  
**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

**Título do projeto:** Estratégia de Saúde da Família e adolescência

**Pesquisadoras responsáveis:** Bibiana Ramos dos Santos (mestranda) e Cláudia Maria Perrone (orientadora)

**Instituição/Departamento:** Pós-Graduação em Psicologia/mestrado em Psicologia - UFSM

**Telefone para contato:** (55) 3220-9304 e 9118-2971

**Local da coleta de dados:** Unidades Básicas de Saúde no município de Santa Maria - RS

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados em entrevistas com profissionais atuantes na Estratégia de Saúde da Família na cidade de Santa Maria – RS. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no Departamento de Psicologia por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cláudia Maria Perrone. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE 0056.0.243.000-09.

Santa Maria, .....de .....de 2009.

.....

Cláudia Maria Perrone

CI: 9007403067 CPF:606.651.300-15

**APÊNDICE D**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**Programa de Pós graduação em Psicologia**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Prezado(a) senhor (a)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Estratégia de Saúde da Família e Adolescência”, que tem como objetivo conhecer as principais questões e problemáticas referentes ao período da adolescência, e compreender como são enfrentadas pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, no trabalho com as famílias de sua área de abrangência na cidade de Santa Maria, no Rio Grande do Sul.

Com esse estudo, esperamos contribuir para a compreensão dos fatores que promovem a saúde geral nessa faixa de idade, contribuindo para a promoção de programas de auxílio ao atendimento de famílias com membros adolescentes e aos próprios adolescentes. Para tanto, estamos realizando entrevistas com profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família, sobre o atendimento e as questões percebidas por vocês que tem relação com os adolescentes. A participação na pesquisa é voluntária; portanto, caso não queira responder à entrevista, você não deve assinar esse termo.

Caso concorde em participar, você responderá à entrevista de forma individual, em horário previamente combinado. Temos a autorização da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Santa Maria, que está ciente dos objetivos e procedimentos do estudo. As entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas, sendo o áudio destruído. Sua identidade será mantida em sigilo e os dados obtidos na pesquisa serão de conhecimento apenas dos pesquisadores envolvidos e utilizados única e exclusivamente para fins científicos, conforme determinam recomendações éticas. Para realizar a pesquisa, precisamos da sua autorização através do Termo de Consentimento abaixo, que deve ser entregue à pesquisadora. Caso você tenha alguma dúvida, ou seja de seu interesse, entre em contato conosco ([bibianarsantos@hotmail.com](mailto:bibianarsantos@hotmail.com)). Obrigada pela sua participação.

Pelo presente Consentimento, declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa dessa pesquisa. Minhas dúvidas foram respondidas e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento. Foi-me assegurado: a) que as respostas não serão identificadas, e as informações registradas serão mantidas em sigilo, arquivadas junto ao banco de dados da pesquisadora responsável na Universidade Federal de Santa Maria, ficando disponíveis para futuras análises; b) que a participação é voluntária, não implicando danos ou ganhos pessoais de qualquer natureza, assim, como a não participação não implica prejuízo algum; c) a garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa; d) a garantia da devolução dos resultados da pesquisa, sob a forma do relatório final da mesma.

Entendo que ao responder a essa entrevista posso vir a lembrar de situações as quais poderão trazer certo desconforto emocional. Caso isto aconteça, poderei contar com o encaminhamento ao serviço de apoio terapêutico na Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP), situada juntamente ao Curso de Psicologia.

Entendo que o Departamento de Psicologia da UFSM manterá em sigilo a minha identidade e que os dados coletados serão arquivados na referida instituição, situada na Rua Floriano Peixoto, 1750, 3º andar, sob responsabilidade da pesquisadora-orientadora do projeto, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cláudia Perrone, que pode ser contatada pelo telefone: (55) 3220-9231.

Os contatos do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM são: Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 7º andar – Sala 702 – Camobi – Santa Maria; telefone: (55) 3220-9362.

Nome e Assinatura do Participante : \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ProfªDrª Claudia M.Perrone - Orientadora  
RG: 9007403067 CRP: 0704435

\_\_\_\_\_  
Bibiana R.Santos- Mestranda  
RG:1087230411 CRP 07/14643