



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E  
CULTURA**

**SIGNIFICAÇÕES SOBRE ADOLESCÊNCIA E PROMOÇÃO DA  
SAÚDE ENTRE OS PARTICIPANTES DE UM GRUPO EDUCATIVO**

**ETIENE OLIVEIRA SILVA DE MACEDO**

**BRASÍLIA – DF**

**2012**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
INSTITUTO DE PSICOLOGIA  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E  
CULTURA**

**SIGNIFICAÇÕES SOBRE ADOLESCÊNCIA E PROMOÇÃO DA  
SAÚDE ENTRE OS PARTICIPANTES DE UM GRUPO EDUCATIVO**

**ETIENE OLIVEIRA SILVA DE MACEDO**

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Inês Gandolfo Conceição

BRASÍLIA, DF

2012

Trabalho apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Inês Gandolfo Conceição – IP/UnB  
Presidente

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sandra Eni Fernandes Nunes Pereira – UCB  
Membro

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Albertina Mitjáns Martínéz – FE/UnB  
Membro

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Olivier Sudbrack – IP/UnB  
Suplente

**BRASÍLIA – DF**

**2012**

## **DEDICATÓRIA**

A Deus, autor da vida, fonte de todo conhecimento e sabedoria que há nos céus e terra.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, essa “força estranha” que me conduziu desde o dia que a decisão de cursar o mestrado foi tomada.

À professora Inês Gandolfo, pelo acolhimento na UnB, pela capacidade de ser firme e ao mesmo tempo suave, transformando meus impossíveis em possíveis, e mostrando a medida certa da liberdade que necessita um aprendiz para aprender a pensar.

Ao meu querido esposo, Sanderson, sempre presente, facilitando minhas viagens, cuidando de casa, fazendo-me rir e enxergar que o caminho a gente descobre no percurso. Como a vida se torna leve ao seu lado!

Ao Rafael, filhote lindo e amigo, pela compreensão quando em vez de jogar videogame eu precisei estudar, por esperar pacientemente nosso dia de descanso e pelos beijos calorosos toda vez que eu retornava para casa.

Ao Pedro, que tem sido gestado junto com a escrita desse trabalho, minha motivação para continuar quando a ansiedade batia à porta.

À minha mãe Tânia, porque dos bastidores sempre gerou segurança e a certeza de que minha família não ficou desassistida durante minha ausência.

À minha irmãzinha Talita, pelos livros trazidos da Espanha e palavras sempre encorajadoras.

A tia Vânia, que gentilmente digitalizou bibliografias e enviou direto de Vitória (ES) para meu acesso a importantes referências.

À Flávia Lacerda, pela amizade, carinho, hospedagem em Brasília e acima de tudo, pela disponibilidade para lidar com o diferente, respeitando sempre minhas escolhas teóricas e transcendendo para o compromisso ético com o humano em nossas calorosas discussões.

À Elizabeth Pereira, uma auxiliar de pesquisa, colega de trabalho e agora, amiga!

Às professoras Sheila Murta e Ângela Branco, pela disponibilidade para escutar minhas angústias iniciais, durante as disciplinas e prontidão em facilitar esse processo de definição operacional no início da pesquisa.

À coordenadora do Programa Adole-Ser, Maria de Lourdes Andrade, pelo apoio e estrutura oferecida ao longo da realização da pesquisa.

Aos pais dos adolescentes participantes, que confiaram nessa pesquisa e permitiram que seus filhos frequentassem os grupos realizados.

Aos adolescentes que participaram dos grupos, protagonistas deste trabalho, que dão sentido à minha prática e desejo de continuar aprendendo.

Aos membros da banca examinadora, professoras doutoras Albertina Martínéz, Sandra Eni Pereira e Fátima Sudbrack pelo aceite do convite e disponibilidade para auxiliar-me nesse momento de avaliação.

À Jhene Diniz, Soraya, Gemmima e Sandra pela prontidão e auxílio na expedição de documentos e providências durante a realização do curso.

Aos alunos da disciplina Psicologia da Personalidade I que me receberam com entusiasmo e curiosidade, tornando nossas aulas saudosos momentos.

A todos que, indiretamente, colaboraram para a viabilidade deste projeto!

Muitíssimo obrigada!

Macedo, Etiene Oliveira Silva de (2012). *Significações sobre adolescência e promoção da saúde entre os participantes de um grupo educativo*. Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília.

## RESUMO

O conceito de adolescência faz referência a variados indicadores: faixa etária, período da vida, categoria social, que de alguma forma, estão vinculadas aos limites etários para marcar esse período transicional entre infância e a maturidade. Mas a história mostra que a adolescência ganha um status diferenciado somente a partir do século XX. As ciências médicas e as ciências sociais procuram inscrever esse fenômeno em margens explicáveis, e vão se instituindo assim, a normativa jurídica, pedagógica, psicológica e médica, a fim de oferecer os contornos para esse conceito. Nas políticas de saúde, embora exista um marco etário para definir a adolescência, esse limite precisa ser flexível, pois o desenvolvimento psicológico e biológico depende do contexto sociocultural do adolescente. A confusão na definição dos termos “puberdade” e “adolescência” e a universalização dessa experiência trouxe consequências para as atividades e programas direcionados a esse público que passou a enfatizar ações verticalizadas e pontuais, restritas às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência: Somando-se a isso, a própria fragilidade do conceito de promoção da saúde, adotada pelos serviços existentes, legitimaram esse paradigma de risco. Pouca ênfase é dada ao caráter dinâmico da saúde como um processo construído socialmente e menos ainda à perspectiva do adolescente como um sujeito ativo capaz de fazer escolhas congruentes com a melhoria de sua qualidade de vida. Com base no referencial da Psicologia Histórico-Cultural e no paradigma da Epistemologia Qualitativa, esse estudo investigou as significações produzidas pelos adolescentes participantes de um programa de atenção integral à saúde no Distrito Federal, sobre seu processo de adolecer e a promoção da saúde, a partir da realização de grupos temáticos e entrevistas semiestruturadas. Os resultados foram organizados em cinco zonas de sentido: (1) a adolescência é mais do que sexo, drogas e rock n’roll, apontando para uma perspectiva mais otimista sobre o processo do adolecer; (2) a família tem que aprender a adolecer com a gente, em que os adolescentes destacam a importância do diálogo e da troca de experiências para seu crescimento; (3) o projeto de vida começa agora. Agora?, mostrando a necessidade da construção de espaços que incentivem o desenvolvimento da capacidade deles pensarem criticamente sobre suas condições na busca de concretizar seu projeto de vida (4) em busca de um ideal de saúde, evidenciando que a promoção de saúde é um conceito ainda em construção e precisa ser desenvolvido a partir da participação dos adolescentes em seu próprio processo de produção de saúde; (5) porque sexualidade, antes de tudo, se expressa, em que os participantes destacam a afetividade como o elemento fundamental de suas escolhas e comportamento sexual. Os grupos realizados possibilitaram diálogos amparados na confiança e respeito e favoreceram a construção criativa de novos sentimentos sobre a adolescência, que vão além das significações reproduzidas sobre a vivência desse processo, muitas vezes apresentando uma adolescência adultocêntrica e estigmatizada. Enquanto uma pesquisa realizada num contexto de intervenção em saúde, esta pesquisa serviu também como projeto-piloto para elaboração de uma metodologia grupal de atendimento a adolescentes integrantes de um programa de atenção integral à saúde.

**Palavras-chave:** Adolescência, Promoção da Saúde, Intervenção Grupal, Epistemologia Qualitativa.

## ABSTRACT

Adolescence refers to several indicators: age, period of life, social category, which are linked to age limits to mark this transitional period between childhood and adulthood. But history shows that adolescence get a privileged status from only the 21st century. The medical sciences, the social sciences request to explained this experience and will thus instituting the juridical, pedagogical, psychological and medical norms, to provide explained this concept. These concepts have a strong influence in action or policy developed: in health care, although there is a landmark age for defining adolescence, this limit needs to be explained, because the biological and psychological development depends on the social and cultural contexts of the adolescent. The uncertainty in the definition of these terms “puberty” and “adolescents” and the universalization of this experience had consequences for the interventions and policies, follow-on in vertical and restricted shares, especially sexually transmitted diseases and teenage pregnancy. In addition, the fragility of the concept of health promotion using by programs, legitimized this paradigm of risk. To dynamic nature of health as a socially constructed process is not emphasized and even less the viewpoint of the teenager as an active subject able to make choices according with the wellbeing. The programs wind up perpetuating adolescents and return them to society without really knowing what their problems and needs. Based on the framework of Historical-Cultural Psychology and Qualitative Epistemology, these study whose main objective to understand the meanings by adolescence and health promotion, for the teenagers a program of the health care, from the realization of groups and semi structured interviews. The results were built on five zones of meaning: (1) adolescence is more than sex, drugs and rock n’roll, pointing to a optimist perspective on the process of adolescence (2) the family lack to learn to adolescence with us, in the adolescents highlight the importance of dialogue and exchange of experiences for its growth (3) the project life begins now. Now?, showing the necessity of building spaces that encourage the development of their ability to think critically about their conditions in seeking to achieve its design life (4) Searching of an ideal health, suggesting that health care is a concept still under construction and needs to be developed from the adolescents participation in their own health production process (5) because sexuality, more than all, is expressed, where participants highlighted the affectionateness as the fundamental element or the choices and the sexual behavior. The groups made possible sustained dialogue on trust and respect and promoting the construction of new creative feelings about adolescence, which go beyond the meanings reproduced on the experience of this process, often view adolescence stigmatized. While a investigation conducted in the context of health care service, this research also is a pilot project to develop a methodology for group care for young people’s participants in the a program of health care.

**Keywords:** Adolescence, Health Promotion, Intervention Group, Qualitative Epistemology.



## **LISTA DE TABELAS**

TABELA 1 - Caracterização dos participantes por idade, sexo, escolaridade e configuração familiar

TABELA 2 - Planejamento dos grupos temáticos

## LISTA DE SIGLAS

DIAPS	Diretoria de Atenção Primária à Saúde
DSTs	Doenças sexualmente transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
HRG	Hospital Regional do Gama
GEAPE	Gerência de Áreas Programáticas Estratégicas
MS	Ministério da Saúde
NASAD	Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente
NEPS	Núcleo de Estudos e Pesquisas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCA	Programa da Caderneta
POE	Plano Operativo Estadual
PRAIA	Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSE	Programa Saúde na Escola
SAAD	Sala de Acolhimento do Adolescente
SAPS	Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido

## **LISTA DE APÊNDICES E ANEXOS**

- APÊNDICE A - Roteiro de entrevista semiestruturada
- APÊNDICE B - Avaliação dos grupos temáticos (facilitador)
- APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- ANEXO A - Carta de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
Capítulo 1.....	6
Adolescência e os adolescentes na perspectiva histórico-cultural.....	6
Capítulo 2.....	14
A Promoção da Saúde de Adolescentes .....	14
Capítulo 3.....	21
Histórico das Políticas Públicas voltadas aos adolescentes .....	21
3.1. As políticas de saúde para adolescência.....	22
3.2. As políticas de saúde no Distrito Federal .....	25
Capítulo 4.....	28
A Epistemologia Qualitativa: bases teóricas e metodológicas .....	28
Capítulo 5.....	33
Objetivo geral, objetivo específico e questões norteadoras .....	33
Capítulo 6.....	34
MÉTODO.....	34
6.1. O contexto da pesquisa .....	34
6.1.1. O Programa Adole-Ser.....	34
6.2. Os adolescentes participantes .....	38
6.3. Critérios para seleção dos participantes.....	39
6.4. Instrumentos .....	40
6.5. Procedimentos .....	41
6.5.1. Contato inicial com os participantes.....	42
6.5.2. Os grupos temáticos.....	42
6.5.2.1. Procedimentos dos grupos temáticos .....	45
6.5.3. A observação participante durante os grupos temáticos.....	50
6.5.4. O diário de campo .....	51

6.5.5. <i>As entrevistas</i> .....	51
6.5.6. <i>Responsabilidades éticas</i> .....	52
6.5.7. <i>A construção e interpretação das informações</i> .....	54
Capítulo 7.....	56
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
7.1. <i>Zona de sentido 1: A adolescência é mais do que sexo, drogas e rock n'roll</i> .....	66
7.2. <i>Zona de sentido 2: A família tem que aprender a adolecer com a gente</i> .....	71
7.3. <i>Zona de sentido 3: O projeto de vida começa agora. Agora?</i> .....	76
7.4. <i>Zona de sentido 4: Em busca de um ideal de saúde</i> .....	79
7.5. <i>Zona de sentido 5: Porque sexualidade, antes de tudo, se expressa</i> .....	82
Capítulo 8.....	88
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
8.1. <i>Contribuições do estudo</i> .....	91
8.2. <i>Limitações do estudo</i> .....	92
REFERÊNCIAS.....	95
APÊNDICE A.....	103
APÊNDICE B.....	104
AVALIAÇÃO DOS GRUPOS TEMÁTICOS (FACILITADOR).....	104
APÊNDICE C.....	107
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.....	107
ANEXO A.....	110
Carta de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa.....	110

## INTRODUÇÃO

Discutir sobre a promoção da saúde de adolescentes a partir do olhar da Psicologia Clínica, considerando a multiplicidade de conceitos que lhe são subjacentes, requer escolher caminhos epistemológicos, teóricos e metodológicos que possam articular as dimensões das diferentes adolescências e suas singularidades e também aquilo que as tornam plurais. De acordo com Dimenstein (2000), é expandir a discussão de um sujeito biológico, ou um sujeito psicológico para um sujeito concreto, mantendo ainda o aspecto subjetivo impresso na objetividade dos sujeitos com quem realizamos nossos serviços ou estudos.

Nesse sentido, cabe perguntar e tentar responder em nosso fazer, qual o modelo de subjetividade que adotamos para pensar a promoção da saúde de adolescentes? Qual o lugar e o estatuto dessa subjetividade e suas implicações para a atuação investigativa ou profissional? E ainda, como não figurar como mais um recurso disciplinar na promoção da saúde de adolescentes e suas famílias?

Sabemos que a Psicologia tem sua gênese no seio de valores capitalistas, pouco comprometida com o cenário social e político brasileiro. Ainda hoje prevalecem ações de caráter curativo e individual, que determinam os modelos de atuação profissional do psicólogo. Por vezes não temos clareza do conhecimento que utilizamos e a quem beneficiamos com uso de nossas técnicas e instrumentos de pesquisas (Bock, 2003; Dimenstein, 2000). Assim, as coisas são mantidas como estão (o *status quo*), e permanecemos isolados da responsabilidade social do “poder-fazer”. A consequência é a psicologização de problemas que são atravessados pelas questões culturais e suas implicações políticas e ideológicas.

Nessa direção, o olhar teórico proposto para a reflexão sobre a adolescência nesta pesquisa é a perspectiva histórico-cultural, desenvolvida por Vygotsky (1996) e outros autores contemporâneos (Aguiar & Ozella, 2008; Bock & Liebesny, 2003; Madureira & Branco, 2005; Ozella, 2002, entre outros), que concebem esse “momento”, no processo do desenvolvimento humano como uma categoria gerada pela interação dialética das pessoas com o seu meio, resultando assim em diferentes modos de subjetivação.

A adolescência não é um fenômeno dado pela natureza. São características que surgem nas relações sociais e, mesmo as transformações biológicas e fisiológicas são significadas pelos adultos e pela sociedade. As transformações da puberdade são marcas que a cultura destaca e valoriza. Outros processos subjetivos podem estar acontecendo e não serem reconhecidos pela sociedade, assim como durante outros períodos da vida experiências significativas podem não ocorrer e não serem legitimadas (Ozella, 2002).

Sugerindo pensar os processos de subjetivação na adolescência a partir da Epistemologia Qualitativa (González Rey, 2005a, 2010, 2011), desenvolvemos uma pesquisa com adolescentes integrantes de um programa de atenção integral à saúde, na tentativa de nos aproximar das complexas significações relacionadas às suas experiências. Por se tratar de uma pesquisa no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), o conceito de promoção da saúde (Brasil, 2002) também foi adotado.

### **Trajetória pessoal de formação profissional e acadêmica**

A motivação para realizar este estudo surgiu ao longo de minha formação acadêmica e profissional, em que pude participar de pesquisas voltadas à temática da infância, adolescência e família. Durante a graduação e a participação em grupos de

pesquisas, tive a oportunidade de refletir sobre as implicações conceituais e práticas dos paradigmas adotados para compreender os sujeitos que investigamos.

Nos estudos realizados com adolescentes, sempre me incomodou a recorrência de um olhar apoiado na visão de crise, conflito, instabilidade e transitoriedade presente nas produções acadêmicas. Somando-se a isso, após minha inserção no mercado de trabalho mediante aprovação em Concurso Público da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), em 2009, fui inserida em uma equipe multiprofissional de atendimento à saúde integral do adolescente, contexto que me propiciou o aprofundamento das reflexões sobre pesquisas e intervenções com esses sujeitos.

O fato de atuar apenas no atendimento psicoterapêutico individual com esses adolescentes provocava em mim um profundo desconforto. Inúmeras vezes, durante as sessões, eu me questionava: “como potencializar o atendimento oferecido a esse adolescente e sua família? Como desenvolver uma intervenção que seja terapêutica, mas que também seja comprometida com a proposta de atenção integral prevista nas políticas de saúde do adolescente?”. A expectativa da equipe com minha chegada ao programa era a de que eu “domasse o leão” e transformasse esses adolescentes em pessoas mais dóceis e tranquilas, ao menos aparentemente.

Havia uma lacuna no fluxograma dos serviços oferecidos pelo programa. Depois de participarem das consultas de rotina, estavam previstas a realização de três oficinas temáticas, que não aconteciam por falta de profissionais capacitados para discutirem com os adolescentes os temas previstos por tais atividades. Ofereci-me para realizar essas oficinas e articulá-las com meu projeto de pesquisa, já que eu vinha fazendo uma incursão prática-reflexiva sobre o tema dentro da equipe, por meio de diálogos, conversas informais e durante as reuniões de serviço.



Foi então que, iniciado o mestrado, pude desenvolver a pesquisa no contexto do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, denominado Adole-Ser, do qual faço parte. Desse modo, contribuiria com o fortalecimento do programa no desenvolvimento de ações de promoção da saúde e garantiria um espaço propício para a reflexão sobre pesquisas e intervenções com adolescentes.

A realização dessas atividades, a partir da abordagem grupal, foi um instrumento importante que viabilizou a reflexão tanto em relação ao meu posicionamento teórico-prático, quanto em relação às formas de expressão e subjetivação dos adolescentes. A investigação realizada durante a intervenção culminou na produção que se segue, em que procuro apreender as significações construídas pelos sujeitos participantes sobre seu processo de adolecer, ancorada pela Teoria da Subjetividade, em que estruturei, didaticamente, em sete capítulos.

Nos três primeiros capítulos apresento uma reflexão sobre a categoria adolescência na perspectiva da teoria histórico-cultural, destacando sua forma de concebê-la e discorrendo sobre as ações educativas e promoção da saúde no contexto das políticas públicas de saúde para a adolescência.

No quarto capítulo apresento uma breve reflexão sobre os princípios da Epistemologia Qualitativa, que subsidiou a construção das informações ao longo da pesquisa.

O quinto capítulo elenca os objetivos do trabalho e questões norteadoras da pesquisa.

O sexto capítulo consiste na contextualização do campo pesquisado, na caracterização dos participantes, na descrição dos instrumentos e procedimentos utilizados durante o momento empírico.

O sétimo capítulo apresenta a organização e análise das informações que constituem os resultados da pesquisa. Subdivido o capítulo em seis zonas de sentido, que procuram expressar algumas significações sobre os eixos de análise: adolescência e promoção da saúde.

Finalmente, no capítulo 8, aponto as considerações finais suscitadas pelo processo investigativo e ofereço algumas sugestões para o programa Adole-Ser. Na segunda parte do capítulo, descrevo as contribuições, desdobramentos e limitações do estudo.

## Capítulo 1

### Adolescência e os adolescentes na perspectiva histórico-cultural

O conceito de adolescência faz referência a variados indicadores: faixa etária, período da vida, categoria social, que de alguma forma, estão vinculadas aos limites etários para marcar esse período transicional entre infância e a maturidade. Mas a história mostra que a adolescência nem sempre esteve vinculada a esses indicadores e só começa a ser privilegiada na sociedade ocidental capitalista, a partir do século XX, quando o sistema econômico começa a exigir sujeitos ensináveis e produtivos para sua continuidade (Ariès, 1981).

A Psicologia, a Medicina e as Ciências Sociais procuram inscrever esse fenômeno em margens explicáveis, e vão se instituindo assim, a normativa jurídica, pedagógica, psicológica e médica, a fim de oferecer os contornos para esse conceito. Os primeiros estudos psicológicos sobre o tema são datados de 1904, quando Granville Stanley Hall (1844-1924) afirma que as determinações biológicas são responsáveis pelas turbulências, oscilações, tumultos e conflitos vinculados ao desenvolvimento da sexualidade do adolescente. Mais tarde, Erick Erikson (1976) articula a Psicanálise e os estudos em Antropologia Cultural e destaca como processo básico vivido pelo adolescente, a busca de uma identidade. Esta resultaria da intersecção entre os aspectos biológico, social e individual, formativos da personalidade numa perspectiva individual.

Aberastury e Knobel (1992) são autores que também contribuíram para o estudo dessa categoria. Em suas afirmativas, eles chamam a atenção para os processos subjetivos que ocorrem no sujeito durante essa fase. Ao introduzirem o conceito de “Síndrome da Adolescência Normal”, as formulações teóricas desses psicanalistas proporcionaram a reflexão sobre as interações sociais durante a adolescência. Num

conjunto de características comportamentais específicas (busca de identidade, tendência grupal, separação progressiva dos pais, dentre outros), estariam processos psicológicos disparadores do caráter incompleto, transitório e conflituoso presente nessa fase.

Em Erikson (1976), observamos a perspectiva psicossocial da ideia de crise, como uma reorganização identitária para a vivência da fase posterior do ciclo vital. Porém, a apropriação dessa ideia pela área da saúde trouxe sérias implicações até os dias atuais. A puberdade seria o disparador das transformações psicológicas e sociais, desencadeadoras dos conflitos. A crise enunciaria algo fora do curso normal, linear, como causa ou condição de um quadro clínico (Bock & Liebesny, 2003; Bock, 2004; Ozella, 2002; Peres & Rosenberg, 1998).

Essas concepções trazem implicações diretas para qualquer ação ou política desenvolvida. Burt (1998) aponta estudos realizados pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que mostram como as ações de promoção da saúde de adolescentes são ainda limitadas à educação pela informação em relação a comportamentos problemáticos específicos, tardiamente, quando estes já comparecem como uma questão de saúde pública, evidenciados apenas em amplas pesquisas epidemiológicas.

Para a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1975), a adolescência tem estreita relação com a puberdade/pubescência, que se inicia aos 10 anos de idade. Nessa perspectiva, o fio condutor das transformações psicossociais da adolescência é a puberdade e essas transformações se estendem até os 19 anos. Na mesma direção, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) subdivide a adolescência em pré-adolescência (10 a 14 anos) e adolescência propriamente dita (15 a 19 anos). No âmbito jurídico, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) delimita a faixa etária de 12 a 18 anos para demarcar a adolescência.

Embora exista marcos etário para definir a adolescência, sabemos que esses limites precisam ser flexíveis, pois o desenvolvimento psicológico e biológico depende do contexto sociocultural do adolescente. O fato de a puberdade ser associada ao ponto de partida do processo de adolescer<sup>1</sup>, não substitui o estatuto da adolescência como profundamente atravessado por um olhar social e variado, conforme culturas e épocas.

Desde o século XIX, as transformações econômicas e sociais que se espalharam pelo mundo contribuíram para a emergência das clássicas teorias, pesquisas e documentos normativos, amplamente divulgados pelas instituições que atuam com essa população. Porém, ainda prevalece um olhar adultocêntrico para a adolescência como uma fase natural do desenvolvimento, com comportamentos previsíveis e normativos (Bock & Liebesny, 2003; Bock, 2004, Bock, 2003).

Por sua vez, o discurso social a respeito do adolescente, veiculado entre pais, educadores, mídia e outros instrumentos sociais, comumente o define como incompreensível, inacessível, problemático ou difícil, associando essas características, sem considerar a relação dialética entre os fatores biológicos e psicossociais.

Ozella (2002) acredita que a ideia de crise sugere ao imaginário social a representação do adolescente como naturalmente problemático. No entanto, é difícil precisar o que venha a ser normal e patológico dependendo do meio sociocultural. Por isso, a adoção dessa perspectiva para explicar a adolescência, sem um posicionamento crítico, sem um compromisso ético com a diversidade das experiências subjetivas, pode limitar a compreensão desses sujeitos em sua integralidade.

A Psicologia, ao legitimar padrões de comportamento, ignora as desigualdades e conflitos sociais como geradoras dos problemas que o adolescente vivencia. No entanto, *“como parceiro social, ele está ali, com suas características que são interpretadas nessas*

---

<sup>1</sup> Esse verbo equivale à expressão “adolescência”, mas é adotado neste estudo para destacar o papel ativo do sujeito que adolece e o caráter dinâmico desse momento no processo de desenvolvimento humano.

*relações, tendo um modelo para sua construção pessoal*” (Ozella, 2002, p. 21). E a partir dessas relações, ele constrói seu mundo psíquico, com significações e afetos que dão sentido às suas experiências.

Concordamos com Bock e Liebesny (2003) e Bock (2004), que criticam as abordagens clássicas da adolescência, ao apresentarem praticamente uma descrição semiológica dos comportamentos previstos para os adolescentes. Essas abordagens acabam por naturalizar escolhas, sentimentos, conflitos e comportamentos que, na verdade estão circunscritos às condições sociais, econômicas e culturais das quais ele participa. A perspectiva das autoras mostra que a estrutura e recursos materiais ou sociais disponíveis é que definem as alternativas possíveis para a expressão subjetiva desses sujeitos. Por exemplo, a extensão do tempo que o adolescente permanece na escola é muito mais uma exigência do mercado, que necessita de pessoas treinadas e especializadas para o trabalho do que a busca por outros espaços na tentativa de desvincular-se das figuras parentais. “*A extensão do período escolar e o conseqüente distanciamento dos pais e da família trazem a aproximação de um grupo de iguais (física e socialmente nas mesmas condições) que, por identificação, se institui como um novo grupo social.*” (Bock & Liebesny, 2003, p. 211).

Para Vygotsky (1996), a transitoriedade da adolescência é explicada em termos de forças motrizes do comportamento. Mas essas não se desenvolvem de forma isolada, nem são regidas por aspirações, atrações inatas ou da personalidade e sim, têm sua gênese nas relações sociais, ao longo do desenvolvimento humano. As forças motrizes é que vão pôr em movimento os comportamentos do indivíduo. Entretanto, em cada nova idade não só se modifica o comportamento, como também são modificadas as próprias forças motrizes, a partir de novos objetos culturais capazes de possuir forças incitadoras que são criadas pelo homem.

Na adolescência se manifestam as relações entre as necessidades biológicas e as desenvolvidas historicamente, que cooperam para a ocorrência de profundas mudanças nessas necessidades e aspirações. De acordo com o autor, é nessa fase que vão emergir novas possibilidades, novos objetos capazes de modificar os interesses e incitar novas necessidades, até então desconhecidas da criança:

Con experimental claridad, hemos podido observar cómo la maduración y aparición de nuevas atracciones y necesidades internas amplían infinitamente el círculo de objetos que poseen fuerza incitadora para los adolescentes, cómo esferas enteras de actividad, antes neutrales, para ellos, se convierten ahora en momentos fundamentales que determinan su conducta, cómo, a la par del nuevo mundo interno, surge para el adolescente un mundo exterior completamente nuevo (Vygotsky, 1996, p. 24).

Sob esse ponto de vista, o desenvolvimento da personalidade, gostos e aspirações do adolescente se dão de forma sócio-histórica: adolescentes de contextos culturais diferentes vão se desenvolver com especificidades também diferenciadas (Vygotsky, 1996).

Embora a OMS se reporte à adolescência como um período de transformações biopsicossociais, estas não podem ser vinculadas à puberdade como o processo deflagrador das mudanças subsequentes. Os adolescentes podem ter visões distintas sobre essa puberdade, construídas a partir de sua própria experiência, que podem ser diferentes daquilo que consta nos manuais tradicionais.

A confusão na definição desses termos “puberdade” e “adolescência” trouxe consequências para as atividades e programas direcionados aos adolescentes (Peres & Rosenburg, 1998). Numa revisão teórica sobre a concepção de adolescência na saúde pública, os autores mostram como a apropriação do modelo biomédico trouxe

implicações para as práticas em saúde: a universalização da adolescência, caracterizada pelo paradigma do risco e vulnerabilidade, ignorando as experiências subjetivas de sujeitos concretos, como processos singulares de subjetivação.

A naturalização da adolescência supõe que todos os que a vivenciam passam pelas mesmas experiências, afetos, sentimentos e pensamentos. Essa naturalização se reflete diretamente no posicionamento profissional, político ou acadêmico assumido diante desses sujeitos. Com base no referencial da Psicologia Histórico-Cultural, concordo que a adolescência é uma categoria teórica que emerge na cultura e, por isso mesmo, possui diversas possibilidades de expressão. Resulta de uma trajetória pessoal e social, construída a partir das vivências de cada pessoa.

A aprendizagem e as experiências desde os primeiros anos de vida, as formas de inserção nos espaços sociais como a família, escola, comunidade, o acesso aos direitos sociais básicos como educação, esporte, lazer, saúde resultam em vivências diferentes para os adolescentes, conforme esses contextos. Por esse motivo, é preciso ter claro que quando conceituamos a adolescência de uma determinada maneira, *“temos presente uma visão de adolescente, cujas características básicas encontram sua correspondência no conceito emitido ou assumido”* (Peres & Rosenburg, 1998, p. 61).

O que pode ser problematizado a partir dessa reflexão é que teorias universais acerca da adolescência se referem a um grupo específico de sujeitos e podem excluir um grande contingente que acaba à margem também do processo de produção de conhecimento. De acordo com Peres e Rosenburg (1998), tentar estender concepções universais a todos os grupos de adolescentes, generalizar a concepção de adolescência é excluir grupos diferenciados em relação à gênese do conceito, sem falar no risco de, ao se instituir condutas normativas da adolescência, acabarmos considerando patológicos,



comportamentos não prescritos ou, na direção oposta, ignorarmos processos patológicos, considerando-os meros elementos da crise da adolescência (Aguiar & Ozella, 2008).

Em suma, a despeito da universalização da concepção negativa de adolescência em termos de instabilidade, da transitoriedade, do não-ser e seus processos naturalizados de socialização, essa fase precisa ser compreendida dentro de uma perspectiva histórico-social. Respeitar esses marcos históricos é aceitar que não existe uma única verdade sobre a concepção de adolescência, e sim aproximações que revelam a própria natureza histórica dessa concepção a partir das articulações sociais engendradas no contato do homem com o mundo (Aguiar & Ozella, 2008; Bock & Liebesny, 2003; Ozella, 2002).

No Brasil, uma sociedade marcada por grandes desigualdades, talvez seja mais adequado refletir em termos dessa adolescência plural, considerando a diversidade de contextos existentes. O Ministério da Saúde (MS) demonstra o esforço empreendido nessa direção quando adota o termo adolescências “*com o intuito de se reconhecer a grande diversidade de experiências, condições de vida e características sociais, raciais, étnicas, religiosas, culturais, de gênero e de orientação sexual que compõem o universo desses segmentos populacionais*” (Brasil, 2010, p. 46).

As *Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde* (Brasil, 2010) adotam a convenção estabelecida pela OMS que delimita a faixa etária para adolescência dos 10 aos 19 anos e inclui também a população entre 15 e 24 anos, por considerar a interseção entre a segunda metade da adolescência e o início da juventude (Brasil, 2010).

A respeito da pluralidade de experiências que os adolescentes e jovens vivenciam, o documento reitera:

Além dessa diversidade, é importante considerar adolescência e a juventude como processos complexos de emancipação, com fronteiras plásticas e móveis, que não se restringem à passagem da escola para o trabalho e envolvem três dimensões interdependentes: a macrossocial, na qual se situam as desigualdades sociais como as de classe, gênero e etnia; a dimensão dos dispositivos institucionais que reúne os sistemas de ensino, as relações produtivas e o mercado de trabalho e, finalmente, a dimensão biográfica, ou seja, as particularidades da trajetória pessoal de cada indivíduo (Brasil, 2010, p. 46).

Essa mudança de paradigma representa um avanço no modo de compreender a adolescência, mostrando que embora as fronteiras etárias delimitem importantes referências para a formulação de políticas, é preciso considerar a diversidade dos grupos populacionais de adolescentes e jovens, que terão experiências diferenciadas e a elas atribuirão distintos significados.

A possibilidade de compreensão desse processo e construção da categoria adolescência a partir da teoria histórico-cultural pode auxiliar nesse debate e contribuir para desmistificar a imagem universal do adolescente pelo paradigma do risco.

Passaremos ao próximo capítulo com a contextualização e análise sobre o conceito de promoção da saúde de adolescentes e suas implicações para a prática na atenção primária à saúde.

## Capítulo 2

### A Promoção da Saúde de Adolescentes

A promoção da saúde envolve um conjunto de ações no sentido da proteção, manutenção e garantia de melhores condições de vida, voltadas não apenas ao indivíduo, mas também, à comunidade. São ações e práticas que visam à autonomia das pessoas envolvidas e as incentivam na busca de soluções para os problemas locais, que em sua maioria, são problemas que afetam a coletividade (Brasil, 2002; Sícóli & Nascimento, 2003).

Utilizada pela primeira vez pelo médico historiador Henry Sigerist, em 1945, a expressão “promoção da saúde” definia quatro tarefas essenciais à Medicina: promover saúde, prevenir doenças, tratar e reabilitar doentes. Essa definição valorizava como promoção de saúde a oferta de condições dignas de trabalho, educação e descanso, cabendo às instituições e sociedade em geral prover tais condições para a saúde das pessoas (Sícóli & Nascimento, 2003).

Posteriormente, em 1974, foi publicado no Canadá o Informe *Lalonde*, um relatório considerado oficialmente o marco histórico para a promoção de saúde. Ao questionar o impacto e custos das ações médicas, o relatório apontava as limitações do alcance dessas intervenções, insuficientes para atuar sobre os determinantes de saúde considerados pelo relatório como: fatores biológicos, ambientais e relacionados ao estilo de vida. De acordo com o documento, a oferta de serviços deveria ser organizada observando-se esses determinantes, mais voltados ao âmbito particular da vida das pessoas (Sícóli & Nascimento, 2003).

Esse modelo orientou as práticas de promoção durante a década de 1970 e recebeu críticas por valorizar mudanças comportamentais individuais (relacionadas a

fumo, obesidade, promiscuidade sexual e abuso de substâncias) e negligenciar as tramas socioeconômicas e culturais dos problemas de saúde (Sicoli & Nascimento, 2003).

A partir de 1980, a promoção da saúde ganha uma terceira direção, destacando novamente a determinação social presente na ideia de Sigerist. A Saúde Pública passa a considerar os fatores estruturais, como pobreza, desemprego, condições de trabalho, violência, entre outros, como determinantes de saúde. Em 1986 é divulgada a Carta de Ottawa, que subsidiou mudanças ulteriores em diversos países, as quais consolidaram os conceitos e áreas de ação para a promoção da saúde (Sicoli & Nascimento, 2003).

No Brasil, essa mobilização, repercutiu por meio da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986. O evento representou um marco na história da participação popular no debate e lançou as bases para a Reforma Sanitária brasileira, incluindo a saúde como um direito constitucional, assegurado pela Lei 8080/90.

De acordo com a Carta de Ottawa, a promoção de saúde é definida como o *“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle social desse processo”* (Brasil, 2002, p. 19). O documento destaca a importância da articulação entre os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos para a promoção da saúde. Para isso, valoriza, entre os campos de ação, a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis aos modos de vida, o reforço à ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde. Essas ações requerem o envolvimento de todos os setores da sociedade, mesmo os indiretamente envolvidos com a saúde.

Portanto, ações e programas específicos voltados à promoção da saúde, devem ser articulados com outras estratégias e instituições a fim de que as intervenções pretendidas alcancem o modo de vida das pessoas. Exemplo disso são as ações de

educação em saúde. Apenas disseminar informações não é suficiente para garantir a mudança de comportamentos. Pelo contrário, podem aumentar o sentimento de impotência diante das determinações que estão para além do controle pessoal (González Rey, 2004; Sícoli & Nascimento, 2003; Traverso-Yépez, 2007).

A educação em saúde é um importante instrumento previsto dentro das ações de promoção da saúde, mas, informação e ação não correm no mesmo sentido. Esperar que os adolescentes escutem passivamente, memorizem e pratiquem os conhecimentos adquiridos é utópico e parte da premissa de que a prática de comportamentos saudáveis está relacionada eminentemente com estilos de vida adotados individualmente. Essa concepção distancia o sujeito de seu contexto histórico-social e ignora aspectos importantes como condições de vida, acesso à educação, lazer, moradia, saneamento e os demais direitos básicos que garantem a qualidade de vida e afetam diretamente o modo de vida da população (Traverso-Yépez, 2007).

González Rey (2004, p.24) afirma que *“toda informação deve passar por um processo de personalização que deve ser transformado pelo indivíduo em algo importante para a regulação de seu comportamento”*. Ou seja, adotar um modo de vida saudável depende da multideterminação de fatores que vão além do que as políticas de saúde instituem. Isso significa que as ações de promoção da saúde devem extrapolar as situações potencialmente prejudiciais, capazes de se concretizarem como um problema de saúde e envolver a população de acordo com as necessidades tidas por ela como prioritárias.

De acordo com a OMS, a promoção da saúde requer a participação da população como um todo, em vez de focar grupos de risco específicos. Em outras palavras, as ações devem extrapolar o campo médico-curativista e buscar como objetivos primordiais o desenvolvimento de políticas e estratégias múltiplas para o empoderamento e a participação social na produção de saúde (Burt, 1998).

Por empoderamento, entende-se o “*processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde*” (Sicoli & Nascimento, 2003, p. 108), na direção da transformação do sentimento de impotência internalizado pelos indivíduos diante das denominadas iniquidades em saúde.

Nesse ponto, vale distinguir que protagonismo e empoderamento, embora sejam conceitos complementares, podem assumir conotações distintas, dependendo do contexto e objetivos das ações. O protagonismo baseia-se numa abordagem política e pedagógica, equivalente a “participação social”. A partir de uma extensa revisão desse conceito na literatura, Mendonça (2005) identificou que a gênese da ideia de protagonismo faz parte do movimento de redemocratização da sociedade brasileira. No campo das políticas públicas para a adolescência, o protagonismo busca uma maior participação dessa população nos espaços governamentais, sociais e processos decisórios que antes eram restritos aos adultos.

A participação social é, pois, um princípio-chave da promoção da saúde. As ações e políticas devem almejar a construção de espaços democráticos nos quais os atores diretamente interessados participem da eleição de prioridades, implantação e avaliação das iniciativas (Burt, 1998; Mendonça, 2005). No nível local, significa que as políticas precisam ser desenvolvidas a partir dos problemas e necessidades identificados pelas pessoas envolvidas (Sicoli & Nascimento, 2003).

Embora existam diretrizes e orientações do MS para a promoção da saúde de adolescentes (Brasil, 2007, 2010), poucas publicações descrevem modelos sistematizados de atendimento a essa população. Para Murta (2007), esses programas ocorrem ainda em contextos isolados e por falta de um processo contínuo de avaliação, dificilmente são estendidos e divulgados em maior amplitude. Acrescentamos a isso a

dificuldade de encontrar descritores precisos nas bases de dados científicas, que relatem tais experiências e práticas. Supomos que existam iniciativas exitosas, porém não documentadas, o que mostra como seria proveitosa a aproximação entre a prática profissional e a academia, para que essas ações desenvolvidas nesses espaços sejam incluídas e mencionadas em bibliografias específicas.

Em pesquisa documental acerca das publicações sobre promoção da saúde dos adolescentes, constatamos a prevalência de ações pontuais e bastante verticalizadas, baseadas em pesquisas epidemiológicas e no enfoque biomédico da adolescência. As ações descritas nessas publicações focavam intervenções grupais para a prevenção de comportamentos de risco em saúde sexual e reprodutiva, em detrimento da diversidade de fatores relacionados à saúde integral dos adolescentes. Essas intervenções não têm alcançado os resultados esperados – a mudança de comportamento – provavelmente porque os determinantes afetivos, cognitivos e ideológicos implicados nesse processo são ignorados (Macedo & Conceição, no prelo).

Uma das possíveis explicações para isso pode ser a cultura de invisibilidade que os adolescentes possuem, seja por conta da concepção negativa de adolescência, já discutida anteriormente, seja pela baixa demanda de serviços gerada por esses sujeitos, se comparados às crianças e adultos. *“Como consequência dessa baixa demanda, os adolescentes têm recebido pouca atenção nas políticas públicas de saúde”* (Muza & Costa, 2002, p. 322).

De acordo com Lyra, et. al (2002), a transitoriedade atribuída à adolescência fortalece a ideia prevalente nos serviços de saúde, associada à crise e rebeldia, geradores dos problemas de ordem social que precisam ser contidos. Pouco se destaca a adolescência numa perspectiva mais positiva ou mais otimista e a ênfase recai sobre o

paradigma do risco: risco de gravidez, risco de abuso de álcool e drogas, risco de doenças sexualmente transmissíveis.

Os programas acabam perpetuando a ideia de que os serviços de saúde têm a missão de endireitar os adolescentes e devolvê-los à sociedade sem de fato conhecer quais são seus problemas e necessidades. O modelo atual das intervenções oferece pouco espaço para a subjetividade e o protagonismo social de seus usuários. É importante que nós, enquanto profissionais façamos uma “*permanente avaliação crítica de nossas ações, estando atentos não apenas para a ação em si, mas também para a mensagem e o tipo de projeto educativo que dela se depreende*” (Traverso-Yépez e Pinheiro, 2002, p. 143).

As autoras também observam que especialmente nos contextos de desigualdades sociais e dependência econômica, essa carência de serviços pode ser devida ao fato da abordagem ao adolescente ter como foco as doenças orgânicas. Apesar de atualmente se falar em atendimento integral e biopsicossocial, a diversidade de experiências dessa adolescência é ignorada quando os serviços não contemplam as necessidades locais desses sujeitos. Se essa diversidade for ignorada, os programas de atenção à saúde limitam o foco de ação, desconhecendo a diversidade da realidade que eles enfrentam (Traverso-Yépez & Pinheiro, 2002).

As ações voltadas à saúde integral dos adolescentes por vezes assumem um caráter moral e regulador, que visa resgatar adolescentes e jovens de sua inconsequência e ignorância. Exemplo disso são as ações voltadas ao controle da gravidez precoce e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), numa abordagem baseada no risco e vulnerabilidade.

Para Blum, Bastos, Kabiru e Le (2012), especialmente nos países subdesenvolvidos e nos países em desenvolvimento, a ausência de uma compreensão



mais profunda dos problemas que afetam a saúde do adolescente, compromete a efetividade dessas ações, restritas à saúde sexual e reprodutiva. Segundo os autores, outros dados devem ser incluídos entre as prioridades de ação, como as pesquisas sociais, os estudos longitudinais e uma maior compreensão das aspirações e desafios da população jovem. Investir em pesquisas nessa área é crucial para que esses países tenham condições de desenvolver políticas e programas baseados em evidências para assegurar o bem-estar da população jovem.

Conforme constatado na literatura consultada, considerar a multidimensionalidade dos fatores que envolvem a mudança de comportamento deve ser uma premissa básica de qualquer ação educativa em saúde. Um programa de saúde do adolescente precisa ter clareza da concepção de adolescência que orienta suas atividades se quiser avançar para além de problemas específicos e articular as necessidades coletivas e individuais.

Na sequência segue uma breve descrição da história das políticas públicas direcionadas aos adolescentes.

### Capítulo 3

#### Histórico das Políticas Públicas voltadas aos adolescentes

As políticas públicas voltadas aos adolescentes têm marcos legal e conceitual. Desde o período imperial, as ações eram direcionadas a um segmento específico da população: as crianças e adolescentes pobres, abandonados, considerados delinquentes. Estes eram os chamados “menores”, que precisavam de urgente intervenção pelos problemas sociais que acarretavam (Contini, 2003).

Originado no âmbito jurídico, o termo “menor” foi o que trouxe maiores repercussões ao imaginário social, com resquícios em muitas práticas voltadas à população infanto-juvenil até os dias atuais<sup>2</sup>. A preocupação era manter a ordem e a higiene, fundamentada nos trabalhos europeus trazidos pelos médicos higienistas, educadores e juristas, ao final do século XIX. As práticas legitimavam o status irregular, desviante, daqueles que viviam em condições miseráveis e destituía a família do papel de cuidar de seus filhos, transferindo esses sujeitos à total responsabilidade do Estado e à figura do Juiz. Este determinava o destino dos mesmos, via contenção, enclausuramento ou inserção em atividades profissionalizantes, conforme a situação em que eram encontrados (Contini, 2003).

Percebemos que até o final do século XX, as políticas eram baseadas na representação de um modelo de família burguês, centrado na figura paterna, quase sempre distante da realidade dos arranjos familiares das famílias economicamente

---

<sup>2</sup> Duas doutrinas anteriores à doutrina postulada pelo ECA inspiraram o Estado e a sociedade na forma de conceber e tratar a criança e o adolescente: a Doutrina do Direito Penal do Menor expressa no Código de Menores de 1927 e a Doutrina da Situação Irregular, do Código de Menores de 1979. A normativa proposta por esses dois instrumentos tinha sua gênese fundamentada na concepção histórica sobre a infância e adolescência como seres inferiores aos adultos e propunham a categoria “menor” para designar um grupo específico de crianças e adolescentes, aqueles cujas famílias não tinham condições de educar, aqueles que cometiam ato infracional e aqueles que estivessem abandonados (Vasconcelos, 2002).

desfavorecidas. O olhar direcionado à criança e ao adolescente orientava-se pelo paradigma de risco, presente nas doutrinas dos Códigos de Menores.

Foi a partir do movimento de redemocratização do Brasil, com a mobilização social em torno de um novo ordenamento político para o país, que crianças e adolescentes entraram novamente na agenda de discussões. O resultado foi a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, em cumprimento à promulgação da Constituição Federal. Essa lei rompe com a categoria menor e em lugar de risco ou vulnerabilidade, enfatiza a condição de sujeitos de direitos, em situação especial de desenvolvimento. A partir do paradigma da proteção integral, ao menos no plano teórico, devolve à família, a obrigação de cuidar e proteger suas crianças e adolescentes, dever este compartilhado pelo Estado e pela Sociedade (Brasil, 1990).

### **3.1. As políticas de saúde para adolescência**

No campo específico das políticas de saúde para a adolescência, impulsionado pela realização da Conferência de Alma-Ata, em 1978, que consolidou o novo paradigma de assistência à saúde na Europa e em alguns países da América Latina, o MS criou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) em 1989, oficializado em 1996, como uma política específica para esse público (Brasil, 1996).

O PROSAD busca fortalecer os princípios previstos no ECA e consiste na formulação de uma política nacional de atenção à saúde da adolescência e juventude, que deve ser materializada nos âmbitos municipal, estadual e federal, nas esferas públicas e privadas (Brasil, 1996). Seus objetivos são:

- Promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais;

- Normatizar as ações consideradas nas áreas prioritárias;
- Estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos programas estaduais e municipais, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características, respeitando as particularidades regionais e a realidade local;
- Promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência;
- Contribuir com as atividades intra e interinstitucional, nos âmbitos governamentais e não-governamentais, visando à formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal.

Esse programa incorporou os princípios de promoção da saúde divulgados na Carta de Ottawa e em suas ações visa oferecer um cuidado global, buscando identificar os determinantes de saúde da população adolescente, a partir de seus contextos de inserção. As ações básicas previstas pelo PROSAD incluem: atividades de promoção de saúde, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação, tendo como objetivo a melhoria dos níveis de saúde da população adolescente. As áreas prioritárias para essas ações são: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente, prevenção de acidentes, violência, maus-tratos e família (Brasil, 1996).

O fundamento dessas ações está nas transformações relacionadas a esse período da vida, em que a puberdade seria a propulsora das mudanças físicas, psicológicas e sociais que alteram radicalmente o modo como o adolescente se relaciona com o mundo à sua volta. Diante dessas transformações, ele pode fazer alguns comportamentos que colocam em risco sua saúde e integridade física e psicológica, associados à sexualidade,

envolvimento em situações de violência e uso/abuso de substâncias. Essa condição torna o adolescente vulnerável, carente da proteção e orientação necessária para ele assumir o cuidado com sua saúde (Brasil, 1996).

Pode-se dizer que o PROSAD representou a primeira política pública de saúde instituída especificamente para adolescentes e jovens e, concomitantemente às conquistas na legislação, a partir do Estatuto da Criança e do Adolescente, contribuiu para dar visibilidade a essa população. Nos anos posteriores, foram criados outros documentos normativos com os princípios e diretrizes para o atendimento à saúde integral dos adolescentes e jovens.

A normatização da atenção à saúde integral dos adolescentes, por meio do PROSAD e seus desdobramentos nos Estados brasileiros, representou um marco histórico que valorizou a adolescência, como um período de características distintas da infância. Mas, no desenvolvimento das ações previstas, ainda prevalece implícito o modelo biomédico de redução de risco, diagnóstico precoce, tratamento e reabilitação.

Em 2005, é lançado o manual intitulado *Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: Orientações para a Organização dos Serviços de Saúde* (Brasil, 2005), com os princípios e diretrizes para implantação dos serviços de saúde. Nesse documento, valoriza-se a resolutividade e a participação social dos adolescentes e jovens, e se inicia o discurso sobre o protagonismo juvenil.

Esse documento representou um avanço no modo de atender as necessidades dos adolescentes e ofereceu aos profissionais de saúde outras formas de compreensão da adolescência, menos focada nos aspectos biológicos da puberdade, conforme já citado (Peres & Rosenberg, 1998).

Atualmente, as ações para a promoção da saúde integral de adolescentes e jovens têm como normativa as *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de*

*Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação e Saúde* (Brasil, 2010). Conforme já foi mencionado, esse documento amplia a concepção de adolescência e apresenta as diretrizes para o fortalecimento da promoção da saúde nas ações para o cuidado integral à saúde de adolescentes e jovens.

Um dos eixos para a reorientação dos serviços previstos pelo MS é o estabelecimento de ações intersetoriais e interdisciplinares, a partir da interlocução com a escola, a família e a comunidade. Com isso, busca-se ampliar as redes de compromisso e corresponsabilização na construção de espaços mais equitativos para se viver. Está previsto também que essas ações sejam integradas à Política Nacional de Atenção Básica por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), que já incorpora em sua prática características para uma abordagem integral e resolutiva e para o desenvolvimento de ações intersetoriais, fundamentais para a promoção da saúde (Brasil, 2010).

### **3.2. As políticas de saúde no Distrito Federal**

No Distrito Federal<sup>3</sup>, o PROSAD é coordenado pelo Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (NASAD), vinculado à Gerência de Áreas Programáticas Estratégicas (GEAPE) da Diretoria de Atenção Primária à Saúde (DIAPS), um núcleo gestor da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) da SES-DF (NASAD, 2011).

Conforme consta no documento “História e Coordenação de Planos e Programas SES-DF”, as ações previstas pelo NASAD funcionam nas 15 Regionais de Saúde do

---

<sup>3</sup> No Distrito Federal, em 1991, após a mobilização por meio do 1º Seminário de Sensibilização em Saúde do Adolescente do DF e do 1º Curso de Capacitação Multiprofissional da Saúde do Adolescente, o PROSAD foi oficialmente implantado, denominado Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (PRAIA), que visava “*propiciar ao adolescente uma atenção integral*” (NASAD, 2011).

Distrito Federal com atividades de promoção, proteção e assistência aos adolescentes. Esse núcleo é também responsável por planejar, coordenar e avaliar os programas vinculados à saúde integral do adolescente, previstos pelo MS e brevemente relatados a seguir:

- a) **Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (PRAIA):** tem o intuito de normatizar a política de atenção prevista pelo PROSAD. Atua em 12 das 15 Regiões Administrativas do DF, com equipes compostas por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, responsáveis pelos serviços oferecidos aos adolescentes nos Centros de Saúde. Os profissionais de apoio em algumas regionais são assistentes sociais, nutricionistas, psicólogos e cirurgiões-dentistas.
- b) **Plano Operativo Estadual (POE):** aprovado em 2004, pela Portaria Interministerial n.º 1.426 e a Portaria SAS/MS n.º 340, esse programa tem o objetivo de normatizar a atenção integral à saúde de adolescentes em conflito com a lei, que estão em cumprimento de medida socioeducativa, integrando também as Secretarias de Estado de Saúde e de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania.
- c) **Programa Saúde na Escola: tem** a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação, por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. No Distrito Federal, a assinatura da Portaria Conjunta nº4, instituiu o PSE, tendo as Secretarias de Estado de Saúde e de Educação, competências para a execução das ações. Foram escolhidas 26 escolas e 19 equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), dentro da área de abrangência dessas escolas.
- d) **Programa da Caderneta (PCA):** as cadernetas de saúde de adolescentes são um material educativo lançado pelo MS para orientações aos adolescentes entre 10 e 19 anos. É um instrumento de apoio à atenção integral à saúde dessa

população e permite aos profissionais e usuários, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o acesso a orientações sobre suas responsabilidades e direitos, a promoção de hábitos saudáveis, saúde sexual e saúde reprodutiva, imunização, saúde bucal, autocuidado e na prevenção de doenças e agravos. No DF, são realizadas capacitações e planos estratégicos específicos para distribuição e utilização das cadernetas.

Atualmente, a Regional de Saúde do Gama, encontra-se em fase de pactuação e implantação da ESF e o NASAD tem participado das discussões, com o intuito de incluir a atenção integral à saúde do adolescente nas ações da ESF.



## Capítulo 4

### A Epistemologia Qualitativa: bases teóricas e metodológicas

A escolha metodológica de uma pesquisa, para além de ser um momento empírico, reflete as escolhas, valores e concepções do pesquisador acerca do mundo e de seus interesses de estudo. Diferentes metodologias podem ser adotadas pela pesquisa qualitativa para o estudo dos fenômenos. A Epistemologia Qualitativa, paradigma teórico, epistemológico e metodológico, proposto por González Rey (2010, 2011) foi adotado nessa investigação por mostrar-se pertinente devido à interlocução entre seus pressupostos teóricos, epistemológicos e metodológicos e a minha própria visão de mundo.

Conforme observa Mitjans Martínez (2005), o desenvolvimento desse paradigma incitou a necessidade de buscar caminhos epistemológicos e metodológicos para a compreensão da subjetividade, considerando a complexidade de seus processos, o que levou ao desenvolvimento da Epistemologia Qualitativa, uma proposta teórica e metodológica para compreender essa subjetividade.

A Epistemologia Qualitativa é um processo dialógico de construção e comunicação do conhecimento que resgata o papel ativo do pesquisador na produção e interpretação das informações. Constitui-se como um modelo alternativo ao paradigma positivista e possibilita uma profícua reflexão sobre o sujeito da pesquisa e os processos relacionais que ocorrem nos contextos dessas interações. Assim, não tem como objetivo provar ou refutar hipóteses, mas produzir conhecimento a partir da complexidade da subjetividade humana presente nas informações que são construídas e interpretadas durante o desenvolvimento da pesquisa (González Rey, 2010, 2011).

Seus princípios teóricos fundamentais são: (1) o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, ou seja, trata-se de uma produção humana e não uma

apropriação linear da realidade. O momento empírico passa a ser considerado como um dos elementos constitutivos do processo investigativo, cuja ênfase está na relação dialógica entre o pesquisador e o sujeito investigado; (2) o caráter interativo do processo de produção do conhecimento, pois é nessa relação dialógica que emergem as possibilidades de expressão do sujeito estudado frente ao contexto da pesquisa, o que implica também a participação do pesquisador para construir indicadores a partir dessa relação e (3) a singularidade como legítima para a produção do conhecimento, o que significa que processos de significação construídos por investigações com uma quantidade restrita de sujeitos contribuem qualitativamente para a construção teórica sobre o tema (Gonzalez Rey, 2010, 2011).

Para além das constatações imediatas do momento empírico, as respostas pretendidas para o estudo da subjetividade estão tecidas numa complexa teia de informações que atravessam todo o processo da pesquisa e ganham relevância no contexto que a produz. Assim, torna-se impossível descrever a realidade estudada por meio de leis gerais e universais (González Rey, 2010). Para o autor, a legitimidade da informação está em estreita relação com o modelo teórico adotado, que vai se desenvolvendo ao longo do processo da pesquisa. O que legitima essa informação, nesse caso, não é o critério empírico ou instrumental, mas o processo mesmo da produção do conhecimento ao longo da pesquisa.

O modelo como produção teórica em processo, o qual acompanha a pesquisa, é inseparável de uma posição ativa e produtiva do pesquisador que ao assumir-se como sujeito da pesquisa, deve superar a imagem de coletor de dados que tem dominado o imaginário da pesquisa científica (González Rey, 2010, p. 119).

Nessa perspectiva, os instrumentos utilizados deixam de ser um produtor de dados para atuarem como facilitadores da comunicação entre o pesquisador e o sujeito

investigado, valorizando os processos dialógicos e comunicacionais presentes ao longo da pesquisa. O pesquisador deixa o lugar de arguidor, de fazedor de perguntas, para assumir uma posição de diálogo e comprometimento com os sujeitos estudados. As informações tecidas nesse processo são valorizadas pela sua própria expressão (González Rey, 2005b).

Um termo importante definido no método construtivo-interpretativo são as zonas de sentido. Trata-se de espaços de inteligibilidade produzidos durante a pesquisa, que podem ser aprofundados à medida que o pesquisador amplia o campo de construção teórica. A contribuição epistemológica desse termo está na sua capacidade de gerar novas zonas de inteligibilidade e de integrá-las a novos modelos e novos conhecimentos, permanentemente em construção (González Rey, 2010).

O modelo teórico consiste em ideias produzidas pelo pesquisador à medida que elas vão se integrando às informações articuladas com uma construção teórica, a partir da tensão permanente entre o momento empírico e a produção intelectual do pesquisador, mas que se constitui de significações produzidas não evidentes nos fatos. Por esse motivo, as questões do pesquisador estão em constante tensão com o momento empírico da pesquisa e o modelo teórico em desenvolvimento vai se ampliando, de acordo com seus objetivos, alcance e complexidade (González Rey, 2010).

A comunicação entre sujeito pesquisador e sujeito investigado assume valor epistemológico e os instrumentos utilizados serão sempre influenciados pelas necessidades do pesquisador durante esse processo dialógico. Conforme González Rey (2011, p. 80) afirma “*o instrumento é uma ferramenta interativa, não uma via objetiva geradora de resultados capazes de refletir diretamente a natureza do estudado independentemente do pesquisador*”.

Nesse paradigma, para que os instrumentos utilizados durante a produção das informações sejam válidos, alguns critérios são observados (González Rey, 2010):

- Os instrumentos representam o meio pelo qual o pesquisador provoca a expressão do sujeito, eles facilitam a expressão de informações e não de respostas pontuais.
- Os instrumentos representam apenas uma fonte de informação, distinta de qualquer categoria definida a priori.
- Os instrumentos não são via de produção de resultado em si mesmo, mas de informações que se reafirmarão no sistema completo de informações.
- Os instrumentos apoiam-se em expressões simbólicas diferenciadas das pessoas e adquirem maior valor aquelas que se constituem como vias preferenciais para expressão dos sujeitos.
- Os instrumentos facilitam a expressão de sentidos subjetivos quando implica o sujeito emocionalmente.
- Os instrumentos não seguem regras padronizadas de construção porque não é a padronização que facilitará a produção de sentido dos sujeitos estudados.

A Epistemologia Qualitativa corrobora com a proposta desta investigação, que pretendeu apreender a significações produzidas nos diálogos e interações entre os adolescentes participantes de um grupo educativo, valorizando a comunicação como uma via privilegiada para o acesso a essas significações. Os instrumentos utilizados neste estudo foram criativamente empregados de modo que pudessem fazer sentido para os adolescentes participantes e para a pesquisadora. Os resultados que compõem a análise das informações produzidas estão intrinsecamente implicados no próprio curso da pesquisa e nas demandas que foram emergindo ao longo do processo.

É importante destacar que esse paradigma permite ao pesquisador um posicionamento ativo e ético na construção e interpretação das informações, o que significa que os questionamentos, reflexões e interpretações do pesquisador são marcados por sua história de vida, crenças, valores e experiências pessoais e precisam ser explicitados (González Rey, 2010).

Com base nos pressupostos citados, a metodologia utilizada nesta investigação cumpriu então dois propósitos: favoreceu um espaço dialógico de troca de saberes e experiências, relacionado ao processo do adolescer e, ao mesmo, subsidiou a produção do conhecimento sobre adolescência e promoção da saúde.

## Capítulo 5

### Objetivo geral, objetivo específico e questões norteadoras

Este estudo teve como objetivo principal compreender a concepção de adolescência e promoção da saúde para os participantes de um programa de atenção integral à saúde, tomando como base a experiência de um grupo educativo.

Os objetivos específicos foram:

- Conhecer a concepção de adolescência e promoção da saúde para os participantes do Programa Adole-Ser;
- Possibilitar um espaço de comunicação e diálogo com vistas à promoção da saúde dos participantes.

Lembramos que a definição operacional dos objetivos e problema de uma investigação baseada na Epistemologia Qualitativa, não se dá num momento estático do processo da pesquisa. Conforme argumenta González Rey (2011, p. 72), o problema de pesquisa “*não necessita ser definido perfeitamente no momento inicial da pesquisa*”, essa definição operacional representa uma aproximação daquilo que o pesquisador deseja investigar, cujas construções remeterão a diversas direções e formas. Desse modo, as reflexões presentes neste estudo não esgotam as possibilidades de construções e interpretações sobre o tema, mas, se articulam com o objetivo proposto por meio das seguintes questões norteadoras:

- Como os adolescentes participantes de um programa de atenção integral à saúde compreendem a adolescência e promoção da saúde?
- Como a intervenção proposta contribui para a promoção da saúde dos participantes?

## **Capítulo 6**

### **MÉTODO**

#### **6.1. O contexto da pesquisa**

A Região Administrativa do Gama é uma das cidades-satélites do Distrito Federal situada a 33 km de Brasília. Dentre as 15 regiões administrativas, ocupa o 4º lugar em número de habitantes na faixa etária dos 10 aos 24 anos. De seus 135.723 habitantes, 27% (36.912) são adolescentes e jovens entre 10 a 24 anos, sendo 12.496 com idade entre 10 a 14 anos, 12.314 com idade entre 15 a 19 anos e 12.102 com idade de 20 a 24 anos. (CODEPLAN, 2011).

O atendimento a essa população é coordenado pelo Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (NASAD), órgão técnico e normativo da SES-DF responsável pelo planejamento e coordenação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos adolescentes do Distrito Federal. Entre suas linhas de atuação está o Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (PRAIA), desenvolvido de modo autônomo por suas equipes locais nas 15 regiões administrativas (NASAD, 2011).

##### **6.1.1. O Programa Adole-Ser**

Na Regional de Saúde do Gama, o PRAIA, ou Programa Adole-Ser, como é denominado por seus integrantes, executa as ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos adolescentes por meio do atendimento biopsicossocial. Desde 2009, a partir da parceria de profissionais sensibilizados pela carência de serviços oferecidos a esse público, o Adole-Ser se efetivou como uma proposta de atendimento

integral à saúde dos adolescentes e conta com a parceria de aproximadamente 25 profissionais de nível médio e superior lotados nos sete Centros de Saúde da referida regional. Dentre eles estão agentes de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiro, psicólogo e médicos (Adole-Ser, 2011).

Com base na teoria sistêmica, da complexidade e a perspectiva histórico-cultural do desenvolvimento, o programa concebe o adolescente como um sujeito cuja personalidade se desenvolve ao longo de inter-relações que ocorrem de forma dinâmica com o meio sociocultural em que vive, modificando e sendo modificado por ele. Com base nessa visão de homem, o atendimento psicossocial oferecido aos adolescentes e seus familiares e/ou cuidadores tem os seguintes objetivos:

- Conhecer o contexto familiar/social;
- Conhecer a história familiar pregressa e as relações familiares atuais;
- Fazer um diagnóstico situacional;
- Prevenir agravos através de educação e construção do conhecimento sobre saúde;
- Auxiliar o adolescente em seu processo de autonomia, projeto de vida, autocuidado;
- Auxiliar a família a lidar com as questões que emergem na adolescência e criar um canal de comunicação amoroso, porém com limites e autoridade;
- Rastrear transtornos psíquicos no adolescente e em seus cuidadores mais próximos, tratar os agravos identificados e encaminhar quando necessário;
- Realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento;
- Diagnosticar e tratar doenças comuns nessa faixa etária;
- Trabalhar para uma adolescência mais sadia e, conseqüentemente, futuros adultos capazes, instruídos, críticos, criativos e éticos.



As ações desenvolvidas consistem em acolhimento com escuta qualificada, consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD), consultas ginecológicas, acompanhamento nutricional, psicoterapia, oficinas, grupos educativos para pais, grupos multifamiliares e grupos educativos de adolescentes, além de encaminhamentos realizados aos parceiros da rede de atenção do DF (Adole-Ser, 2011).

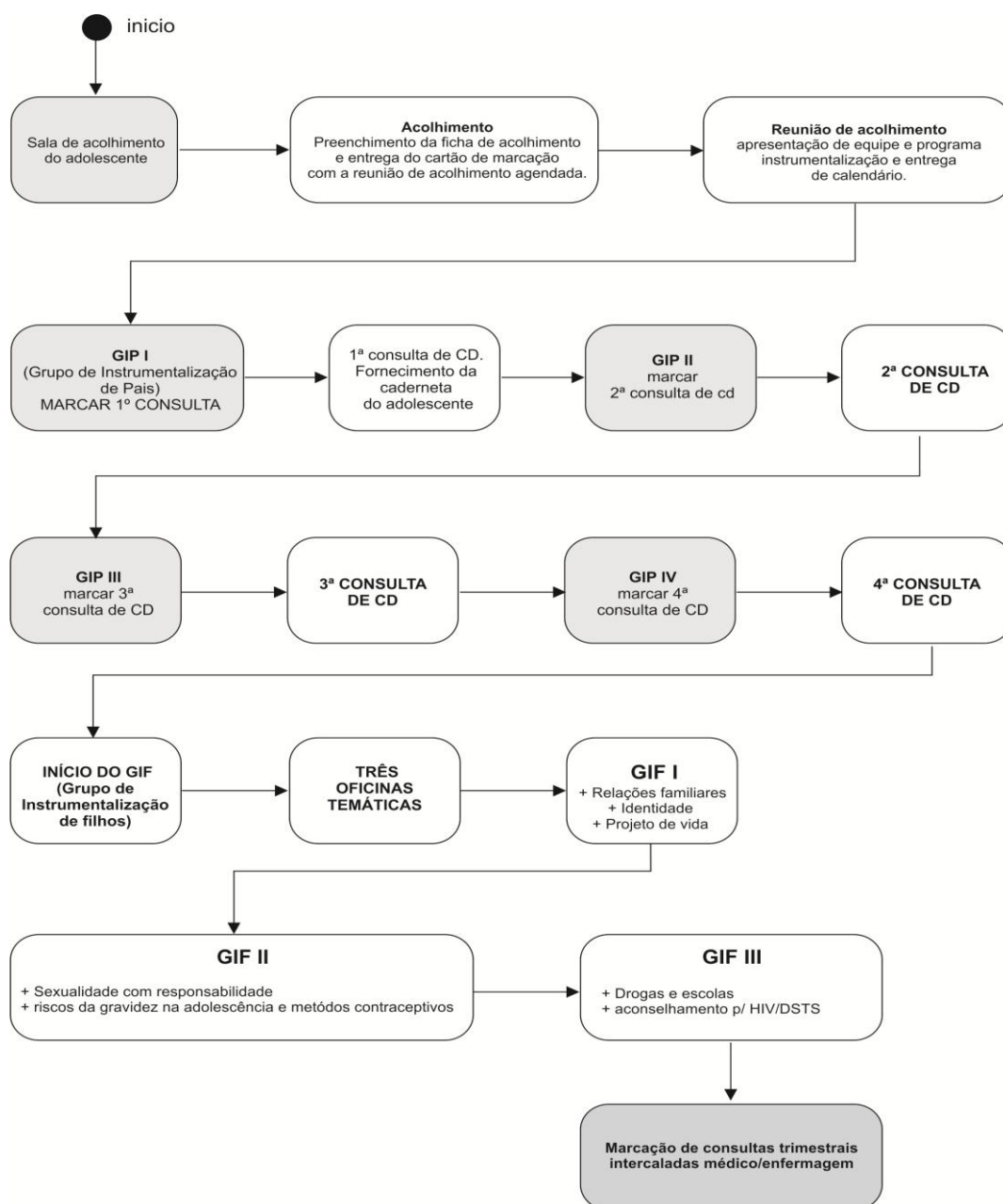
O primeiro contato do adolescente com o programa é a sala de acolhimento do adolescente (SAAD), espaço físico destinado ao contato inicial entre o profissional e o adolescente e/ou família. Nessa ocasião, é realizada a inscrição do adolescente no programa e agendada a reunião de acolhimento com os pais. No momento da marcação dessa reunião, preenche-se uma ficha de acolhimento e é fornecido ao adolescente ou cuidador, o cartão de marcação específico da SAAD.

Em seguida, os pais participam de uma reunião de acolhimento que ocorre quinzenalmente ou de acordo com a rotina da unidade. Ao participar dessa reunião, é marcada a primeira consulta individual para o adolescente. Os pais devem participar de no mínimo cinco encontros grupais, sendo uma reunião de acolhimento e quatro encontros grupais subsequentes. Esses grupos, denominados grupos de instrumentalização de pais (GIPs), são baseados na metodologia proposta pelo guia de orientação “A arte de construir relações amorosas na família” (Bezerra & Linhares, 2006). A proposta é que os pais compartilhem suas dificuldades e treinem a prática das cinco atitudes propostas pela cartilha, com vistas a conquistar a adesão do adolescente no atendimento, bem como facilitar a comunicação no interior da família em relação às queixas relatadas pelos pais.

Após a participação dos pais nos cinco encontros grupais, o adolescente é inserido nos grupos de instrumentalização de filhos (GIFs) ou em oficinas específicas, se estiverem ocorrendo. Ao término da participação do adolescente nos grupos previstos, a

marcação de retornos é trimestral e participação intercalada entre médico e enfermeira. Ao completar três faltas consecutivas, a inscrição do adolescente no programa é cancelada, demandando uma nova inscrição através da reunião de acolhimento.

Embora haja essa rotina de atendimento, o adolescente que apresente uma queixa pontual diferente da procura por consulta de rotina é priorizado independente do fluxograma. O retorno às consultas médicas (resultados de exames ou reavaliações) é marcado na SAAD ou a critério médico. O fluxograma a seguir mostra como está planejado esse atendimento oferecido pelo programa:



O programa Adole-Ser atende a demanda espontânea de adolescentes e familiares que procuram o Centro de Saúde. A SAAD (sala de acolhimento) funciona permanentemente e faz acolhimento dos participantes conforme eles procuram pelo serviço. A porta de entrada, ou, o primeiro contato do programa com o adolescente, na maioria das vezes, acontece por meio do familiar, que procura a equipe de saúde em busca de orientações sobre problemas relacionados à comunicação e diálogo na família, baixo rendimento escolar e problemas psicológicos.

Os registros dos prontuários mostram que esses adolescentes residem com os pais ou parentes, frequentam a escola, participam desde crianças das consultas médicas e, apesar de morarem numa cidade satélite em que há elevado índice de criminalidade as principais queixas relatadas pelos adolescentes referem-se a problemas familiares e baixo rendimento escolar.

Em geral, eles são encaminhados para o Programa Adole-Ser pelos pais, e apresentam num primeiro momento dificuldades de aderirem aos serviços propostos. Nesse aspecto, o fluxograma de atendimento, que propõem a inclusão da família durante todo o atendimento e a conscientização coletiva da importância dessa participação, auxilia na compreensão e desmistificação da imagem do adolescente, como o causador ou o responsável pelas queixas que geram a demanda do atendimento.

## **6.2. Os adolescentes participantes**

Foram convidados 16 adolescentes para participarem da pesquisa. Desses, quatro não compareceram ao primeiro encontro e dois desistiram ao longo da realização dos grupos, que finalizaram com 10 adolescentes de ambos os sexos, com idade entre 13 e 19 anos, participantes do Programa Adole-Ser da Regional de Saúde do Gama (DF). Ao

longo da realização dos grupos, seis adolescentes participaram também das entrevistas semiestruturadas; os demais não compareceram às entrevistas.

Abaixo segue uma breve caracterização dos participantes mostrando a idade, sexo, o nível de escolaridade e a composição da família:

**Tabela 1. Caracterização dos participantes por idade, sexo, escolaridade e configuração familiar.**

<b>Participante*</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Composição familiar</b>
<b>Amanda</b>	13 anos	F	7º ano do EF	Mãe e padrasto
<b>Rafael</b>	14 anos	M	9º ano do EF	Mãe, avós maternos e irmãos
<b>Geisa</b>	14 anos	F	1º ano EM	Mãe, pai e irmãos
<b>Marcos</b>	14 anos	M	1º ano do EM	Mãe, pai e irmãos
<b>Valter</b>	14 anos	M	5º ano do EF	Mãe, padrasto, irmão e cunhada
<b>Natalia</b>	15 anos	F	8º ano do EF	Mãe e irmãos
<b>Karla</b>	15 anos	F	7º ano do EM	Mãe, pai e irmão
<b>Daniela</b>	15 anos	F	1º ano do EM	Mãe, pai e irmãos
<b>Fábio</b>	19 anos	M	2º ano do EM	Mãe, padrasto e irmão
<b>Douglas</b>	19 anos	M	2º ano do EM	Mãe, pai e irmão

\* Os nomes dos participantes são fictícios para proteger sua identificação.

### **6.3. Critérios para seleção dos participantes**

Em reunião com a coordenadora do Programa, a pesquisadora definiu que seriam convidados no máximo 16 adolescentes para participação nos grupos. Tal critério está em consonância com a literatura consultada, cujos relatos apontaram em média, de 10 a 20 participantes nesses tipos de intervenção (Déa, Santos, Itakura & Olic, 2004; Faustini, Novo, Cury & Juliano, 2003; Silva, Oliveira & Franco, 1998).

Adolescentes diagnosticados em seus prontuários com psicopatologias ou distúrbios comportamentais não foram incluídos nesse estudo pelo fato de a metodologia prevista para os grupos requererem outro tipo de planejamento.

Cada Centro de Saúde sugeriu a participação de dois adolescentes, indicados pelos profissionais responsáveis pela sala de acolhimento ao adolescente nessas unidades, observando-se os critérios a seguir:

- Ambos os sexos;
- Idade entre 15 a 19 anos;
- Disponibilidade de participação no horário contrário ao turno escolar.

A faixa etária entre 15 a 19 anos foi delimitada a partir da revisão bibliográfica realizada, que mostra como adolescentes entre 10 a 14 anos têm interesses e dúvidas distintos, especialmente no que concerne às questões relacionadas à sexualidade, um dos temas abordados durante os grupos. Assim, para propiciar um ambiente acolhedor aos participantes, optou-se por trabalhar com apenas um grupo etário.

Porém, quando da seleção dos participantes, as profissionais responsáveis pela sala de acolhimento ao adolescente nos Centros de Saúde trouxeram a valiosa informação de que dentre os participantes convidados existia sujeitos com idade inferior a 15 anos de idade, com uma vivência afetiva, familiar e sexual diferente da maioria dos demais adolescentes de sua faixa etária. Por isso, o grupo contemplou a faixa etária de 13 a 19 anos.

#### **6.4. Instrumentos**

Para responder às questões levantadas, a integração de alguns instrumentos mostrou-se importante para a compreensão dos sujeitos estudados. Foram realizados: (1) grupos temáticos ofertados pelo Programa Adole-Ser e (2) entrevistas semiestruturadas, que complementaram as informações produzidas durante os grupos temáticos sobre adolescência e promoção da saúde. Além disso, a (3) observação participante e os (4) registros do diário de campo que auxiliaram a compreensão do contexto estudado. A descrição e a aplicabilidade desses instrumentos seguem ao longo da descrição dos procedimentos.

## 6.5. Procedimentos

Descrever o momento empírico dessa investigação é um desafio, pois, ao mesmo tempo em que pretendemos discorrer sobre os instrumentos utilizados com clareza e objetividade, corremos o risco de incorrer num relato reducionista, excluindo elementos importantes que constituíram toda a pesquisa. A começar da minha inserção no campo, como profissional integrante da equipe multiprofissional de atendimento, que propiciou a reflexão, questionamentos e o desejo de investigar a subjetividade de adolescentes participantes de um programa de atenção integral à saúde.

Pelo fato de fazer parte da equipe de atendimento, o acesso à coordenação do Programa Adole-Ser foi facilitado e constituiu-se como a primeira etapa do momento empírico. Depois de receber as explicações sobre os objetivos da pesquisa e os instrumentos que seriam utilizados, a coordenadora autorizou por escrito o desenvolvimento das atividades e sugeriu a participação de uma servidora que atuou como auxiliar de pesquisa.

Na sequência, o projeto de pesquisa foi encaminhado à Diretoria de Regional de Saúde do Gama e, posteriormente, ao Comitê de Ética da FEPECS, para apreciação e aprovação. Paralelamente, a pesquisadora realizava discussões com a auxiliar de pesquisa, para capacitação sobre os princípios teóricos norteadores da pesquisa, estudos de textos científicos sobre a concepção de adolescência e promoção da saúde e as Diretrizes do Ministério da Saúde para a Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes (2010). Tais discussões ocorreram em três encontros semanais, com duração total de 12 horas. A auxiliar de pesquisa participou de todas as etapas do planejamento e da avaliação que era realizada com a pesquisadora após cada grupo.

### **6.5.1. Contato inicial com os participantes**

Fizemos contato telefônico com os pais dos adolescentes indicados para participarem da pesquisa, para prestar esclarecimentos sobre os objetivos da investigação e termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) que foi entregue em duas vias para assinatura no primeiro encontro. Antes de iniciar as atividades neste encontro, conversamos pessoalmente com os pais que compareceram ao local dos grupos e esclarecemos outras dúvidas apresentadas sobre duração, frequência e as atividades que seriam desenvolvidas.

### **6.5.2. Os grupos temáticos**

Após aprovação pelo Comitê de Ética, iniciamos a construção das informações com os adolescentes. Primeiramente, eles foram convidados por telefone a comparecerem ao auditório do Núcleo de Estudos e Pesquisas (NEPS) do Hospital Regional do Gama (HRG) a fim de receberem as informações sobre a pesquisa. Esse local foi escolhido por ter uma localização geográfica central na cidade, o que facilitaria o acesso dos participantes. Nessa ocasião, a maioria dos adolescentes compareceu desacompanhada, o que levou a pesquisadora a retornar as ligações aos seus pais ou responsáveis, para oferecer esclarecimentos sobre a pesquisa e o preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido.

A metodologia grupal baseada no método sociodramático (Nery, Costa & Conceição, 2006; Nery, 2012) foi utilizada, pois, além de fornecer informações importantes para o tema pesquisado, possibilitou também um espaço para trocas e diálogos, vivência de experiências relacionadas ao processo de adolescer e a construção coletiva de outras

possibilidades de ação sobre essas vivências. Fez-se uso de atividades como jogos, brincadeiras, dramatizações e dinâmicas que facilitaram a participação, reflexão e compreensão dos temas abordados pelos participantes, enfatizando-se para análise, as construções sobre adolescência e promoção da saúde, tema central dessa investigação.

Além disso, a pesquisa bibliográfica realizada mostrou que as atividades grupais com adolescentes nesse contexto, além de serem um importante veículo de comunicação, pode também contribuir para a mudança de comportamento dos atores envolvidos (Déa, Santos, Itakura & Olic, 2004; Oliveira, Frechiane, Silva & Maciel, 2009; Santos, Quintanilha, Dalbello-Araújo, 2010; Silva & Murta, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2010), as atividades grupais de educação em saúde têm primazia nessa faixa etária, pois *“o grupo é um espaço privilegiado para a promoção da saúde e prevenção de agravos”* (p. 79).

Nesta pesquisa, os grupos temáticos foram os principais instrumentos utilizados para a produção das informações. As informações produzidas pelos outros instrumentos foram agregadas às produções dos grupos, durante o processo de análise.

Cada grupo durou aproximadamente duas horas. Foram realizados seis encontros com datas previamente agendadas e propostas aos participantes durante o primeiro encontro, conforme a disponibilidade do espaço físico reservado. Por esse motivo, a periodicidade do grupo, inicialmente prevista para ser semanal, teve que ser alterada para quinzenal.

Com base na leitura de manuais, documentos técnicos, pesquisas e publicações relacionadas ao atendimento integral à saúde de adolescentes (Brasil, 2007; Diskin, 2006; Lopes, et al. 2006; Murta, 2008; Ruzany, 2008; Yozo, 1995) elaboramos um roteiro para as ações que foram desenvolvidas. Por se tratar de adolescentes participantes de um programa de atenção integral à saúde, os temas abordados contemplaram também as



Diretrizes do Ministério da Saúde para Atendimento Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (Brasil, 2010). A Tabela 2 mostra o planejamento dos grupos temáticos:

**Tabela 2.** Planejamento dos grupos temáticos de acordo com tema, objetivos e procedimentos.

<b>Grupos</b>	<b>Tema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Procedimentos</b>
<b>Grupo Temático 1</b>	Acolhimento, apresentação da pesquisa e contrato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar a pesquisa aos adolescentes.</li> <li>• Propiciar um ambiente acolhedor para estimular a adesão ao grupo.</li> <li>• Estabelecer o contrato.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Boas vindas e apresentação da pesquisa.</li> <li>2. Aquecimento: dinâmica do balão.</li> <li>3. Construção de um cartaz com as regras de funcionamento do grupo.</li> <li>4. Entrega e assinatura do TCLE.</li> </ol>
<b>Grupo Temático 2</b>	Refletindo sobre minha identidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refletir sobre a adolescência.</li> <li>• Possibilitar o autoconhecimento.</li> <li>• Refletir sobre o conceito de identidade e autoestima.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Boas vindas.</li> <li>2. Aquecimento: autoapresentação com o barbante.</li> <li>3. Dinâmica: o jogo da autoestima.</li> <li>4. Processamento: roda de conversa.</li> </ol>
<b>Grupo Temático 3</b>	Relações familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refletir sobre a importância das relações familiares.</li> <li>• Buscar soluções para os conflitos.</li> <li>• Sensibilizar sobre a mútua cooperação para a saúde da sua própria família.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Boas vindas.</li> <li>2. Aquecimento: vídeo da música “Família (Titãs)” e perguntas sobre família.</li> <li>3. Dinâmica: histórias sobre famílias.</li> <li>4. Processamento: roda de conversa.</li> </ol>
<b>Grupo Temático 4</b>	Projeto de vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir o conceito de projeto de vida.</li> <li>• Estimular o planejamento de objetivos.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Boas vindas.</li> <li>2. Aquecimento: trabalho individual meu presente e meu futuro.</li> <li>3. Dinâmica: planejando meu futuro.</li> <li>4. Processamento: apresentação das produções.</li> </ol>
<b>Grupo Temático 5</b>	A adolescência: conceito, riscos e proteção	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir sobre a adolescência e as situações que ameaçam sua integridade.</li> <li>• Incentivar o autocuidado.</li> <li>• Conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas diante das situações de risco.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Boas vindas.</li> <li>2. Aquecimento: produção de um texto sobre “Adolescência é...”.</li> <li>3. Dinâmica: foto-linguagem.</li> <li>4. Processamento: roda de conversa.</li> </ol>

<b>Grupo Temático 6</b>	Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refletir sobre a noção de corporalidade e sexualidade na adolescência.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aquecimento: “Chuva de ideias” (O que vem à sua cabeça quando escuta a palavra “sexualidade”)</li> <li>2. Dinâmica: distribuição de perguntas-problema para discussão nos subgrupos.</li> <li>3. Processamento: roda de conversa.</li> <li>4. Questionário avaliativo.</li> </ol>
-------------------------	---	--	---

Vale lembrar que de acordo com o Fluxograma de Atendimento à Saúde Integral do Adolescente, estão previstas três oficinas com duração de quatro horas cada para a oferta das atividades de promoção da saúde. Porém, devido à diversidade de temas que poderiam ser discutidos com os participantes, a pesquisadora sugeriu que para a realização da pesquisa ocorressem seis grupos temáticos com duração de duas horas para cada encontro. Essa sugestão foi acatada pela coordenação do programa e posteriormente adotada como rotina para o fluxograma de atendimento.

#### 6.5.2.1. Procedimentos dos grupos temáticos

Os grupos foram realizados no período de abril a julho de 2011. As atividades foram desenvolvidas com o auxílio de diferentes instrumentos como dinâmicas, apresentação de músicas, debates, jogos e dramatizações, estruturados de acordo com os pressupostos da metodologia sociodramática para a realização de grupos, os quais prevêem as seguintes etapas: aquecimento inespecífico, aquecimento específico, dramatização e compartilhar (Nery, Costa, & Conceição, 2006; Nery, 2012).

O aquecimento inespecífico consistia no *rappor*t e acolhimento dos participantes com conversas informais e descontraídas sobre o cotidiano dos adolescentes, eventos ocorridos na semana anterior ou qualquer outro assunto de interesse dos adolescentes. No aquecimento específico era feita a abordagem prévia dos temas, com uma dinâmica

breve, que possibilitava aos adolescentes expressarem suas expectativas e conhecimento em relação ao tema. Durante a terceira etapa, a dramatização, aqui nomeada de dinâmica, realizamos jogos, brincadeiras e/ou exercícios facilitadores do tema proposto e, por fim, durante o processamento, denominado pelo grupo de roda de conversa, os participantes discutiam sobre aspectos relevantes percebidos durante a dinâmica.

Com base no TCLE, as atividades foram gravadas utilizando o *software* livre *Audacity* (versão v.1.2.6), instalado no computador e depois foram transcritas para subsidiarem a produção das informações. As atividades planejadas para cada encontro foram baseadas em diferentes manuais, livros, estudos e cartilhas que apontam experiências exitosas de intervenções grupais com adolescentes, com vistas à promoção da saúde. Elas podem ser encontradas nas seguintes fontes bibliográficas: Brasil, 2007; Diskin, 2006; Lopes, et al. 2006; Murta, 2008; Ruzany, 2008 e Yozo, 1995.

O primeiro encontro teve como objetivo apresentar a proposta da pesquisa aos adolescentes, orientar quanto aos procedimentos técnicos e éticos previstos e estabelecer o contrato para melhor convivência entre os participantes. Foi realizado um jogo de autoapresentação com balões e na sequência, utilizando recortes de revistas e organizados em dois subgrupos, eles discutiram e construíram coletivamente um cartaz com as regras de convivência entre os participantes. Ao final, um dos participantes de cada grupo voluntariou-se para a apresentação do cartaz com as regras e os demais complementaram suas opiniões sobre os significados dos recortes por eles escolhidos. Durante a discussão sobre essas regras, pude explorar as expectativas e dúvidas dos adolescentes em relação às atividades.

No segundo encontro, eles construíram um autorretrato utilizando apenas uma folha em branco e cola branca. Primeiro, foram lidas 10 pequenas frases exemplificando situações sociais que poderiam ser vivenciadas de modo desagradável. Essas frases

foram: (1) uma briga com seu pai ou sua mãe; (2) seu professor não aceitou o trabalho que você fez; (3) seus amigos saíram e não te convidaram; (4) um amigo contou um segredo seu; (5) surgiu um boato, ou fofoca envolvendo seu nome; (6) você gosta de um menino(a) e não é correspondido; (7) você está andando na rua e um grupo de colegas ri da sua roupa; (8) suas notas na escola foram ruins; (9) seus amigos esqueceram do seu aniversário; (10) você arrumou todo o quarto e seus pais não notaram. Conforme eles avaliassem que tais situações seriam prejudiciais, deveriam rasgar o papel de modo que simbolizasse a importância do exemplo.

Em seguida, eram lidas 10 frases contendo exemplos de prováveis situações sociais agradáveis, que provavelmente favoreciam o que eles pensavam sobre si mesmos: (1) um amigo pediu um conselho sobre um assunto delicado; (2) seu pai te beijou e disse o quanto se importa com você; (3) você ganhou exatamente o presente que pediu no dia do aniversário; (4) seus amigos notaram que você mudou o penteado e elogiaram; (5) você foi escolhido para ser o líder do grupo no trabalho da escola; (6) você está apaixonado (a) e é correspondido; (7) seus amigos disseram que gostam da sua companhia; (8) seus pais te elogiaram para os parentes; (9) você tirou excelentes notas na escola; (10) seus pais notaram que você arrumou o quarto.

Os adolescentes deveriam colar novamente essa folha de papel, buscando um melhor formato. Ao final, eles compartilhavam voluntariamente o que sentiram ao participar dessa atividade.

Algumas questões foram levantadas pela pesquisadora durante o processamento da atividade: como eu me vejo? Quais são minhas maiores dificuldades? O que é possível aprender com elas? E o que eu tenho de melhor? Como são minhas relações e de que maneira elas me afetam? Por quê? O que eu posso fazer para preservar e cuidar de mim mesmo?

Do segundo para o terceiro encontro houve um intervalo de três semanas em função de um feriado nacional e do calendário das datas disponíveis para utilização do auditório. Por isso, a pesquisadora achou conveniente sugerir um exercício para casa, a fim de motivar os participantes a continuarem envolvidos com o grupo. Eles foram orientados a fazer uma entrevista com um adolescente e um adulto sobre o tema “família”. Para isso, receberam um roteiro com as seguintes perguntas: como é a sua família? Como é viver nessa família? O que você mais gosta na sua família? O que você mudaria na sua família?

Essas perguntas funcionaram como aquecimento específico durante o terceiro encontro, em que cada adolescente compartilhou a atividade realizada. Um vídeo ilustrando a música denominada “Família” (Titãs, 1987), também foi utilizado para a aproximação com o tema; os participantes voluntariamente expressaram sua opinião sobre as respostas obtidas na entrevista e eram convidados a responderem a essas mesmas perguntas sobre sua própria convivência familiar. Durante o processamento à medida que eles compartilhavam e refletiam sobre suas experiências, a pesquisadora mediava a discussão sobre diferenças geracionais, famílias que oferecem proteção e famílias que oferecem risco e a importância do diálogo para resolução de conflitos.

O quarto encontro discutiu sobre futuro e projeto de vida. As atividades consistiam em preencher uma folha A4 individual, utilizando gravuras, desenhos ou palavras com os temas “Este sou eu” e “Este é meu futuro”. Abaixo do primeiro tema, eles elencaram características, gostos, sucessos alcançados, habilidades e abaixo do segundo tema, ilustraram eventos, sonhos, profissões ou desejos que simbolizassem o futuro. Após concluírem, eles receberam uma segunda folha para ser preenchida com a comparação entre os recursos dos quais dispunham no presente (ou não) e os recursos dos quais precisavam para tornar possível o futuro almejado. As discussões visavam à

reflexão sobre a necessidade de planejamento para o alcance dos objetivos elencados a partir do uso de recursos adequados para se alcançar essas metas.

No quinto encontro, os adolescentes discutiram sobre o conceito de adolescência, suas potencialidades e fragilidades. A produção de um texto intitulado “Adolescência é...” e a foto-linguagem foram recursos utilizados para provocá-los em relação ao seu próprio adolecer. Ao final, eles discutiam sobre os significados das figuras escolhidas e compartilhavam suas experiências de acordo com os temas que emergiam.

Por último, durante o sexto encontro, foi abordado o tema sexualidade e saúde reprodutiva. O grupo foi iniciado com a apresentação do vídeo “Aninha do Beto” (Brasil, 2004). Após o filme, os adolescentes escolheram num cartaz afixado em local visível uma pergunta, dúvida ou afirmação sobre o termo sexualidade e se organizaram em três subgrupos para discutirem tais questões. Cada subgrupo elegeu um relator que compartilhou com os demais participantes as opiniões e dúvidas relacionadas. As situações e perguntas disponibilizadas no cartaz foram: (1) não há maneiras para se planejar a própria vida, isso é tarefa do destino; (2) usar métodos contraceptivos é tarefa da mulher; (3) ficar grávida significa que a mulher está apaixonada e segura o namorado; (4) se eu tiver filhos agora, minha mãe toma conta; (5) usar camisinha “corta o clima”; (6) o que você entende por responsabilidade sexual? (7) como ficaria seus planos para o futuro se acontecesse uma gravidez não planejada? (8) o que você entende por planejamento familiar? (9) o que você sabe sobre métodos anticoncepcionais? (10) o que você sabe sobre DST e Aids? (11) sem penetração e ejaculação vaginal não há risco de gravidez; (12) um(a) adolescente precisa da autorização dos pais para solicitar métodos anticoncepcionais num serviço de saúde? (13) uma moça pode saber exatamente qual é o seu período fértil, a fim de evitar a gravidez.

A partir dessas frases, realizamos um debate sobre os mitos e verdades relacionados à vida sexual, papéis sexuais e expressão saudável da sexualidade. Durante o processamento, além de incentivar a discussão sobre o tema a partir das experiências que eles relataram também apresentamos as informações sobre prevenção das DSTs, realizamos uma apresentação sobre o uso do preservativo masculino, com os materiais disponibilizados pelo Programa Adole-Ser.

Ao final desse encontro, por iniciativa dos próprios adolescentes, foi realizada uma confraternização, ocasião em que eles trocaram *emails*, telefones e decidiram coletivamente como seria o desenvolvimento das atividades posteriores ao grupo. Eles solicitaram a continuidade daqueles encontros, e, juntamente comigo, optaram pela realização de grupos mensais até o final do ano, para discussão de temas como violência, namoro, emprego, família. Encerradas as atividades, agendei os encontros subsequentes que aconteceram nos meses de setembro, outubro e novembro de 2011.

### **6.5.3. A observação participante durante os grupos temáticos**

A observação participante está entre uma das técnicas mais utilizadas no contexto da pesquisa qualitativa. Desenvolvida inicialmente pelos estudos etnográficos em antropologia, esse método mostra-se importante para subsidiar a imersão do pesquisador no contexto da pesquisa, porque possibilita o envolvimento com o campo e os sujeitos estudados, a partir de reflexões significativas sobre as relações produzidas nesse espaço (Bauer & Aarts, 2002).

Seja como principal método de investigação ou associada a outros instrumentos, a observação participante estimula o contato interpessoal e legitima a participação do pesquisador no momento empírico da pesquisa, com suas impressões, experiências e

conhecimentos, que auxiliam no processo de construção e interpretação das informações (Bauer & Aarts, 2002).

Nesta investigação, minha participação ativa no campo da pesquisa se deu por meio da mediação das conversas realizadas entre os adolescentes durante os grupos, o que potencializou as observações referentes aos sujeitos investigados e à sua própria imersão no grupo. Ao final de cada grupo, eu realizava o registro das atividades, com as impressões, conclusões e questionamentos sobre as relações que estabelecíamos, de modo que essas anotações subsidiaram os registros do diário de campo.

#### **6.5.4. O diário de campo**

Após a realização de cada grupo, eu registrava num diário de campo as impressões e significações produzidas no contato com os adolescentes. Além disso, juntamente com a auxiliar de pesquisa, registrávamos nossas impressões e observações numa ficha descritivo-avaliativa (Apêndice B) e em seguida discutíamos o que era observado nos grupos e as impressões provocadas durante as atividades.

#### **6.5.5. As entrevistas**

Segundo Gaskell (2002), entrevistas são importantes instrumentos para a compreensão das relações entre os atores sociais e as situações com as quais estão envolvidos. Nesta investigação, as entrevistas semiestruturadas forneceram informações importantes de significações dos adolescentes sobre suas experiências e complementaram ou confrontaram aspectos importantes relacionados aos temas discutidos durante os grupos temáticos.



Além disso, foi possível conhecer melhor a narrativa dos participantes sobre seus contextos de interação, obter informações familiares, escolares, laborais e socioeconômicas, além de outras informações relevantes que não compareceram nas discussões grupais sobre as experiências vivenciadas pelos adolescentes.

As entrevistas aconteceram paralelamente à realização dos grupos, em datas previamente agendadas de acordo com a disponibilidade dos adolescentes, no ambulatório de Psicologia do HRG e, com base no termo de consentimento livre e esclarecido, foram gravadas e transcritas.

Dentre os 10 adolescentes participantes, quatro deles não compareceram às entrevistas, mas continuaram frequentando os grupos temáticos, fato que se constituiu como um importante elemento de reflexão para a pesquisadora, em vista de que, mesmo ausentes nas entrevistas agendadas, esses adolescentes participaram ativamente dos grupos. Entretanto, pelo fato de eles não terem participado da entrevista, optamos por não incluir nessa pesquisa suas produções pessoais, pois foi no momento da entrevista que abordamos com maior profundidade tais informações e os dados familiares.

Entendemos que por algum motivo, esses adolescentes não se sentiram motivados a serem entrevistados, mas, foram beneficiados com a intervenção proposta na pesquisa, já que não abdicaram dos grupos. Desse modo, um dos objetivos da pesquisa continuou a ser alcançado que foi promover um espaço de trocas e diálogo entre os sujeitos participantes.

#### **6.5.6. Responsabilidades éticas**

Em cumprimento à Portaria nº190/SES-DF de 23/09/2011 (que revoga a Portaria nº139 de 13/12/2005), esta pesquisa foi iniciada após aprovação dos dirigentes da

Regional de Saúde do Gama e da coordenadora do Programa Adole-Ser, com a respectiva submissão e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências Saúde (CEP/FEPECS-SES-DF) por meio da carta nº058/11-CEP/SES (ANEXO A).

Por se tratar de adolescentes atendidos por equipe multiprofissional da qual a pesquisadora é integrante, a fim de evitar vieses que não se referiam ao contexto da pesquisa, os adolescentes participantes foram selecionados pelas servidoras responsáveis pelo acolhimento e registro dos dados pessoais dos adolescentes nas salas de acolhimento do adolescente dos respectivos Centros de Saúde e, durante o período da pesquisa, eles não participaram de atendimento psicoterapêutico com a pesquisadora.

Esta pesquisa foi realizada observando-se tanto as normas de ética em pesquisa com seres humanos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, como as normas do Código de Ética Profissional do Psicólogo. O TCLE (Apêndice C) foi apresentando aos participantes e responsáveis, assinado em duas vias por ambos, sendo que uma delas foi entregue aos participantes. O caráter voluntário da participação, o sigilo das informações e a liberdade para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem penalidades foram explicados e citados no documento. Também foi solicitada a autorização para gravação e transcrição dos relatos dos participantes nos grupos e entrevistas.

Por se tratar de uma pesquisa em contexto de intervenção, mediante solicitação dos próprios adolescentes, no segundo semestre de 2011 foram realizados três encontros mensais com os participantes para a discussão de assuntos relacionados ao cotidiano e promoção de um espaço interativo entre eles.

Outra preocupação que tivemos foi a de continuar oferecendo atendimento para duas adolescentes que necessitavam de apoio e orientação individual sobre questões de

ordem familiar. Terminado o grupo, iniciamos o atendimento psicoterapêutico individual com essas participantes e continuamos acompanhando as adolescentes em atendimento multiprofissional. Uma delas encontra-se em atendimento psicoterapêutico até a presente data.

#### **6.5.7. A construção e interpretação das informações**

Para a pesquisa apoiada na Epistemologia Qualitativa, a produção e análise das informações seguem um curso dinâmico e aberto em todos os momentos da pesquisa e preserva seus princípios teóricos e epistemológicos: o caráter construtivo-interpretativo, a comunicação entre pesquisador e sujeitos estudados e a importância do singular no processo do conhecimento (González Rey, 2010, 2011).

Diferentemente da análise de dados extraídos diretamente da realidade, o autor propõe a construção de indicadores que integram os sentidos subjetivos produzidos pelo pesquisador por meio da interpretação realizada. A definição de um indicador pode tanto conduzir às mudanças no problema de pesquisa inicialmente definido, como pode fomentar a configuração de novos instrumentos. Por esse motivo, a pesquisa baseada na Epistemologia Qualitativa não se orienta para a busca de resultados finais, mas sim, para a produção de novos momentos teóricos que podem ser integrados ao conhecimento geral sobre determinado tema (González Rey, 2010).

Com base nesses princípios, inicialmente foi realizada a transcrição literal e leitura flutuante das discussões efetuadas nos grupos e entrevistas. Fez-e o recorte de aspectos significativos, que mostravam explícita ou implicitamente opiniões e posicionamentos relacionados à adolescência e promoção da saúde. Paralelamente foram realizadas as leituras dos registros feitos no diário de campo, decorrentes das observações e impressões obtidas.

Num segundo momento foram realizadas diversas leituras das transcrições e das anotações registradas no diário de campo, destacando-se as recorrências, contradições e singularidades presentes nas informações, buscando-se construir os indicadores que dessem sentido às informações. A proposta de organização dessas informações sugerida por Aguiar e Ozella (2006) embasou o modo como documentei essas informações.

As informações foram organizadas em cinco zonas de sentido, nas quais integro as significações sobre o processo de adolecer e a promoção da saúde. As informações foram construídas a partir das produções realizadas nos grupos, entrevistas, observações e diário de campo. As zonas de sentido construídas foram:

- a) Zona de sentido 1: A adolescência é mais do que sexo, drogas e rock n'roll.
- b) Zona de sentido 2: A família tem que aprender a adolecer com a gente.
- c) Zona de sentido 3: O projeto de vida começa agora. Agora?
- d) Zona de sentido 4: Em busca de um ideal de saúde.
- e) Zona de sentido 5: Porque sexualidade, antes de tudo, se expressa.

## Capítulo 7

### RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, apresento as construções e interpretações das informações geradas ao longo da pesquisa que elucidam os sentidos subjetivos construídos pelos adolescentes sobre sua vivência do processo de adolecer e a promoção da saúde, com as interlocuções realizadas durante a análise e interpretação das informações. No diálogo com essas produções, para fins didáticos, organizei as informações nas seguintes zonas de sentido:

- a) Zona de sentido 1: A adolescência é mais do que sexo, drogas e rock n'roll.
- b) Zona de sentido 2: A família tem que aprender a adolecer com a gente.
- c) Zona de sentido 3: O projeto de vida começa agora. Agora?
- d) Zona de sentido 4: Em busca de um ideal de saúde.
- e) Zona de sentido 5: Porque sexualidade, antes de tudo, se expressa.

Porém, antes da apresentação das informações considero necessária a reflexão sobre o processo mesmo de construção dos resultados. As reflexões feitas enquanto produzia essas informações talvez componham as principais significações que procurei construir sobre adolescência e promoção da saúde, cuja complexidade tornou-se crescente à medida que me permiti fazer as reflexões que ora apresento.

Digo “à medida que me permiti” porque compartilho da afirmativa de Mitjans Martínez (2005, p. 23) sobre a complexidade da teoria de González Rey a qual exige do pesquisador “*um esforço adicional*” para acompanhar as subversões que o autor faz à ciência tradicional. Nessa direção, destaca a autora, nem os processos dedutivos nem os processos indutivos permitem acompanhar a subjetividade em toda sua complexidade.

São necessárias complexas articulações desses processos por parte do pesquisador para que seja possível uma aproximação dos processos subjetivos que se pretende estudar.

De acordo com González Rey (2005b), a produção do conhecimento com base na Epistemologia Qualitativa é um processo construtivo-interpretativo, no qual o pesquisador dialoga com as informações levantadas durante a pesquisa, a partir de suas próprias ideias e subjetividade. Essa inseparabilidade entre as informações e o curso do pensamento do pesquisador é essencial para o modelo teórico que se desenvolve ao longo da pesquisa. Ao definir um indicador, o pesquisador não está impondo uma certeza a ser correlacionada com outras, mas está abrindo um caminho hipotético no qual os indicadores se reorganizarão várias vezes, conforme os rumos do processo de construção da informação.

O processo construtivo do pesquisador não é engessado como se formasse uma peça objetiva da informação, pelo contrário, os indicadores vão tomando formas diversas em função das construções teóricas cada vez mais abrangentes que o pesquisador vai desenvolvendo sobre o material produzido e que vão caracterizando o modelo teórico responsável pela inteligibilidade crescente do problema investigado (González Rey, 2005b, p. 49).

Ao longo desta pesquisa, especialmente durante o momento empírico e durante a construção dos resultados, tornou-se clara a necessidade de apresentar algumas questões que emergiram no processo mesmo de interpretação das informações. De início, hesitei em apresentá-las, talvez pela lacuna existente em minha formação acadêmica, refletida em duas dificuldades: a de pensar de forma complexa sobre a subjetividade e a de compreender que a prática profissional gera demandas legítimas de pesquisa que precisam, necessariamente, ser claramente expostas pelo pesquisador. Preencher essa lacuna demanda tempo e um investimento contínuo na minha formação como

pesquisadora e profissional, em que considero como primeiro passo, a apresentação deste trabalho.

Por esse motivo, considero pertinente refletir sobre minha implicação no processo de produção das informações e os questionamentos gerados ao longo da escrita dessa dissertação, que, se pensados à luz da Epistemologia Qualitativa, constituem-se como desdobramentos das zonas de sentido já apresentadas. Além disso, são também questões relevantes para pesquisas futuras.

Para González Rey (2011), a prática profissional do psicólogo está intensamente articulada com a pesquisa psicológica:

Quando o profissional começa a seguir o curso de suas ideias e a organizar sua prática com vistas a esse processo de produção de conhecimento, a prática se transforma em pesquisa científica. [...]. A prática só é incompatível com uma ciência neutra, não-participativa, verificadora e instrumentalista (p. 106).

Isso significa que o pesquisador não se divide para participar ora da prática profissional, ora da produção de conhecimento, ainda que esses contextos possuam formatos distintos. A prática profissional e a pesquisa estão relacionadas pelos fatos e ideias geradores das necessidades do processo de conhecimento, ou seja, pela condição subjetiva que lhes é inerente. Durante o curso da investigação, as reflexões do pesquisador constituem também o sentido subjetivo de suas reflexões em qualquer âmbito da prática profissional.

As ideias produzidas durante essa prática podem enriquecer o referencial empírico da pesquisa na medida em que fornecem informações importantes para as construções teóricas do pesquisador. Isso porque a produção conceitual sobre o tema estudado *“gera de forma permanente novas zonas de sentido no momento empírico”*

(González Rey, 2011, p. 103). Esse dinamismo é que permite ao pesquisador fazer uso das fontes de sua experiência para enriquecer o conhecimento produzido.

Conforme menciono no Capítulo 4, os grupos temáticos cumpriram a dois propósitos, os quais foram favorecer um espaço dialógico de troca de saberes e experiências, relacionado ao processo do adolescer e, ao mesmo tempo, subsidiar a produção do conhecimento sobre adolescência e promoção da saúde. Enquanto planejava as atividades que foram desenvolvidas ao longo dos grupos, deparei-me com a seguinte questão: como favorecer esse espaço de trocas se, no planejamento para execução das atividades com o grupo estou valorizando apenas os temas sugeridos pelas diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2010), sem de fato, conhecer se esses temas atendem às necessidades dos adolescentes com os quais vou dialogar?

O fato de esta pesquisa ter sido realizada no contexto de um programa de atenção integral à saúde influenciou a escolha dos temas discutidos com os grupos e, de certa, forma contemplou as *Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde* (Brasil, 2010). Mas esse questionamento levou-me a abordar outros temas, não referidos pelo documento. Nas diretrizes estão previstos os seguintes temas: participação juvenil, equidade de gêneros, direitos sexuais e reprodutivos, projeto de vida, cultura de paz, ética e cidadania, igualdade racial e étnica.

Mantive os temas sexualidade, projeto de vida e cultura de paz, este último abordado durante o grupo temático 5 em que discutimos sobre o adolescência, contextos de risco e proteção. Mas, para atender as próprias demandas que motivaram os pais desses adolescentes a procurarem os serviços oferecidos pelo Programa Adole-Ser, foi de extrema importância abordar os temas identidade e relações familiares entre os participantes. A essa altura, eu me questionava em que medida restringir a temática a ser



trabalhada com o grupo às diretrizes do MS contemplaria de fato as necessidades dos adolescentes. Se as ações de promoção da saúde buscam a autonomia das pessoas envolvidas e as incentivam na busca de soluções para os problemas locais, então devemos considerar como ponto de partida, conhecer quais são esses problemas.

Nesse grupo, os principais problemas identificados, tanto no registro dos prontuários, quanto no que percebi que os adolescentes foram emocionalmente mobilizados, eram de ordem familiar (conflitos entre pais e filhos, conflitos entre irmãos, funcionamento familiar disfuncional e problemas de comunicação). Isso se confirmou durante os grupos e entrevistas, quando eles ratificaram a importância da participação da família na constituição de sua autoimagem enquanto adolescentes.

Durante o primeiro encontro, quando foi apresentada a proposta dos grupos temáticos aos adolescentes, percebi como teria sido importante a realização de uma atividade paralela com os pais, ou mesmo a realização de outra modalidade de grupo, como os grupos multifamiliares. A maioria dos adolescentes compareceu desacompanhada ao grupo, o que soou muito mais como uma participação pouco efetiva da família nas atividades propostas pelo Programa Adole-Ser do que, como autonomia dos adolescentes para frequentarem as atividades.

Essa impressão foi confirmada quando, nos grupos seguintes, encontrei dificuldades para integrá-los de modo crítico e participativo nas atividades propostas. Essa configuração que o grupo tendia a tomar levou-me de encontro ao impasse: se a pesquisa em contextos de intervenção tem como pressuposto a promoção de formas criativas para transformação da realidade, como valorizar a ação e reflexão dos adolescentes? Os jogos, dinâmicas e dramatizações utilizadas com base na metodologia grupal sociodramática foram de grande auxílio porque facilitaram minha abordagem aos adolescentes baseada numa dupla ética: da pesquisa e também do

cuidado. Mais do que sujeitos investigados, os adolescentes eram também co-construtores das significações sobre o adolescer, sobre a família, sobre o fato de participar de um programa de atenção integral à saúde.

A dificuldade de conciliar as datas previstas para os encontros com o grupo e a adequação do espaço físico, impossibilitou a livre negociação com os adolescentes sobre a periodicidade das atividades. Entre o segundo e o terceiro encontro houve um intervalo de três semanas, que poderia ter comprometido a assiduidade dos participantes. Porém, durante o terceiro grupo, ocasião em que discutimos o tema “relações familiares”, os adolescentes compareceram mesmo sem terem sido contatados sobre o retorno das atividades.

Esse intervalo foi um período de tensão, pois juntamente com a auxiliar de pesquisa, decidi não fazer contatos telefônicos com os participantes, pois eles já haviam recebido um calendário com as datas das atividades, durante o primeiro encontro e no contrato estabelecido nessa ocasião, concordamos que ligaríamos se houvesse cancelamento das atividades. A decisão de não informá-los novamente sobre as datas do grupo foi baseada nesse contrato e também na informação, por parte da auxiliar de pesquisa, de que, para eles comparecerem às consultas individuais (previstas no fluxograma de atendimento do programa Adole-Ser), sempre era necessário um telefonema no dia anterior.

Questionei-me até que ponto essa prática não significava olhar para o adolescente como descomprometido, rebelde, que precisa sempre da tutela de um adulto para que se ele engaje nas responsabilidades propostas. Encarei como um desafio o fato de não avisá-los sobre o retorno das atividades. Embora não tenha sido objeto desta pesquisa a avaliação do processo grupal, considero como um dos indicativos de que as atividades contemplaram as necessidades dos adolescentes, o fato de eles frequentarem

assiduamente os encontros previstos, mesmo com essa lacuna existente no calendário previsto e ainda, quando da realização do último grupo, solicitarem a continuação das atividades no semestre seguinte.

O encontro no qual se discutiu sobre projeto de vida foi um dos momentos mais significativos, porque agregou as produções realizadas nos encontros anteriores sobre identidade e sobre família, mostrando que esses temas são indissociáveis e perdem sua riqueza se analisados em categorias isoladas.

Essa foi outra árdua tarefa para a construção desses resultados. Conforme assinala Mitjans Martínez (2005), a construção de categorias que deem conta de representar, construir e acompanhar uma realidade complexa é um desafio epistemológico para a Psicologia. Nesta pesquisa, o desafio foi não incorrer em categorias conclusivas, mesmos as que confirmem a orientação teórica adotada, mas em dialogar com as informações a partir dos indicadores construídos e incorporar novos sentidos ao conhecimento produzido sobre adolescência e promoção da saúde.

A essa altura havia duas possibilidades: analisar separadamente as produções realizadas em cada atividade (identidade, família, projeto de vida, sexualidade, adolescência) ou, reconhecendo que os sentidos subjetivos produzem entrelaçamentos múltiplos (González Rey, 2005b), buscar construir zonas de inteligibilidade para apreender as significações sobre o tema proposto.

A pesquisa qualitativa apoiada pela Epistemologia Qualitativa representa um modelo teórico contínuo em construção cuja legitimidade está na possibilidade desse modelo se desenvolver, a partir da continuidade dos eixos teóricos em construção (González Rey, 2005b). Nesse processo, alguns indicadores deixam de ser considerados em face da produção de outros mais viáveis e isso vai delineando os rumos da pesquisa nos seus diferentes momentos. A legitimidade desses indicadores

está na possibilidade da construção de novas zonas de sentido e na permanente construção teórica sobre o tema estudado.

Compreendendo isso, considerei que apresentar as informações em categorias ordenadas na mesma sequência em que foram abordados os temas durante os grupos temáticos seria desnecessário. Percebi ainda que, para ser congruente com o modelo teórico adotado nesta pesquisa, seria essencial explicitar os caminhos percorridos para que eu chegasse a essa conclusão.

De acordo com Sandelowski (1998), uma característica das pesquisas qualitativas é que os resultados não visam apresentar categorias que refutam ou confirmam hipóteses iniciais, nem tampouco precisam ser apresentados em formatos rígidos, distantes das reflexões que o próprio pesquisador faz. Este tem liberdade para fazer seus relatos de um modo que seja coerente com seus objetivos de pesquisa, método adotado e as próprias especificidades dos resultados. Essas especificidades implicam em algumas decisões que o pesquisador precisa tomar para integrar a descrição, análise e interpretação das informações.

Diante das considerações dessa autora, deparei-me com o desafio de apresentar nesta seção os sentidos produzidos a partir de minhas interações com os sujeitos investigados no contexto da pesquisa. Por um momento, as categorias anteriores, criadas para organização didática dos resultados pareceram não ter relevância para meus objetivos de investigação. Mas compreendi que a partir dessas mesmas categorias, pude construir novas zonas de inteligibilidade sobre o tema pesquisado.

Consequentemente, tornaram-se claros para mim os fundamentos teóricos da Epistemologia Qualitativa: o caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, o caráter interativo do processo de produção do conhecimento e a singularidade como legítima para a produção desse conhecimento (González Rey, 2010, 2011).

Considerando a ideia de lógica configuracional proposta pela Epistemologia Qualitativa (González Rey, 2011), expressar essas contradições que ocorreram ao longo dos resultados, evidencia o caráter ativo assumido ao longo da pesquisa em seus diferentes momentos.

Por esse motivo, longe de serem conclusivos, os resultados e discussões ora apresentados constituem-se como ponto de partida para um complexo processo de produção do conhecimento que poderá ganhar novos contornos regulados por novas necessidades, que suponho, emergirão em outros momentos de reflexão sobre a pesquisa realizada e na continuidade da minha formação acadêmica.

Outras frentes de investigação seriam possíveis, mas optei pelo recorte da temática adolescência e promoção da saúde ao observar, na literatura referente aos contextos de prestação de serviços, que as discussões sob esse tema ainda são escassas e circunscritas aos limites etários adotados para definição da adolescência.

As construções abaixo foram produzidas durante as entrevistas e grupos temáticos, cujas informações foram transcritas e/ou digitalizadas. As respostas, afirmações e opiniões emitidas pelos adolescentes em conversas informais mantidas ao final dos grupos, que versavam sobre o tema da pesquisa e as observações realizadas, foram registradas no diário de campo.

Dentre os 10 participantes dos grupos temáticos, quatro não compareceram às entrevistas. Nos encontros subsequentes à data que elas estavam agendadas, indaguei-lhes individualmente sobre o motivo do não comparecimento e se queriam reagendar outra data para as entrevistas. Eles responderam que não se sentiam à vontade para serem entrevistados, mas queriam continuar participando dos grupos temáticos. Argumentei que a participação de cada um era muito importante para conhecermos o

que eles pensavam sobre a adolescência, a saúde e os serviços que recebiam, mas, mesmo assim eles não participaram das entrevistas.

Fiquei intrigada, porém não insisti e assegurei-lhes que poderiam frequentar os grupos sem serem penalizados, conforme constava no TCLE, já que participar de todas as etapas do momento empírico não estava previsto como critério de exclusão. O que chamou minha atenção foi que esses adolescentes tiveram uma expressão significativa nas produções durante os grupos, mas só se manifestavam quando eram perguntados, ou quando inevitavelmente alguma atividade requeria a participação de todos.

O fato de não conseguir entrevistá-los limitou minha compreensão sobre o contexto de vida desses adolescentes. Mas, suas expressões durante os grupos, ou durante as conversas informais ao início e término das atividades, fizeram sentido para mim e contribuíram, de toda forma, para minha compreensão do tema, de modo que, nas produções coletivas, esses relatos foram considerados para a construção das zonas de sentido propostas. Entretanto, poderiam ter sido mais aprofundadas, se eles tivessem sido entrevistados.

Para analisar as significações construídas pelos adolescentes sobre seu processo de adolecer, partimos de uma compreensão da adolescência que acontece num contexto específico, mediada pelas condições concretas de vida. Isso significa que mesmo as mudanças biológicas, de certa forma, universais, são qualitativamente diferentes para adolescentes de contextos diferentes.

Na perspectiva histórico-cultural, compreende-se a adolescência como um processo construído ao longo da história de cada sociedade, cultura e também de cada sujeito, pela sua possibilidade de desenvolvimento, autonomia e transformação. O adolescente é sujeito ativo, social e histórico e não alguém que sofre passivamente as

transformações da puberdade (Bock & Liebesny, 2003; Ozella & Aguiar, 2008, Ozella, 2002 e outros).

Conforme afirma Ozella (2002, p. 21), “*adolescência não é um período natural do desenvolvimento humano. É um momento significado e interpretado pelo homem [...]. Mudanças no corpo e desenvolvimento cognitivo são marcas que a sociedade destacou*”. Ou seja, outros processos poderiam ganhar preponderância nesse momento, assim como em diferentes períodos da vida como a infância e a velhice que têm suas especificidades valorizadas pela cultura.

Passaremos agora à organização das informações e construção das zonas de sentido em que buscamos compreender as significações produzidas sobre o tema pesquisado.

### **7.1. Zona de sentido 1: A adolescência é mais do que sexo, drogas e rock n’roll**

No início desta pesquisa parecia óbvio que discutir a concepção de adolescência seria redundante, haja vista a diversidade de publicações já existente. Mas, ao aprofundar na leitura sobre o tema, observei que ainda prevalece uma compreensão do adolescente baseada no paradigma da vulnerabilidade e risco, o que legitima jargões a respeito do adolescente como “aborrescente”, “rebelde”, “complicado”.

A sociedade legitima o caráter transitório da adolescência e institui esse status universal, ao estabelecer critérios comportamentais que normatizam essas condutas de risco. Mas, quando convivemos com esses adolescentes, mergulhamos na diversidade de experiências que eles vivem. Os participantes desta pesquisa mostraram um olhar otimista para a adolescência e sua capacidade de superação.

Durante uma das atividades do grupo, eles foram convidados a escolherem figuras que representavam o significado de adolescência para, em seguida, discutirem

com os demais participantes. Havia figuras coladas em papel A4, representativas das mais diversas situações: amizades, discussões, abuso de álcool e drogas, esportes, famílias, bens materiais, equipamentos eletrônicos, situações em família, elementos da natureza e até folhas vazias para que eles complementassem com o que quisessem.

Dentre as escolhas que fizeram, repetiram-se imagens descritas nas expressões: “fase de sonho”, “preguiça”, “grandes ideias”, “ser feliz”, “curtição”, “desafios”, “ter uma namorada”, “ vaidade”, “não beber demais”, “preservar o mundo”, “ter bens materiais”, “casar”, “ter filho”, “namorar”, “ter saúde”, “não é só dever”, “aproveitar a vida”, “brincar”, “mesmo com problemas a gente consegue”, “aprendizado”, “família”.

Alguns depoimentos seguem abaixo:

*“Eu escolhi essa figura porque eu acho que adolescência não é só ter medo, mas é também brincar, se divertir. **Eu acho que mesmo que a gente tenha problemas, de alguma maneira a gente consegue resolver aquele problema. Ao mesmo tempo, a gente consegue superar.**”* (Rafael, 14 anos).

*“Eu escolhi essa aqui, porque tipo... é época de apaixonar, de praticar esportes, a prática de esportes está junto com a diversão e, **não é porque tem problemas que a gente pode desanimar.**”* (Amanda, 13 anos).

*“Eu escolhi essa figura porque sem amigos a internet não teria graça. É tipo, representa o mundo do adolescente, internet, pessoas que você conhece de longe, email, música, twitter, facebook, jogos, essas coisas, que faz parte do mundo mesmo, da vida a gente. Sei lá, as paixões que surgem. Porque é muita paixão, momentos que você vive que são inesquecíveis, pessoas novas que você conhece, a adolescência para mim é isso”* (Geisa, 14 anos).



*“Eu escolhi esse aqui, porque é uma fase de vaidade né, o pessoal é preocupado com a aparência, com o corpo, em arrumar uma namorada ou não, em saber como está sua aparência para os outros.”* (Daniela, 15 anos.)

*“Eu escolhi essa porque **em todas as fases da vida a gente vai encontrar dificuldade**, como nessa. E eu escolhi essa por causa da saúde, porque em primeiro lugar a gente tem que se preocupar com a saúde porque se a gente tiver saúde dá para fazer o que a gente gosta”* (Fábio, 19 anos).

Esses depoimentos mostram que adolescência pode ser vivenciada como uma experiência distinta da perspectiva de risco. Fazer amizades, se apaixonar, se aventurar, encorajar-se para enfrentar os desafios são aspectos importantíssimos dessa experiência e precisam ser valorizados pelos serviços de saúde. Abordar a adolescência apenas na perspectiva da prevenção ao uso de álcool ou outras drogas, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, ainda que seja importante, pode não contemplar efetivamente suas necessidades. Consequentemente, os adolescentes são compreendidos numa perspectiva generalista, como pessoas idênticas, com sentimentos e comportamentos previsíveis, fruto das transformações da puberdade.

Em alguns trechos da fala dos participantes podemos perceber que, apesar do desejo de viverem novas experiências, eles são pressionados tanto pela família, como pelos amigos a corresponderem aos estereótipos criados em torno da figura do adolescente. Os pais esperam que eles sejam dóceis, educáveis e demonstram a inabilidade para lidar com as rupturas feitas enquanto seus filhos ampliam suas interações sociais.

Uma das adolescentes, ao se referir ao significado da adolescência inicia seu depoimento reproduzindo a ideia do adolescente como irresponsável, que faz coisas erradas e depois, quando se posiciona diante desse conceito, deixa transparecer o

estresse vivenciado pela pressão em seus relacionamentos interpessoais para atender às expectativas criadas. E os amigos parecem pressionar para ela assuma uma conduta idêntica ao grupo:

*“Eu escolhi essa figura porque representa que muitos adolescentes falam isso ‘nunca fui santa’. Isso representa os adolescentes mesmo. Porque tem muitos adolescentes que não querem fazer bem ao próximo nem ao mundo, eles só querem saber de se divertir, de beber. Eles não estão preocupados com os outros. Eu acho que na adolescência a gente pode ajudar a nós mesmos mas aos outros, mais velhos, a todos. E o estresse, eu acho que muitos adolescentes se estressam na adolescência [...]. É porque nós somos pressionados pelos pais e pelos amigos ao mesmo tempo para ser diferente do que a gente é. Os pais querem que a gente seja santo, mas nós não somos santos, os amigos querem que a gente seja ‘da hora’, que faça tudo do jeito que eles querem, mas nem sempre a gente quer fazer as mesmas coisas que eles tão fazendo”* (Karla, 15 anos).

Marcos e Rafael também reiteram esse posicionamento. Ceder à pressão social para se comportar da maneira que os amigos desejam, é prejudicial. Mas, onde encontrar referências e a liberdade necessária para transitar por essas experimentações? Para eles, os adultos são responsáveis por oferecer-lhes apoio e orientação, mas, nem sempre eles estão preparados para lidar com os desafios enfrentados pelos adolescentes em seus diferentes espaços de socialização:

*“Eu acho que os problemas na adolescência são na escola, e exemplos, que a gente querer seguir mau exemplo. Sempre tem aquele colega que parece que é gente boa e que na verdade não é. Então a gente precisa de exemplo para saber escolher se o amigo é realmente uma pessoa de confiança ou não.”* (Marcos, 14 anos).

*“Que, na adolescência... é, tem mesmo o perigo. Porque hoje em dia tem muitas amizades que atrapalham, assim, atrapalham os estudos. E tem ainda as ‘tentações relacionais’ que pode ser um perigo para o adolescente, porque ele faz as coisas que pode atrapalhar os estudos, a família. Porque ele pode se envolver com as pessoas erradas, não se prevenir, pegar doenças ou começar a beber, fumar, coisas que não fazem bem para sua saúde. E aí ele precisa saber fazer as escolhas certas para não prejudicar sua vida, porque tem coisas que tem consequências para a vida toda”* (Rafael, 14 anos).

Diferentemente do estereótipo de rebelde, os adolescentes buscam referências para construir suas relações. Sabem que precisam de orientações em suas escolhas e parecem desejar fazê-las de modo mais acertado possível. Isso mostra que se forem oferecidos espaços adequados para essas escolhas, haverá possibilidades de relações saudáveis, sólidas e benéficas. Eles buscam novas experiências e preocupam-se em identificar os fatores protetivos e aqueles que podem comprometer sua qualidade de vida:

*“[...] Tipo, a gente precisa de conselho para saber perceber que aquela pessoa não é de confiança”* (Marcos, 14 anos).

As expressões dos participantes durante a atividade que discutiu esse tema mostrou que adolescentes se preocupam com seus relacionamentos sociais, necessitam e valorizam o auxílio para pensarem criticamente antes de fazerem suas escolhas. Mais uma vez, estamos diante de uma adolescência diferente daquela abordada pela literatura predominante, que concebe a adolescência como uma fase de risco, rebeldia e irresponsabilidade.

## **7.2. Zona de sentido 2: A família tem que aprender a adolecer com a gente**

A família é o cenário principal onde se integram as experiências subjetivas em relação ao processo do adolecer. Independente de sua configuração é nesse espaço que o adolescente busca as referências para construir suas crenças, valores e projeto de vida. Pela sua função como núcleo socializador, a família comporta em níveis complementares, simétricos ou assimétricos, as relações de afeto e poder, reproduzidas em outros cenários (Rocha, 2002). Vistas numa perspectiva sistêmica, essas relações tornam a família um sistema complexo e integrado, onde seus membros influenciam-se recíproca e mutuamente. Ao mesmo tempo, a família pode ser considerada como um sistema dentro do sistema social, que influencia e é influenciado por este (Sudbrack citado por Pratta & Santos, 2007).

Dialogando com essa perspectiva, os autores afirmam que a adolescência afeta todo o grupo familiar e favorece uma série de conflitos que vão requerer a negociação constante entre pais e filhos em busca do equilíbrio para o novo reordenamento das relações que se dão ente eles (Pratta & Santos, 2007).

De acordo com Rocha (2002), para que os desdobramentos dessas relações não potencializem os conflitos vivenciados pelas famílias e seus adolescentes, torna-se fundamental que estes encontrem espaços para expressar seus anseios e frustrações sobre as relações com os pais e demais membros do grupo.

Nesta pesquisa, percebemos que os adolescentes esperam que os adultos não se eximam do papel de orientar. Mesmo que tenham desentendimentos, consideram que na relação com os pais encontrarão o apoio suficiente para vivenciar as experiências desse processo. Diante de conflitos, dificuldades e situações com as quais eles não sabem lidar, a participação da família é reconhecida como de fundamental importância:

*“Ah, para mim é muito importante o papel da família na adolescência [...]; saber explicar, estar ao lado, dar apoio, seguir o exemplo de como agir.”* (Noêmia, 15 anos).

O diálogo entre pais e filhos é fundamental para garantir esse espaço de pertencimento e continência aos adolescentes. Mas, a visão estereotipada do adolescente numa perspectiva negativa distancia os membros do grupo familiar ao invés de aproximá-los para a resolução de conflitos:

*“Eu acho que primeiro, os pais têm que ajudar os filhos a fazer as escolhas, os professores, os tios, ou tipo vocês também. Mas os pais não sabem escutar os problemas dos filhos e acham que a gente é só irresponsável e faz coisa errada. Mas a gente não sabe como fazer às vezes.”* (Marcos, 14 anos).

Sobre esse aspecto, é importante observar que as relações familiares são marcadas por conflitos de geração, escassos recursos dos pais para lidar com as demandas que os adolescentes apresentam (Pratta & Santos, 2007). A família, que poderia ser um espaço de comunicação e trocas de experiências entre gerações, acaba restrita a conflitos e ao isolamento:

*“Tipo é o que eu tô passando assim pelo fato da mãe não deixar uma coisa que a pessoa quer mesmo. Tipo isso pra mim é muito ruim, mas é tipo bom. Só que eu acho que a mãe da gente tinha que conversar mais, explicar mais porque ela não deixa certas coisas [...]. É tipo, eu sei que ela tá fazendo o que é melhor para mim, mas eu fico..., tipo querendo fazer aquela coisa de qualquer jeito. E também... não sei, a maioria das minhas amigas mesmo sentem vergonha de falar, conversar com a mãe sobre certos assuntos. Aí como não tem com quem conversar, conversa com as amigas mesmo”* (Amanda, 13 anos).

Uma comunicação pouco efetiva contribui para desentendimentos e distanciamento, enfraquecendo o convívio entre os membros do grupo familiar. Por vezes, pode acabar mantendo o adolescente isolado em seu universo. Por falta de diálogo e comunicação, o discurso dos pais em relação aos adolescentes legitima a ideia de crise da adolescência.

Nesse aspecto, podemos imaginar que a busca do adolescente pela ampliação das relações sociais para outros grupos expressa essa dificuldade de encontrar na família um espaço continente para seus conflitos, dúvidas e modo de ser. Em lugar do diálogo aberto, da resolução de conflitos, prevalecem os desentendimentos, o isolamento e a desconfiança nos membros do grupo familiar, reforçando a ideia desacreditada no adolescente e o pensamento, para este, de que os pais não são capazes de compreendê-los.

A família é um espaço fundamental para legitimar as experiências dos filhos. A interação das vivências individuais, em suas diferentes faixas etárias compõe a pluralidade das relações entre seus membros. As figuras que representam a autoridade parental (pais, avós, tios ou cuidadores), que antes delimitavam o espaço de convivência e os limites das experiências da criança, durante a adolescência necessita também acolher essas novas experiências que os adolescentes vivem: novos amigos, interesses e opiniões, que nem sempre são compatíveis com as escolhas que até então eram determinadas pelo grupo familiar.

Conforme mostram Cardoso e Cocco (2003), por vezes a família não está preparada para oferecer o cuidado integral que os adolescentes necessitam quando avançam para outros contextos. As questões polêmicas, na verdade, aquelas com as quais os pais não se sentem preparados para lidar, acabam ignoradas ou silenciadas pelas conflituosas interações que dificultam a vivência desse processo de adolecer para todos.

Resta ao adolescente buscar outros espaços para atender tais necessidades: professores, profissionais de saúde, amigos e outros grupos são desafiados a trazer essas respostas (Cardoso & Cocco, 2003). Nesse ponto vale refletir: como os serviços de saúde podem facilitar o diálogo entre o adolescente e sua família? Essa discussão mostra como é necessário incluir a família nas estratégias de promoção da saúde do adolescente.

Viner, et. al (2012) mostram que, assim como ocorre durante a infância, a família é um determinante primordial de saúde durante a adolescência. Adolescentes que têm boas relações afetivas com sua família retardam o início das atividades sexuais, tendem a apresentar baixos índices de uso de álcool, cigarro e incorrem menos em comportamentos violentos.

Por isso é importante também conhecer o que significa a adolescência para a família. As ações de promoção da saúde do adolescente devem contemplar o modo de vida familiar e compreender qual é a ideia que elas têm do adolescente e de si nesse processo. As intervenções devem buscar valorizar o potencial cuidador da família, com o foco em fatores de proteção.

Segundo Viner, et. al (2012), a despeito dos fatores estruturais que afetam a dinâmica familiar como as desigualdades sociais, aspectos econômicos, baixo nível de escolarização dos pais, o acesso aos direitos sociais básicos em geral, os serviços precisam ser estruturados para promoverem a comunicação e resiliência das famílias.

Essa representação pode ter sentidos contraditórios e mostrar que do mesmo modo que existem generalizações em torno do conceito de adolescência, a família pode assumir no plano imaginário o aspecto ideal, de um espaço harmônico e perfeito. Mas, na prática esse espaço de apoio incondicional precisa ser construído.

*“Eu acho que a família acaba te ajudando de uma forma ou de outra. Os amigos podem até te julgar, às vezes, mas não como vai julgar a família. [...]. Quando não der mais*

*infelizmente ele [o amigo] vai só te abraçar e tipo, 'eu tô com você', mas não é assim né. No final quem sempre tem que entender a gente é a família mesmo.*" (Geisa, 14 anos).

Daniela, uma das participantes mostra as contradições entre a família ideal e a família concreta, tecidas nas relações diárias:

*"Para mim o mais importante é a família. Principalmente na adolescência."* (Daniela, 15 anos).

Durante a entrevista, ela expressa sofrimento em sua convivência familiar, causado pela ausência de uma comunicação mais assertiva entre seus pais e irmãos:

*"Assim, a gente briga por quase tudo, minha mãe não me deixa fazer nada, principalmente agora, por causa dos estudos [referindo-se às notas baixas da escola]. Não acesso internet, não tô saindo. E minha irmã também fica me proibindo [sobre a irmã mais velha] de tudo. Eu queria que a minha família fosse de outro jeito se pudesse, mas como se diz, a gente tem que aguentar né?"*

Ao final da entrevista, quando concluí a gravação, ela relatou de que ordem eram os conflitos vivenciados no grupo familiar, demonstrando insatisfação e um sentimento de rejeição pela família. Essa adolescente sempre se aproximava de mim ao final dos grupos para conversas informais. Passava algum tempo me observando, enquanto eu organizava os materiais utilizados durante as atividades, e, aos poucos conversávamos sobre assuntos do cotidiano como escola, passeios, filmes e amizades. Nesses momentos, ela parecia mais descontraída e confiante e fazia revelações que não se sentia à vontade para compartilhar com os demais participantes durante os grupos.

A dinâmica relacional da família baseada na ausência de diálogo mantém os adolescentes distantes de seus pais e a comunicação entre eles cada vez mais adoecida.



Consequentemente, o lugar do adolescente nessa família também é legitimado: “aborrescente”, “rebelde”, “irresponsável”, dentre outros jargões amplamente utilizados que o alocam como o principal causador dos desentendimentos e discussões.

### **7.3. Zona de sentido 3: O projeto de vida começa agora. Agora?**

A construção identitária de um sujeito é fruto de seu pertencimento a determinado grupo social e das condições de vida nas quais ele se relaciona e produz-se a si mesmo. Nessa construção, um elemento fundamental é o projeto de vida que, apesar de estar voltado para o futuro, se presentifica enquanto projeto, nas aspirações e expectativas criadas e assume um caráter reivindicatório da situação presente, em suas possibilidades de realização (Bock & Liebesny, 2003).

Essas aspirações estão intrinsecamente relacionadas às condições para sua realização. As possibilidades de construções internas são mediadas pelas atividades externas, objetivadas pelas relações sociais. Assim, quando questionamos sobre o projeto de vida dos adolescentes, devemos nos atentar para as condições nas quais esse projeto é construído (Liebesny & Ozella, 2002).

Os adolescentes investigados relataram sonhos como: “*passar num concurso para ter um bom emprego*”, “*encontrar uma pessoa legal e ter uma família*”, “*fazer viagens pelo mundo*”, “*me formar*”, “*ter independência financeira para comprar o que eu quiser e não dar satisfação para ninguém*”. A preocupação principal foi baseada em torno de uma perspectiva individual e a atribuição de uma causalidade mágica ao desejo de se obter sucesso na vida, por vezes, desvinculada das possibilidades concretas ou tornadas possíveis por eles mesmos para a realização desses sonhos. No caso da adolescência, a tecnologia e o consumismo característicos do mundo contemporâneo

influenciam fortemente a padronização de modelos que são vistos pelos adolescentes como ideais para serem seguidos:

*“É assim, eu não tenho uma profissão decidida que eu quero, porque é difícil decidir. Mas uma das que eu queria ser é dentista, mas eu não tenho certeza se eu quero ser dentista né. Bom, acho que conhecer uma pessoa na minha faculdade pra namorar. Acho que não sei... estudar, fazer cursos, essas coisas assim, trabalhar e sustentar.”*  
(Daniela, 15 anos).

Durante a segunda parte da atividade, quando eram indagados sobre o que planejavam fazer para esses sonhos se tornarem efetivos, eles respondiam evasivamente: “ter dedicação”, “acreditar que vai dar certo”, “persistir”, “não desanimar”. Conforme afirmam Bock e Liebesny (2003), além de ocorrerem em abstrato, são necessárias condições concretas para que esses sonhos sejam materializados em projetos concretos, possíveis de serem executados, a começar do acesso à educação formal, que ofereça a qualificação necessária para ingresso no mercado de trabalho.

Porém, o que frequentemente ocorre é que adolescentes de contextos de desigualdades econômicas e sociais são inseridos na força de trabalho informal ou ficam em desvantagem em relação aos outros jovens que têm acesso a uma educação formal qualificada. Enquanto estes passam por um longo período de escolarização e exploram os recursos para a execução de seus projetos profissionais, os demais permanecem à margem da produção de riquezas que o trabalho oferece (Blum, et. al, 2012).

Outro aspecto que merece reflexão é a vinculação dos termos trabalho e emprego. Para os adolescentes, o trabalho aparece como emprego, forma de garantir o sustento, ou forma de inserção econômica e social e sua não realização significa fracasso. Essa perspectiva fortalece a ideologia individualista na qual “cada um deve fazer seu esforço

*para vencer na vida e cada um faz o esforço que quiser na direção que escolher*” (Bock e Liebesny, 2003, p. 218).

Durante o encontro que discutiu sobre projeto de vida, inicialmente os adolescentes pareciam ansiosos e temerosos de descreverem o planejamento que fizeram para a realização dos sonhos compartilhados, mas com o auxílio dos próprios participantes, puderam refletir um pouco mais sobre a potencialidade desses sonhos e a importância de buscarem condições para torná-los efetivos. Ao final, Fábio, que iniciou a apresentação de suas atividades e foi auxiliado pelos demais participantes durante a segunda parte da atividade, disse:

*“Foi legal porque eu vi que não adianta só esperar que meu sonho se realize, mas tem que pensar se o que eu tô fazendo vai dar certo ou não e também saber aproveitar as oportunidades, que tem que ter esforço para isso”.*

Possivelmente, o medo, ansiedade ou preocupações relacionadas à concretização dos sonhos sejam escamoteados por ideias abstratas, que mantêm esses projetos aquém de suas reais possibilidades de concretização. Isso mostra a necessidade de incluir, nas ações de promoção de saúde, atividades que incentivem o desenvolvimento da capacidade de pensar criticamente sobre suas condições na busca de concretizar seu projeto de vida.

O projeto de vida é um dos temas previstos pelas Diretrizes do MS (Brasil, 2010) para a promoção da saúde dos adolescentes. A inclusão desse tema como um dos fatores de promoção da saúde mostra a tentativa de ampliar o olhar para o sujeito integral e multideterminado. Mas, a carência de espaços para a reflexão sobre essa multideterminação mantém o adolescente alienado das determinações sociais que possibilitam ou não a concretização de seus projetos.

Segundo Liebesny e Ozella (2002), compete a nós profissionais, construirmos propostas de ação que possibilitem a reflexão sobre a alteridade e os diferentes modos de vida, a conscientização de si no processo de construção da realidade, a reflexão sobre os conteúdos do projeto de vida e o acesso às informações sobre formação e as formas possíveis de trabalho, para que o jovem possa compatibilizá-lo com seu projeto de vida.

#### **7.4. Zona de sentido 4: Em busca de um ideal de saúde**

Passando agora ao conceito de saúde, esse é um termo que vem passando por transformações ao longo da história. Desde a noção de ausência de doenças até a inclusão da dimensão psicológica e social pela OMS, abriu-se espaço para outras críticas e reflexões em torno desse conceito. A perspectiva que adotamos neste trabalho compreende a saúde como um processo qualitativo que integra corpo e psique numa relação inseparável e complexa (González Rey, 2004).

Como todo processo humano, a saúde é um processo cultural e histórico cujas exigências mudam à medida que a sociedade também se transforma. Ou seja, não se trata de um estado estático, mas requer a participação ativa e consciente do indivíduo na qualidade de “*sujeito do processo*” (González Rey, 2004, p. 2). Este busca permanentemente as forças e recursos necessários para viver.

Nessa mesma direção, o conceito de promoção da saúde passou por transformações e, desde a década de 1970, procura reconhecer a multideterminação tanto dos aspectos individuais quanto dos aspectos sociais e estruturais em sua representação (Brasil, 2002, Sícoli & Nascimento, 2003). Mesmo assim, ainda é difícil encontrar uma definição conceitual, provavelmente pela própria dificuldade de se

conceituar a saúde. *“A maior dificuldade reside no fato da saúde ser, antes de mais nada, uma experiência individual”* (Traverso-Yépez, 2007, p.225).

Ao falarem sobre promoção da saúde, observamos a ideia do completo bem-estar físico, como um estado ideal de perfeição. Essa visão unidirecional do processo saúde-doença é divulgada pelos meios de comunicação e outros instrumentos sociais; ou se está saudável ou se está doente, ignorando-se o caráter dinâmico do processo saúde-doença:

*“Acho que saúde é não ter nada, nenhuma doença, ser uma pessoa perfeita. É isso.”*  
(Daniela, 15 anos).

*“Eu acho que é não sentir nada, poder fazer tudo.”* (Amanda, 13 anos).

*“É... bem-estar [silêncio]. Fazer as coisas para ter uma vida longa.”* (Fábio, 19 anos).

González Rey (2004) afirma que mais do que atributos de conteúdo, a saúde é definida por complexos processos do funcionamento geral do organismo. A representação atual dos adolescentes mostra uma visão única e padronizada desses processos, baseada na ultrapassada ideia de completo bem-estar físico, mental e social. Essa noção parece utópica, se considerarmos a saúde como uma construção social. Mais do que os fatores individuais, é preciso lembrar que existem fatores estruturais, condições econômicas, sociais e ambientais que precisam ser articuladas ao modo de vida para se alcançar um nível de saúde.

Partindo do pressuposto de que o processo saúde-doença requer a participação ativa do sujeito, o autor observa que quando o ideal social exige além das potencialidades desse sujeito para sua autodeterminação, via de regra, no plano

individual o que acontece é o adoecimento, ou a manifestação de modos de vida adoecidos (González Rey, 2004). Nesses depoimentos, observamos a ideia de que estar saudável é ser perfeito, não sentir nada, como se eles fossem pessoas que passivamente recebem e sentem no corpo o estado de completude e bem-estar.

Mas, outras possibilidades de discussão sobre promoção da saúde também ocorreram. Alguns participantes se referiram à saúde como um processo mais amplo, que envolve o cuidado com o corpo, práticas saudáveis no cotidiano e os aspectos subjetivos relacionados ao cuidado com a saúde. Cuidar do corpo, adotar hábitos saudáveis e manter uma postura positiva em relação a si mesmo e ao mundo são fatores que influenciam no processo saúde-doença, e que, na visão dos adolescentes, influenciam seu bem-estar:

*“Bom, eu acho que é importante você se importar com seu corpo e essa importância você dá através da alimentação, de fazer as rotinas de consulta, de fazer atividades físicas, se cuidar mesmo.”* (Rafael, 14 anos).

Nesse depoimento, o caráter participativo é enfatizado e nos revela a importância de potencializarmos a participação dos adolescentes nas ações de promoção da saúde. Apesar das informações sobre autocuidado serem necessárias, devemos considerar os recursos e dificuldades encontrados pelos adolescentes no cotidiano. As ações de promoção da saúde devem atuar contextualizadas às rotinas das pessoas, considerando-se que muitas vezes essas rotinas são adotadas como processos naturalizados, o que dificulta qualquer mudança de comportamento (González Rey, 2004). Assim, para potencializar a participação dos adolescentes em seu processo de produção de saúde, é preciso que essas ações se aproximem de seu contexto, de suas condições de vida e reais possibilidades de ação (Traverso-Yépez, 2007).

### **7.5. Zona de sentido 5: Porque sexualidade, antes de tudo, se expressa**

A sexualidade na adolescência é um tema que tem despertado a atenção de diversos pesquisadores, tanto na saúde como nas ciências sociais e são o principal alvo das ações governamentais em todo o mundo, devido a sua vulnerabilidade biológica, psicológica e social. No entanto, a maioria dos estudos é motivada a partir dos indicadores epidemiológicos e se limitam a constatação de os adolescentes são considerados grupos de risco e necessitam de intervenções preventivas (Blum, et. al, 2012).

De acordo com Taquette, Vilhena e Campos de Paula (2004), uma das preocupações dos profissionais de saúde que atendem adolescentes é compreender porque alguns deles têm suas primeiras experiências sexuais em contextos protegidos e outros não, apesar do acesso às informações sobre prevenção de DSTs e gravidez.

Segundo as autoras, a permissividade da sociedade atual e as mensagens dúbias veiculadas pelos meios de comunicação são fatores decisivos que contribuem para o adolescente engajar-se em comportamentos de risco, mesmo quando informados sobre práticas de autocuidado. A mídia estimula a iniciação sexual precoce, as comunidades religiosas condenam a atividade sexual fora do casamento e a família participa pouco na orientação dos adolescentes (Taquette, et. al, 2004).

Tal quadro contribui para a iniciação precoce, associada a comportamentos como uso de álcool e drogas e envolvimento em contextos violentos (Viner, et. al, 2012). A exemplo disso, estudos realizados na Inglaterra mostram que, mesmo tendo acesso a informações sobre o uso de preservativos para prevenção das DSTs e gravidez, os adolescentes não se comportam de forma congruente com a quantidade e a facilidade de acesso às informações (Jones & Haynes, 2006). Isso mostra que outros fatores podem afetar a decisão dos adolescentes, além das informações sobre os métodos preventivos.

O que vivenciamos durante a realização do grupo foi a oportunidade de perceber que, diferentemente do que consta em grande parte dos manuais e documentos técnicos consultados sobre saúde sexual e reprodutiva de adolescentes, é possível pensar em outras estratégias de abordagem para a discussão sobre o tema, e quem sabe, contribuir para que na prática essas estratégias façam sentido para provocar mudanças no modo de vida dos adolescentes.

Os adolescentes participantes desta pesquisa tinham muito mais interesse em aprofundar a discussão sobre sexualidade, na perspectiva das relações afetivas e amorosas do que nos aspectos biológicos da prevenção de DSTs e gravidez. Discutíamos com esse grupo a diferença entre planejamento e destino, buscando a reflexão sobre a importância de adotar comportamentos de autocuidado nas relações afetivas e sexuais e nos deparamos com questões que não estavam previstas no planejamento inicial da atividade:

*“Eu acho que todo mundo pensa em encontrar uma pessoa ideal, que vai ser na hora certa.”* (Geisa, 14 anos).

*“Nem sempre dá para escolher de quem a gente vai gostar, mas dá para gente saber como se prevenir porque a gente não conhece a pessoa.”* (Fábio, 19 anos).

*“Eu acho que não dá para ir se entregando para qualquer pessoa, tem que ter cuidado e responsabilidade, mas principalmente tem que estar afim daquela pessoa, gostando mesmo.”* (Douglas, 19 anos).

No início das atividades com esse grupo, fiquei angustiada ao perceber que o interesse maior dos adolescentes era discutir sobre elementos afetivos da sexualidade e percebi como eu estava reproduzindo o discurso do paradigma do risco: “cuidado!”, “use camisinha!”. Claro que é fundamental que os adolescentes adotem medidas



preventivas para que tenham uma vida sexual saudável. Além disso, são ações previstas pelas Diretrizes do MS (Brasil, 2010) e adotadas pelo programa Adole-Ser.

Mas, a forma como esse grupo se conduziu mostrou que a sexualidade precisa ser abordada com os adolescentes, a partir do que eles apontam como necessidades. Nesse caso, o tema foi iniciado por situações como namoro, gostar, encontrar uma pessoa ideal, se apaixonar e, nesse processo de descobertas, ser autônomo e responsável.

De acordo com Taquette, et. al (2004), além de conscientizar os adolescentes sobre as implicações das DSTs para a saúde integral, precisamos oferecer a possibilidade de negociação de práticas sexuais prazerosas e seguras entre eles. Isso é possível quando, em lugar do paradigma de risco, as relações sexuais sejam abordadas como um espaço de trocas e gestão a dois, em que o adolescente se torna sujeito de sua própria sexualidade.

Um dos elementos fundamentais na constituição da identidade do adolescente é a sexualidade. Ainda que ela comece no corpo, muito antes da puberdade, é a cultura que institui os padrões de virilidade, de feminilidade e delimita os diferentes percursos identitários que os adolescentes fazem até atingir o ideal adulto prescrito para o desempenho desses papéis sexuais (Castro, Abramovay & Silva, 2004).

Enquanto eles não “atingem” esse ideal adulto, as relações sexuais, efetivadas ou não, assumem um valor afetivo, que pode ser um fator de proteção ou risco em relação à gravidez e prevenção das DSTs. Talvez seja por isso, que, conforme mostra a pesquisa de Castro, et al. (2004), apenas o acesso à informação não garante que os adolescentes e jovens adotem as medidas preventivas previstas nos manuais e normas técnicas de promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Ao analisar as distintas dimensões da sexualidade dos adolescentes e jovens brasileiros, as autoras concluíram que são necessárias políticas específicas, de acordo

com as demandas locais, ao se desenvolver projetos de educação em saúde sexual e reprodutiva. As autoras observaram que esse é um tema prioritário entre os adolescentes, mas ainda abordado com tabus e mitos, o que compromete a efetiva adesão dos adolescentes (Castro, et al. 2004).

Outro ponto de vista adotado entre os participantes do grupo foi a perspectiva de gênero, consensual entre os meninos e meninas. Para os adolescentes, é tarefa da mulher se preocupar com a prevenção das DSTs e principalmente com a prevenção de uma gravidez não planejada:

*“É da mulher porque a gente tem que pensar depois quem é que vai ficar para segurar, para dar de mamar, não é o homem não [risos]”* (Marcos, 14 anos).

*“Pega mais para o lado da menina né... Porque geralmente ela não faz mais o que fazia, porque tem que ficar com o menino”* (Douglas, 19 anos).

*“Mas também é só o homem pensar com quem ele tá ficando. Ele tem que pelo menos saber quem é a menina, se proteger”* (Rafael, 14 anos).

A adolescência é também um momento de formação da identidade de gênero. Os papéis sexuais são desenhados pela cultura e, do adolescente, são esperados comportamentos que perpetuam os estereótipos em torno da sexualidade, por exemplo, preocupar-se com a gravidez é papel da mulher, ser viril, ser conquistador são papéis do homem. Nesta pesquisa, a maior preocupação referida pelos participantes, especialmente as meninas, foi em relação prevenção da gravidez:

*“Usar métodos contraceptivos é tarefa da mulher porque ah tudo bem se homem for um pouquinho inteligente, ele vai se prevenir... entendeu... ‘se, se’. Agora, a mulher ela precisa se prevenir, e pensar nela, porque é o corpo dela que está em risco, quem*

*engravida é ela. Eu acho assim, que é responsabilidade da mulher, mas se o homem for um pouquinho inteligente ele vai querer se prevenir também”* (Geisa, 14 anos).

*“Geralmente é a mulher que tem que pensar nisso, se proteger. Eu não quero engravidar, então...”* (Daniela, 15 anos).

*“No meu caso, tipo a minha amiga mudou totalmente. Quando ela sai, ela volta mais cedo, aí ela não sai sabe, tipo, ela fica com os meninos só. Já o [...], não mudou muito a vida dele não, assim, mais no fim de semana que ele sai menos, mas no caso dela, mudou mais”* (Geisa, 14 anos).

*“Mas também tem outra coisa. Se não se proteger, pode pegar doença. E tem doença aí que é pior do que gravidez”* (Karla, 15 anos).

Ao mesmo tempo, demonstraram pouco conhecimento sobre o funcionamento do aparelho reprodutor feminino e masculino, sobre a concepção e o uso dos métodos preventivos de DSTs e gravidez. Tinham dúvidas práticas principalmente sobre: ciclo ovulatório feminino, manuseio adequado do preservativo, além de mitos como “usar camisinha corta o clima”, “se houver penetração sem ejaculação não há risco de contaminação ou gravidez”, “sem penetração não há gravidez”.

Esses questionamentos nos fizeram pensar que, apesar do acesso às informações, os adolescentes podem não adotar as práticas de autocuidado em relação à prevenção das DSTs e gravidez. A oportunidade para dialogarmos sobre as medidas preventivas em sexualidade foi ao final da discussão, após as reflexões sobre os aspectos afetivos da sexualidade, quando tivemos um momento de informação sobre uso do preservativo masculino, funcionamento do ciclo ovulatório feminino e prevenção e tratamento das DSTs.

Poderíamos nos limitar a discutir a vulnerabilidade desse grupo, se adotássemos o paradigma do risco presente nas ações sobre educação em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes. Mas, eles têm acesso à informação sobre a prevenção das DSTs e gravidez durante as rotinas de consulta, inclusive recebem preservativos quando vão às salas de acolhimento dos adolescentes nos centros de saúde. Então resta a pergunta: será que estamos alcançando as necessidades dos adolescentes em nossos programas e ações?

O interesse do grupo principalmente do ponto de vista das relações afetivas e amorosas indica que valorizar a vivência afetiva dos adolescentes em relação à sua própria sexualidade pode ser um caminho promissor para se promover saúde. E isso é possível quando aceitamos nos aproximar dessas vivências e dialogar com os adolescentes a partir do que eles consideram importante sobre o tema.

Nesse grupo, ficou clara a necessidade de desvincular os aspectos discutidos da reprodução e refletirmos mais sobre as questões associadas aos papéis sexuais, à dimensão de gênero, afetividade e prazer, elementos essenciais da sexualidade humana.

É difícil afirmar que a intervenção alcançou os objetivos propostos, mas considerando-se o baixo índice de desistência entre os participantes, que iniciou com 16 adolescentes e concluiu com frequência ativa de 10 adolescentes e os desdobramentos das atividades para momentos futuros, podemos considerar que esses adolescentes puderam refletir sobre suas experiências em momentos prazerosos que ampliaram seus recursos e capacidade de autocuidado.

## Capítulo 8

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a escassa produção bibliográfica sobre as intervenções grupais com adolescentes consolidadas na atenção básica à saúde e a necessidade de fortalecer os programas de atenção à saúde do adolescente nesse contexto, este estudo serviu como projeto-piloto para elaboração de uma metodologia grupal de atendimento a adolescentes integrantes de um programa de atenção integral à saúde.

Os grupos realizados proporcionaram situações coletivas que favoreceram a emergência dos diferentes papéis vivenciados pelos adolescentes e possibilitaram desvelar significados sobre a concepção de adolescência e promoção de saúde para os participantes, de modo que a partir das relações tecidas, eles puderam atribuir novas significações a essas experiências.

A opção pelas atividades em grupo deu-se em função deste oferecer um espaço privilegiado para os objetivos almejados por essa pesquisa, além dessa ser uma metodologia eficaz no trabalho com adolescentes. Ao figurar como espaço de trocas e diálogos, amparados na confiança e respeito, o grupo favorece modos criativos de construção do sentimento de adolescência, que vão além das significações reproduzidas sobre a vivência desse processo, muitas vezes apresentando uma adolescência adultocêntrica e estigmatizada.

Nesse sentido, essa atividade se constituiu como um espaço de fortalecimento da proposta de atendimento integral ao adolescente, além da instrumentalização para a promoção da saúde, ao oferecer um espaço coletivo de vivências, reflexões e discussões sobre a adolescência. Por se tratar de uma pesquisa que visou também oferecer um espaço para diálogos e troca de experiências, os grupos acabaram sendo restritos aos

mesmos participantes do início ao fim da pesquisa, considerados, como grupos fechados. Mas isso não impede que as atividades sejam adaptadas para a realização em grupos abertos, com número de participantes variável.

É importante ressaltar que embora as atividades estivessem logicamente ordenadas dentro de uma temática previamente proposta, esses temas não são independentes, mas convergem para a saúde integral e em momentos distintos, ao longo de todos os encontros, são interatuantes e influenciam-se mutuamente. Por exemplo, ao se discutir sobre projeto de vida, estão presentes também as reflexões sobre autoconceito, sobre as questões presentes e as condições atuais que influenciam o futuro desses adolescentes, bem como a participação da família como facilitador para que esse projeto de vida se apresente. Por isso, embora os temas estivessem ordenados por grupos, a análise das informações não se deu de forma linear.

Com o desenvolvimento de estudos nessa perspectiva, espero colaborar com a integralidade do atendimento proposto pelo programa citado, por meio de uma metodologia que pesquisa e intervêm terapêuticamente para as relações familiares dos sujeitos atendidos. Além disso, tal pesquisa contribuirá para minha formação como pesquisadora psicóloga e acrescentará discussões atuais sobre a Psicologia Clínica no contexto da atenção primária em saúde.

A Psicologia tem procurado superar a visão centrada no indivíduo para o conhecimento ampliado da subjetividade individual e social, e lançar mão da Epistemologia Qualitativa parece ser uma via em construção para a produção do conhecimento sobre a subjetividade humana em seus diversos contextos de interação. Essa metodologia tem deflagrado questões que são também da ordem do compromisso ético-político do pesquisador com o seu objeto de estudo. Se esse paradigma reafirma a historicidade do sujeito e dos fenômenos subjetivos estudados, instaura-se no

pesquisador o desafio de produzir um conhecimento comprometido com a transformação social, que descumpra, muitas vezes, a normativa da ideologia dominante.

No caso desta pesquisa, o compromisso foi o de propiciar a expressão dos adolescentes, valorizando as especificidades de seu processo singular de desenvolvimento, numa perspectiva menos patologizante, como é comumente difundida. Porém, esse sentido de adolescência ainda precisa ser difundido nas práticas e pesquisas realizadas, principalmente no âmbito das políticas públicas de saúde, para que seja possível construir com o adolescente, espaços efetivos de promoção da saúde.

A adolescência contempla a diversidade da vida humana, assim como outros momentos do dinâmico processo de tornar-se adulto. Nesse sentido, é necessário superar a visão estereotipada da adolescência pelo paradigma do risco e ampliar a reflexão sobre os modos de vida do adolescente considerando os contextos e espaços para o desenvolvimento de sua subjetividade.

Esta investigação cumpriu seus objetivos, pois buscou oferecer um espaço de acolhimento e discussão para os participantes de um programa de atenção integral à saúde e também subsidiou a produção do conhecimento sobre adolescência e promoção da saúde. Para promover saúde é necessário valorizar a autonomia dos sujeitos em relação ao cuidado consigo mesmo e estimular a participação destes nas decisões que lhes afetam. Minha intenção ao oferecer os grupos temáticos foi conhecer as necessidades dos adolescentes e contribuir, por meio da pesquisa, com a construção de uma concepção de adolescência mais positiva e realista.

A revisão de literatura mostrou que falta investir numa política positiva de saúde que enfatize menos os prejuízos e valorize a qualidade de vida dos adolescentes. Se as ações priorizam violência, sexualidade e uso de drogas, correm o risco de reiterar a visão naturalizada do adolescente como irresponsável e imaturo. O

problema maior consiste em valorar essa suposta imaturidade como incapacidade de lidar com esse momento da vida.

Considerá-lo como sujeito em condição de desenvolvimento não implica julgá-lo incompetente para desenvolver estratégias de autocuidado, assim como considerá-lo um sujeito autônomo não implica em deixá-lo à margem das ações e políticas de proteção. O que deve ser priorizado são ações que levem em consideração as especificidades desse processo, e atendam a demandas específicas sem generalizar a adolescência como um processo igual para todos os adolescentes.

O mais importante é propiciar a participação dos adolescentes no planejamento e decisões relacionados às estratégias de promoção da saúde. Esses espaços podem ser ampliados para inclusão da família no processo de reflexão sobre o tema, por meio da realização de grupos familiares, por exemplo. Aliás, essa foi uma estratégia que poderia também ter sido utilizada nesta pesquisa. Em diversos momentos, percebemos a importância da participação da família para potencializar o caráter emancipatório e participativo previsto pela promoção da saúde.

No campo específico da saúde pública, podemos pensar a realização dessas atividades nos programas ESF e PSE, para oferecermos aos adolescentes serviços que estejam de acordo com as necessidades específicas de seus contextos. Para isso, é importante pactuar e capacitar as equipes de saúde visando à ampliação desses espaços de reflexão, por meio da educação continuada dos profissionais para a promoção da saúde integral dos adolescentes.

### **8.1. Contribuições do estudo**

A metodologia utilizada para a construção das informações nesta pesquisa figurou como uma experiência piloto a ser multiplicada em outros espaços. Sugerimos a



realização dessas atividades nas escolas, por estas serem um espaço propício para o desenvolvimento psicossocial dos adolescentes e para a construção de sua identidade. Além disso, as unidades de saúde e os espaços de convivência da comunidade, também podem oferecer espaços importantes para essas ações.

Uma experiência inicial de capacitação dos profissionais que integram o programa Adole-Ser começou a ser realizada no primeiro semestre de 2012 (Macedo & Andrade, 2012). Com vistas à implantação dos grupos temáticos nos centros de saúde da Regional do Gama, elaboramos o *Projeto de capacitação para realização dos grupos temáticos com adolescentes no Programa PRAIA/Adole-Ser*. Nosso objetivo é capacitar os profissionais do programa para comporem o grupo matricial de treinamento e implantação dos grupos nas equipes da ESF, haja vista a implantação dessa estratégia na Regional do Gama e, paralelamente, estender essas ações às escolas parceiras integrantes do PSE.

Até o momento, oito profissionais participaram da capacitação, na condição de treinamento em serviço, por meio da observação dos grupos temáticos que foram realizados em três centros de saúde da regional. A intenção é que esses profissionais atuem como matriciadores das ações de atenção integral à saúde do adolescente que será realizada pelas equipes de ESF, ainda em composição.

## **8.2. Limitações do estudo**

Este estudo traduz uma experiência inicial de investigação com base na Epistemologia Qualitativa. Cada etapa desse processo foi para mim um desafio e um exercício prático-reflexivo sobre meu posicionamento em relação à práxis psicológica e também ao compromisso ético e científico da Psicologia como uma ciência de interface,

que muito pode contribuir com outras áreas do conhecimento para a promoção de sujeitos criativos e autônomos.

Vejo que ainda existem muitas lacunas em meu processo de formação. Essas dificuldades podem ter me impedido de aprofundar nas discussões propostas. Mas, conforme supõe a Epistemologia Qualitativa, o conhecimento é processual e do momento em que me encontro, percebo que desde o início desta pesquisa, não somente o tema modificou-se para mim, como fui transformada em cada etapa e espero contribuir, em estudos futuros, com investigações mais qualificadas sobre a temática da infância e adolescência e família.

A primeira limitação que identifico neste estudo é sobre o modo como abordei os sujeitos investigados. O fato de quatro adolescentes não se prontificarem a participar das entrevistas, mesmo que dispostos a continuarem frequentando os grupos, fez-me questionar até que ponto minha abordagem prejudicou o vínculo com os adolescentes que não quiseram realizar as entrevistas, ou mesmo, se eu não deveria ter insistido num contato posterior, por meio de uma visita domiciliar por exemplo. Esses adolescentes frequentavam e participavam das discussões que eram feitas nos grupos e em seus prontuários havia registros de conflitos familiares, situações de risco e vulnerabilidade como abuso de álcool e outras drogas por parte dos familiares e outros problemas.

Apesar da capacitação e constantes discussões realizadas com a auxiliar de pesquisa, eram frequentes os momentos em que tendíamos a intervir arbitrariamente na condução dos grupos. No momento em que isso acontecia, eu refletia sobre como o paradigma de risco de vulnerabilidade está impregnado nas ações de promoção da saúde dos adolescentes.

Outra dificuldade encontrada foi em relação à periodicidade dos grupos. Inicialmente estavam previstas atividades semanais, mas o espaço físico do hospital

onde nos encontramos não estava disponível para uso semanal. Se houvesse tido tempo hábil, poderíamos ter desenvolvido essas atividades em outros espaços, como auditório de alguma escola, centro de convivência, salão de igreja, etc.

A participação social prevista nos princípios do SUS poderia ter sido valorizada com o planejamento conjunto das atividades e posterior avaliação, de modo que eles pudessem ter uma influência mais ativa em relação aos processos decisórios do planejamento dos grupos, enquanto um serviço que foi prestado para a promoção da saúde. Senti dificuldade na condução dos grupos, em manter uma postura acolhedora, uma escuta empática e deixá-los livres para expressarem de diversos modos sua subjetividade. O tempo todo me posicionava criticamente para não tratá-los como meros receptores de informações.

Nesse aspecto, senti-me “perseguida” pelo fantasma da neutralidade científica e da falsa ideia de distanciamento entre pesquisador e objeto, enquanto planejava as atividades que foram executadas. Finalizo esta etapa me questionando: em que medida as atividades contribuíram para o protagonismo desses adolescentes? Até que ponto não adotei uma prática tutelar, contradizendo todo o discurso de uma adolescência plural defendida em minhas reflexões?

Ao mesmo tempo, essas limitações são motivos para eu continuar refletindo sobre as intersecções da Psicologia como uma ciência de interface, que precisa constantemente se posicionar eticamente em relação aos paradigmas adotados nas investigações científicas. Do ponto de vista dos procedimentos, para estudos futuros, sugiro a utilização das dinâmicas conversacionais em lugar das entrevistas, pois esse instrumento pode favorecer melhor o vínculo entre o pesquisador e os sujeitos investigado, por propiciar melhor um clima de descontração e confiança entre eles.

## REFERÊNCIAS

- Aberastury, A & Knobel M. (1992). *Adolescência normal*. (pp.24-59). Porto Alegre: Artes Médicas (pp.24-59).
- Adole-Ser (2011). Programa PRAIA/Adole-Ser. *Planejamento para o ano de 2011*. 6p. (Manuscrito não publicado).
- Aguiar, W. M. J. & Ozella, S. (2008). Desmistificando a concepção de adolescência. *Cadernos de Pesquisa*, 38(133), 97-125.
- Aguiar, W. M. J. & Ozella, S. (2006). Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição de sentidos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26(2), 222-245.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: LTC.
- Bauer, M. W. & Aarts, B. (2002). A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. Em M. W. Bauer e G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som* (pp.39-63). Petrópolis: Vozes.
- Bezerra, V. C. & Linhares, A. C. B. (2006). *A arte de construir relações amorosas na família: como criar um canal de comunicação amorosa como os filhos e colocar limites sem culpas, mágoas ou medo de perdê-los*. Brasília: Laboratório de Pesquisa Sopa de Pedra.
- Blum, R. W., Bastos, F. I. P. M, Kabiru, C. W & Le C. L. (2012). Adolescent health in the 21st century. *The Lancet*, 379 (9826), 1567-1568. Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60407-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60407-3/fulltext)
- Bock, A. M. B. (2004). A perspectiva sócio-histórica de Leontiev e a crítica à naturalização da formação do ser humano: a adolescência em questão. *Cadernos Cedes*, 24(62), 26-43.

- Bock, A. M. B. (2003). Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. Em: A. M. B. Bock (Org.). *Psicologia e compromisso social* (pp. 15-28). São Paulo: Cortez.
- Bock, A. M. B. & Liebesny, B. (2003). Quem eu quero ser quando crescer: um estudo sobre o projeto de vida de jovens em São Paulo. In: S. Ozella (Org.). *Adolescências construídas: a visão da psicologia sócio-histórica* (pp. 203-222). São Paulo: Cortez.
- Brasil (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes Nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde* (Série A: Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Autor. 132p.
- Brasil (2007). Ministério da Saúde. *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil (2004). Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Documentário Aninha do Beto*, Janeiro de 2004. Duração: 11 min. Disponível em <http://www.aids.gov.br/midia/2004-documentario-aninha-do-beto>.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde*. 44p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil (2002). Carta de Ottawa. *As cartas da promoção da saúde*. (pp.19-27). Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (1996). *Programa Saúde do Adolescente*. Bases Programáticas. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Saúde, 2ª edição, 32p.

- Brasil (1990). *Lei nº 8.069*, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente dá outras providências. Recuperado em 26 de junho de 2011 de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8069.htm).
- Burt, M. R. (1998). Why should we invest in adolescents? In: *Conference on Comprehensive Health of Adolescents and youth in Latin American and Caribbean*, July 9-12 (p. 64). Washington, DC: Pan Americana Health Organization.
- Cardoso, C. P. & Cocco, M. I. M. (2003). Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 11 (6), 778-785. Disponível em: <http://www.scielo.com.br/scielo.php?script>.
- Castro, M. G., Abramovay, M. & Silva L. B. da. (2004). *Juventudes e sexualidade*. Brasília: UNESCO.
- CODEPLAN (2011). Dados estatísticos do DF. *Anuário Estatístico do DF 2011*. Disponível em: <http://www.codeplan.df.gov.br/> Acesso em 14 de fevereiro de 2012).
- Contini, M. de L. J. (2003). Psicologia e a construção de políticas públicas voltadas à infância e à adolescência: contribuições possíveis. Em; A. M. B. Bock (Org.). *Psicologia e compromisso social*, (pp. 295-312) São Paulo: Cortez.
- Déa, H. R. F. D., Santos, E. N. dos, Itakura, E. & Olic, T. B. (2004). A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(1), 108-115.
- Dimenstein, M.(2000). A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia*, 5(1), 95-121.
- Diskin, L. (2006). *Paz, como se faz?* Semeando Cultura de Paz nas escolas. Brasília: Governo do Estado de Sergipe, UNESCO, Associação Palas Athenas.
- Erikson, E. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1976.

- Faustini, D. M. T., Novo, N. F., Cury, M. C. F. S. & Juliano Y. (2003). Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 783-790.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. Em M. W. Bauer e G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som* (pp.64-89). Petrópolis: Vozes.
- González Rey, F. (2011). *Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios*. São Paulo, Thomson Pioneira. (Obra original publicada em 2005).
- González Rey, F. (2010). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Cengage Learning. (Obra original publicada em 2005).
- González Rey, F. (2005a). *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. (Obra original publicada em 2003).
- González Rey, F. (2005b). O valor heurístico da subjetividade na investigação psicológica. Em: F. L. González Rey (org.), *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia* (pp.27-51). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- González Rey, F. (2004). Conceito de saúde: seus determinantes psicossociais. Em: F. González Rey, *Personalidade, saúde e modo de vida*, pp. 1-52. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Jones, N. R., & Haynes, R. (2006). The association between Young people's knowledge of sexually transmitted diseases and their behavior: a mixed methods study. *Health, Risk & Society*, 8(3), 293-303.
- Lopes, E. B. et al. (2006). *Adolescentes: fazendo juntos*. Manual do facilitador. Brasília: SES, Fundação de Ensino e Pesquisa.

- Lyra, J., Medrado, B., Nascimento, P. et al. (2002). “A gente não pode fazer nada, só podemos decidir o sabor do sorvete”. Adolescentes: de sujeito de necessidades a um sujeito de direitos. *Cadernos Cedes*, 22(57), 19-21.
- Macedo, E. O. S & Andrade, M. L. de A. (2012). *Capacitação para realização de grupos temáticos com adolescentes no Programa PRAIA/Adole-Ser*. Projeto de intervenção apresentado à Fundação de Ensino e Pesquisa em Saúde. 8p. (Manuscrito não publicado).
- Macedo, E. O. S & Conceição, M. I. G. Análise crítica de aportes teórico-metodológicos das ações em grupo voltadas à promoção da saúde de adolescentes. *Journal of Human Growth and Development* (no prelo).
- Madureira, A. F. M. & Branco, A. M. C. U. A. (2005). A noção de sujeito na ciência psicológica: linguagem e constituição da subjetividade em discussão. Em F. González Rey (Org.), *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia* (pp.127-153). São Paulo: Thomsom.
- Mitjans Martínez, A. (2005). A teoria da subjetividade de González Rey: uma expressão do paradigma da complexidade. In: F. González Rey (Org.), (pp.1-25), *Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia*. São Paulo: Pioneira Thomsom Learning.
- Mendonça, R. C. A. M. (2005). *Protagonismo juvenil: um estudo da participação social dos adolescentes nos Programas de Saúde Sexual e Reprodutiva em Natal/RN*. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil.
- Murta, S. G. (2008). *Programa de habilidades de vida para adolescentes: um manual para aplicação*. Goiânia: Porã Cultural.



- Murta, S. G. (2007). Programas de prevenção a problemas emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes: lições de três décadas de pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 1-8.
- Muza, G. M. & Costa, M. P. (2002). Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes – o olhar dos adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 321-328.
- NASAD. (2011). Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente. *Atenção integral à saúde do adolescente no Distrito Federal: evolução histórica da saúde do adolescente no DF*. 7p. (manuscrito não publicado).
- Nery, M. P., Costa, L. F. & Conceição, M. I. G. (2006). O sociodrama como método de pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 16(35), 305-313. doi: 10.1590/S0103-863X2006000300002.
- Nery, M. P. Sociodrama. In: M. P. Nery & M. I. G. Conceição (Orgs.), *Intervenções grupais: o psicodrama e seus métodos*, (pp. 95-123). São Paulo: Ágora.
- Oliveira, C. B., Frechiane, J. M, Silva, F. M. & Maciel, E. L.N. (2009). As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2): 635-344.
- Ozella, S. (2002). Adolescência: uma perspectiva crítica. In: M. de L. J. Contini & S. H. Koller (Orgs.), *Adolescência e Psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas* (pp. 16-24). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Ozella, S. & Liebesny, B. (2002). Projeto de vida na promoção da saúde. In: M. de L. J. Contini & S. H. Koller (Orgs.), *Adolescência e Psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas* (pp. 62-69). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Peres, F. & Rosenburg, C. P. (1998). Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde e Sociedade*, 7(1), 53-86.

- Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2007). Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 12(2), 247-256.
- Rocha, M. L. da. (2002). Contexto do adolescente: In: *Adolescência e Psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas* (pp. 25-32). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Ruzany, M. H. (2008). Atenção à saúde do adolescente: mudança de paradigma. em: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (Org.). *Saúde do adolescente: competências e habilidades*, (pp.21-25). Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Sandelowski, M. (1998). Writing a good read: strategies for re-presenting qualitative data. *Research in Nursing & Health*, 21, 375-382.
- Santos, K. L, Quintanilha, B. C. & Dalbello-Araújo, M. (2010). A atuação do psicólogo na promoção de saúde. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1), 181-196.
- Sícoli, J. L & Nascimento, P. R. (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 7(12), 101-22.
- Silva, M. P. & Murta, S. G. (2009). Treinamento de habilidades sociais para adolescentes: uma experiência no programa de atenção integral à família (PAIF). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1): 136-143.
- Silva, L. A. V., Oliveira, R. F. & Franco, A. L. S. (1998). Inserção do psicólogo em programas de atenção primária à adolescência: uma experiência em Salvador-Bahia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11(3), 605-620.
- Taquette, S. R., Vilhena, M. M. & Campos de Paula, M. (2004). Fatores associados à iniciação sexual genital: estudo transversal com adolescentes no Rio de Janeiro. *Adolescência & Saúde*, 1(3), 17-21.

- Titãs. (1987). Família. *Álbum Cabeça Dinossauro*. Disponível em: <http://www.youtube.com/watch?v=NME3l2MvpnM>. Acesso em 21 jun 2011.
- Traverso-Yépez, M. A. (2007). Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 11(22), 223-238.
- Traverso-Yépez, M. A., & Pinheiro, V. S. (2002). Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. *Psicologia & Sociedade*, 14(2), 133-147.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S. et. Al. (2012). Adolescence and social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641-1652.
- Vasconcelos, R. B. (2002). Infância e adolescência (em) fim. Em: A. Pinheiro, P. Lustosa & V. Ximenes (Orgs.), *Práxis em Psicologia: contribuições do NUCPEC, do PET-Psicologia e do NUCOM*, (pp.51-72). Fortaleza: Imprensa Universitária, UFC.
- Vygotsky, L. S. (1996). *Obras Escogidas IV: Psicologia infantil*. Madrid: Visor.
- World Health Organization. (1975). *Meeting on pregnancy and abortion in adolescence*. (WHO Technical Report Series, 583). 27p. Geneva: WHO. Recuperado em 21 de junho de 2011, de [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_583.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_583.pdf)
- Yozo, R. Y. K. (1995). *100 jogos para grupos: uma abordagem psicodramática para empresas, escolas e clínicas*. São Paulo: Ágora.

## APÊNDICE A

### Roteiro de entrevista semiestruturada

#### Início da entrevista:

1. *Rapport*: iniciar com uma apresentação inicial, informar que a entrevista será gravada, a identidade do participante será mantida em sigilo, e que mesmo tem a liberdade de não responder alguma pergunta ou mesmo interromper a pesquisa a qualquer momento.

#### Roteiro

1. Informações sobre sócio-familiares: nome, idade, escolaridade, com quem reside (parentesco), profissão dos pais ou cuidadores.
2. Como foi a sua infância? (descrever o que gostava e o que não gostava, relações familiares, escola, brincadeiras, saúde).
3. Descrição do grupo familiar (como é o relacionamento com as pessoas que moram na casa, se prefere alguém, se tem dificuldades de relacionamento com alguém)
4. Como é a vida escolar? (série, dificuldades, pontos fortes, relacionamento com colegas e professores).
5. Como são os relacionamentos interpessoais fora da família e escola? (se tem amigos, descrever o relacionamento, e o que faz gostar de estar com eles)
6. Dados laborais: se trabalha ou já trabalhou.
7. O que você faz para se divertir?
8. Vida afetiva e sexual (se tem namorado(a), como é o relacionamento)
9. Você pensa no futuro?
10. O que você pensa sobre o futuro?
11. O que significa para você “ter saúde”?
12. O que significa para você “promoção da saúde”?
13. Quando se machuca ou fica doente quem cuida de você e onde procura auxílio?
14. Já passou por algum acompanhamento médico, psicológico ou fez uso de medicamento? De que tipo?
15. Como você ficou sabendo do Programa Adole-Ser e como se iniciou sua participação?
16. Há algo que não perguntei que você gostaria de comentar?

## APÊNDICE B

### AVALIAÇÃO DOS GRUPOS TEMÁTICOS (FACILITADOR)

<b>AVALIAÇÃO DOS GRUPOS TEMÁTICOS (FACILITADOR)</b> <b>Para ser preenchida ao final de cada grupo.</b>	
Data:        /        /        .	
Tema:	
Facilitadores:	
Avalie cada etapa do grupo, marcando um X na alternativa correspondente. Ao final de cada item, acrescente suas observações:	
<b>1. Quantidade de participantes:</b> _____ Para você, esse número foi: <input type="checkbox"/> Muito satisfatório <input type="checkbox"/> Satisfatório <input type="checkbox"/> Pouco satisfatório <input type="checkbox"/> Insatisfatório	
<b>2. Aquecimento: alcançou os objetivos?</b> <input type="checkbox"/> Alcançou plenamente <input type="checkbox"/> Alcançou <input type="checkbox"/> Alcançou parcialmente <input type="checkbox"/> Não alcançou	
<b>3. Dinâmica: alcançou os objetivos?</b> <input type="checkbox"/> Alcançou plenamente <input type="checkbox"/> Alcançou <input type="checkbox"/> Alcançou parcialmente <input type="checkbox"/> Não alcançou	
<b>4. Processamento: alcançou os objetivos?</b> <input type="checkbox"/> Alcançou plenamente <input type="checkbox"/> Alcançou <input type="checkbox"/> Alcançou parcialmente <input type="checkbox"/> Não alcançou	
<b>5. Descreva os pontos fortes e as dificuldades que você encontrou em cada um desses momentos:</b>	
<b>5.1. Aquecimento:</b> <b>Pontos fortes</b>	<b>Dificuldades</b>

<p><b>5.2.Dinâmica:</b> <b>Pontos fortes</b></p>	
<p><b>5.3.Processamento:</b> <b>Pontos fortes</b></p>	<p><b>Dificuldades</b></p>

**6. Preencha nesse espaço suas críticas, sugestões ou dificuldades na realização das atividades, que poderão contribuir para a melhoria dos próximos grupos.**

## APÊNDICE C

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE**

Meu nome é Etiene, estudo no Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura, na Universidade de Brasília e estou realizando um projeto de pesquisa sobre o tema adolescência e promoção da saúde. Quero conhecer como os grupos temáticos realizados com adolescentes auxiliam na promoção da saúde, e o que significa para os participantes desses grupos, as expressões: adolescência, promoção da saúde e ser participante de um programa de atenção integral à saúde.

Por isso, gostaria de convidá-lo(a) para participar de algumas atividades que realizarei nesse estudo: precisarei observar nossas atividades durante a realização dos grupos de instrumentalização de filhos (GIFs), e registrar suas falas e opiniões sobre os temas que discutiremos. Nesses grupos, participarão mais ou menos 14 adolescentes. Encontraremos-nos seis vezes, a cada 15 dias, durante três meses. Cada encontro está previsto para durar 90 minutos. Falaremos de assuntos que vocês considerarem importantes e também de alguns propostos por nossa equipe de trabalho como: identidade, autoestima, relações interpessoais, relações familiares, projeto de vida, sexualidade, drogas, violência, gravidez e doenças sexualmente transmissíveis. Mas não será como uma sala de aula. Faremos jogos e brincadeiras que ajudem todos a participar. O local para a realização desses grupos é o auditório do NEPS, no Hospital Regional do Gama.

Ao longo do período de realização desses grupos, pode ser que eu faça uma entrevista com você, que durará no máximo 1 hora. Falaremos sobre assuntos do seu cotidiano, sobre suas vivências como adolescente. Para essa entrevista, eu farei a leitura do seu prontuário, que me fornecerá informações como, onde e com quem você mora, quantas pessoas há na sua casa, qual a renda familiar, quais os motivos que levaram



você e sua família a buscarem o Programa Adole-Ser, e os temas que são mais importantes para você. Se a entrevista não puder ser realizada em sua residência, você será ressarcido com o valor do transporte coletivo para o trajeto da sua casa até o local que definirmos.

No último dia da realização dos grupos, eu aplicarei um questionário com respostas de marcar X para saber o que você achou de participar dos grupos. Esse questionário será preenchido juntamente com os outros participantes da pesquisa e não há necessidade de que você coloque seu nome.

Nossas conversas, na entrevista e nos grupos temáticos serão gravadas, mas seu nome e informações pessoais serão mantidos no mais rigoroso sigilo. Quando eu for escrever o resultado da pesquisa, usarei as informações da entrevista, dos grupos temáticos e dos questionários, mas, com outros nomes, para garantir seu anonimato.

Em qualquer momento, antes e no decorrer da pesquisa, você receberá esclarecimentos sobre as dúvidas que possam aparecer. Não há nenhum risco em participar desse estudo. Sua participação é voluntária e por isso a qualquer momento você pode desistir da participação na pesquisa, não responder a alguma pergunta da entrevista e do questionário, ou não realizar alguma atividade que não se sentir à vontade para realizar, sem nenhum prejuízo por isso.

O resultado dessa pesquisa será disponibilizado ao Programa Adole-Ser a partir de julho de 2012 e poderá ser acessado por você, caso queira. Durante esse período poderão ser feitos artigos com resultados parciais para serem publicados em revistas de psicologia. Mas, as transcrições das entrevistas e dos grupos temáticos ficarão guardadas comigo.

Se você tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, entre em contato comigo pelos telefones: (61)8595-8566, (61)3556-9700, em horário comercial, ou

pessoalmente, no Hospital Regional do Gama às quintas-feiras, também em horário comercial. Se preferir, também pode entrar em contato por email: [etienemacedo@gmail.com](mailto:etienemacedo@gmail.com)

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF (Processo nº 0024.0.013.000-11). As dúvidas com relação à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ou informações sobre seus direitos como sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará comigo, pesquisadora responsável e a outra, ficará com você e sua família.

Nome da Pesquisadora: Etiene Oliveira Silva de Macedo

Assinatura da

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Nome do adolescente participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Nome do responsável legal: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

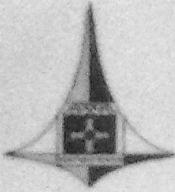
Assinatura do responsável legal: \_\_\_\_\_

Testemunha (ser for o caso): \_\_\_\_\_


Gama, DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

## ANEXO A

## Carta de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 058 /2011

PROCOLO Nº DO PROJETO: 045/11 – Adolescência e promoção da saúde: a percepção dos participantes de um grupo educativo.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 14/03/2013.

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.

Brasília, 15 de março de 2011.

Atenciosamente

**Maria Rita Carvalho Garbi Novaes**  
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF  
Coordenadora

Angela Maria/CEP/SES-DF

Fundação de Ética e Pesquisa em Ciências da Saúde - FINEP  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Fone: 325-4255 - Fone/Fax: 325-0119 - e-mail: cep@ses.df.gov.br  
SAMN - Q. 907 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-904