

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**PROPOSTA MULTIDISCIPLINAR E INTERSETORIAL DE ATENÇÃO
AOS ADOLESCENTES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UM
CENTRO DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG**

MÔNICA CRESPO PIMENTEL

BELO HORIZONTE – MG

2010

MÔNICA CRESPO PIMENTEL

**PROPOSTA MULTIDISCIPLINAR E INTERSETORIAL DE ATENÇÃO
AOS ADOLESCENTES DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UM
CENTRO DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - MG**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Anézia M. F. Madeira

BELO HORIZONTE – MG

2010

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos bons espíritos que me guiam e emanam bons pensamentos e condutas.

À minha família que teima em acreditar, incentiva e apoia.

Ao Pedro, meu filho que ao “adolescer” descortina um universo de desafios, belezas e saudades.

À minha amiga e gerente Jaqueline que confia e investe no nosso potencial.

Aos colegas de trabalho, parceiros, amigos, sensíveis aos problemas dos nossos jovens.

À Solange, Virgínia e educadores do CAC que me acolheram.

Ao Warley, que sempre nos incentivou para não deixar a “peteca cair”.

À Professora Anézia, delicada e dedicada nas suas intervenções.

Aos professores e colegas do CEABSF

RESUMO

Diante dos riscos sociais como gravidez, uso de drogas, mortalidade por causas violentas, exposição às doenças sexualmente transmissíveis e a percepção da necessidade de intervir sobre estes problemas, o trabalho trata de uma proposta de intervenção multidisciplinar e intersetorial para adolescentes da área de abrangência do Centro de Saúde São Paulo, Belo Horizonte-MG, a partir de uma revisão bibliográfica para compreensão deste período da vida, e das possibilidades de ações de promoção da saúde para os adolescentes. Foram considerados os pontos relacionados à auto-estima, protagonismo juvenil, apoio aos pais e a participação da comunidade nas ações propostas.

Palavras-chave: Adolescência, Promoção da Saúde, Multidisciplinar, Intersetorial.

ABSTRACT

Ahead to the social risks as pregnancy, use of drugs, mortality for violent causes, exposition to the sexually transmissible illnesses and the perception of the necessity to intervene on these problems, the work deals with an intervention proposal to multidiscipline and intersetorial for adolescents of the area of abrangência of the Center of Health Is Pablo, Horizon Beauty, from a bibliographical revision for understanding of this period of the life, and the possibilities of action of promotion of the health for the adolescents. The points related had been considered to auto-esteem, youthful protagonism, support to the parents and the participation of the community in the actions proposals.

Word-key: Adolescence, Promotion of the Health, Multidisciplinar, Intersetorial.

SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO	6
II OBJETIVOS	9
2.1 OBJETIVO GERAL	9
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
III METODOLOGIA	10
3.1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	10
3.1.1 ADOLESCÊNCIA.....	10
3.1.2. PROMOÇÃO DA SAÚDE	16
3.1.2.1 O conceito de promoção da saúde.....	16
3.1.2.2 O contexto da promoção da saúde para os jovens.....	18
3.1.2.3 Promoção da saúde para adolescentes como um desafio para todos.....	19
3.1.2.4 A importância da família no contexto de promoção da saúde do adolescente.....	19
3.1.2.5 O protagonismo juvenil: adolescentes sujeitos da ação	20
3.1.2.6 Trabalhando a auto-estima do adolescente: um caminho na promoção da saúde	21
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DO CSSP	23
3.3 GRUPOS DE DISCUSSÃO: IDENTIFICAÇÃO DE PARCEIROS.....	25
3.4 EXPLICAÇÃO PARA O PROBLEMA “RISCOS SOCIAIS E DE SAÚDE DO ADOLESCENTE”	26
3.5 O PLANEJAMENTO DA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	27
3.6 EXPERIÊNCIA PILOTO.....	31
IV CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
VI REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36

I INTRODUÇÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei n.º 8.069/90 (BRASIL, 1990), define a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade, já a Organização Mundial da Saúde (OMS) delimita-a como a segunda década de vida (10 aos 19 anos). Neste período verificam-se profundas mudanças no corpo, na maneira de pensar, agir e na forma como os adolescentes representam seu papel social. Estas transformações afetam as relações do adolescente com sua família, amigos e influenciam a maneira como ele próprio se percebe como ser humano.

O ECA constitui num marco jurídico importante. Fruto de movimentos sociais mundiais veio responder à demanda de proteção e educação das crianças e adolescentes reconhecidos como sujeitos de direitos em sua condição de seres em formação, aos quais devem ser dadas prioridade absoluta e proteção integral, garantindo-lhes direito à vida, à saúde, à dignidade, ao respeito e à liberdade, à convivência familiar e comunitária, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer e à profissionalização.

No Brasil, a população adolescente e jovem, de 10 a 24 anos, corresponde a 30,33% da população, segundo a última contagem populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, de 2007. Trata-se de um grupo com grande expressividade populacional. São 57.426.021 de adolescentes e jovens, dos quais 50,4% homens e 49,5% mulheres. Observa-se transformações na composição etária brasileira como o aumento do número de adolescentes de 15 a 19 anos e redução de jovens entre 20 e 24 anos e grande parte desta população vive nos grandes centros urbanos (BRASIL, 2007).

Em Belo Horizonte, são 411.970 jovens entre 10 e 19 anos, em 2004, segundo dados demográficos do IBGE, representando cerca de 18% da população do município (BRASIL, 2004).

Além da representatividade quantitativa deste grupo populacional, verifica-se a crescente vulnerabilidade desta faixa de idade relacionada aos indicadores de mortalidade por causas externas, gravidez na adolescência, uso de drogas e bebidas alcoólicas, evasão escolar, transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DST); dentre outros riscos sociais.

Segundo o Ministério da Saúde, 40% dos óbitos no Brasil acontecem entre jovens de 10 a 24 anos, 16% dos abortos por complicações na gestação acontecem entre meninas de 10 a 19 anos, 23% dos nascidos vivos são filhos de mães adolescentes, 18% dos desempregados

são jovens de 18 a 24 anos. Verifica-se ainda, o crescimento da AIDS entre adolescentes de 13 a 19 anos, principalmente do sexo feminino, onde há 10 meninas infectadas para cada 8 meninos. Enquanto que na população em geral são 15 homens para cada 10 mulheres (BRASIL, 2004).

Em matéria do Jornal Hoje em Dia, Lima (2009) apresenta dados do IBGE de 2006, nos quais, 18% dos nascimentos em Minas Gerais tinham adolescentes de 15 a 19 anos como mães. Meninas de 10 a 14 anos eram responsáveis por 0,6% dos partos. Nas últimas duas décadas, estudos apontam o aumento da fecundidade das adolescentes, tanto no grupo de 10 a 14 anos como no de 15 a 19 anos, quando comparadas com as mulheres de 20 e mais anos de idade. “A queda da fecundidade aconteceu no Brasil entre as mulheres mais velhas e as adolescentes pobres são muito mais vulneráveis a uma gravidez”. O número de mães adolescentes em 2008, em Belo Horizonte foi de 3.977(12,99%) num total de 30.612 gestantes cadastradas pelo Sistema de Nascidos Vivos - SINASC (BELO HORIZONTE, 2008).

Estudo do IBGE também mostrou que mortes evitáveis como homicídios e acidentes de trânsito ajudam a encurtar a expectativa de vida do homem mineiro em 2,5 anos. Dos 2,5 anos perdidos pelas causas externas, 1,5 é registrado entre jovens entre 15 e 39 anos (LIMA, 2009).

O perfil de mortalidade dos adolescentes brasileiros é diferente daquele apresentado pela população geral. Em nenhum outro grupo de idade as causas externas são tão importantes e as causas mal definidas assumem um peso tão alto. No grupamento de 15 a 19 anos é maior o risco de homicídio, sendo os meninos mais vulneráveis que as meninas (BRASIL, 2004).

Em Belo Horizonte, do total de 310 óbitos entre 10 e 19 anos registrados em 2008, 178 (57,4%) foi por homicídio, segundo dados do Sistema de Informação de Mortalidade - SIM (BELO HORIZONTE, 2008).

A carência de atividades profissionalizantes e de geração de renda, a falta de qualificação dos jovens para a inserção no mercado de trabalho, a falta de perspectiva profissional e de qualidade no ensino público, associada a uma desestruturação familiar representa um risco potencial para que a ociosidade e a falta de um projeto de vida favoreçam a captação dos jovens para atividades ilícitas, uso de drogas, violência, gravidez indesejada e precoce, alcoolismo e outras formas de marginalização dos adolescentes na comunidade.

A experiência de dentista inserida em uma das equipes de Saúde da Família, no Centro de Saúde São Paulo (CSSP), Distrito Nordeste de Belo Horizonte, tem mostrado a necessidade de se desenvolver ações voltadas para os adolescentes da área de abrangência que

extrapolem o atendimento individual, centrado na queixa, para ações interdisciplinares e intersetoriais de promoção da saúde. Faz-se necessário, portanto, romper com os limites do serviço criando conexões com seguimentos da comunidade que visem diminuir riscos e agravos presentes na adolescência, conforme explicitado acima.

Segundo dados levantados pelos agentes comunitários de saúde (ACS) do CSSP, os adolescentes constituíam, em 2007, 11% da população total, ou seja, 1.738 adolescentes entre 10 e 19 anos de idade.

No Distrito Nordeste, de 50 óbitos na faixa etária de 10 e 19 anos, 29 (58%) foram por homicídio, já na área de abrangência do CSSP, de 5 óbitos, 3 (75%) foram por homicídio na mesma faixa de idade, segundo dados do Sistema de Mortalidade - SIM (BELO HORIZONTE, 2008). Outro fato que tem chamado atenção é o número de gestantes adolescentes no distrito, em 2008, 485 (13,39%) em 3.621 do total de gestantes da região (BELO HORIZONTE, 2008). No CSSP foram 19 adolescentes gestantes em 158 (12%), segundo dados dos ACS (2008).

Assim, preocupados com a situação colocada acima, sentimos motivados em conhecer experiências profissionais desenvolvidas com adolescentes na área de abrangência do centro de saúde. Para tal, realizamos uma primeira reunião, onde foram convidados diversos atores da comunidade, que de alguma forma trabalham ou desejam investir neste grupo populacional, dentre eles representantes de escolas locais, gerente do Centro de Apoio Comunitário (CAC), profissionais da unidade de saúde, docente da Escola de Enfermagem da UFMG e Polícia Militar de Minas Gerais.

Neste encontro, constatamos várias atividades desenvolvidas na comunidade voltadas para adolescentes, mas que, infelizmente, não são de conhecimento de todos, principalmente das famílias dos adolescentes.

Oportunamente, discutimos sobre a dificuldade de captação dos adolescentes para desenvolver atividades sócio-educativas e fomos unânimes em perceber que a sedução do jovem para inserir nessas atividades se processa, principalmente, pelo esporte, pelo lúdico ou pela arte. Sendo assim, apontamos a necessidade de promover uma maior discussão acerca dos temas entre os profissionais e a comunidade e a partir de outras experiências propormos a construção de um projeto de intervenção.

Diante dos riscos sociais a que estão sujeitos os adolescentes e jovens e a falta de projetos articulados junto à comunidade, justifica-se a necessidade de desenvolver ações de promoção e proteção à saúde dos jovens da área de abrangência do Centro de Saúde São Paulo.

II OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Construir uma proposta de intervenção intersetorial e multiprofissional, direcionada para os adolescentes da área de abrangência do Centro de Saúde São Paulo (CSSP), município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a área de abrangência do CSSP, suas vulnerabilidades e potencialidades para o trabalho com adolescentes;
- Conhecer a rede de atenção e proteção aos adolescentes, já existente na área de abrangência do CSSP;
- Compartilhar experiências, conhecimentos e competências intersetoriais e multiprofissionais para o desenvolvimento de programas/ações de intervenção para o público adolescente da área de abrangência do CSSP;
- Promover a interlocução e a co-responsabilização entre os parceiros.

III METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de intervenção intersetorial e multiprofissional direcionada para adolescentes da área de abrangência do CSSP, do município de Belo Horizonte, Minas Gerais, que tem como objetivo promover a saúde e prevenir riscos e agravos a esta população. A construção da proposta prevê o conhecimento do contexto em que o problema está situado, a articulação e identificação de parcerias, a reflexão sobre a causalidade e as conseqüências do problema central, a elaboração de ações que possam ter impacto sobre o mesmo e a análise de governabilidade dos parceiros na execução das ações propostas.

Para fundamentar as questões que serão abordadas na construção da proposta de intervenção, foi realizado um levantamento de publicações acerca da adolescência e da promoção da saúde em periódicos da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (Lilacs e Scielo), bem como consultas a programas do Ministério da Saúde, teses e dissertações de mestrado.

3.1 Fundamentação teórica

3.1.1 Adolescência

O significado da palavra “adolescer” vem do latim e quer dizer crescer. Este crescimento não é apenas do corpo, mas envolve questões afetivas, intelectuais, sociais, emocionais e existenciais. Os indivíduos não experimentam este crescimento em apenas um dos aspectos, mas como resultado das suas inter-relações.

A adolescência é caracterizada por um momento de transição e mudanças que afetam os aspectos físicos, sexuais, cognitivos e emocionais que levam os adolescentes a se relacionarem de forma diferente consigo mesmos, com os pais e com o mundo. É uma etapa decisiva no processo de amadurecimento do ser humano e um período de dimensão importante, na medida em que pode influenciar a forma de organização da postura e de tomada de decisão do adulto, frente a questões de ordem sexual, reprodutiva e social. (MOURA, 2006).

Aberastury e Knobel (1981) a concebem como a fase da reorganização emocional, de turbulência e instabilidade, caracterizada pelo processo biopsíquico a que os adolescentes estão sujeitos.

Apesar de a adolescência ser considerada por muitos como um fenômeno universal, ou seja, que acontece em todos os povos e em todos os lugares, o início e a duração deste período evolutivo varia de acordo com a sociedade, a cultura e as épocas, ou seja, esta fase evolutiva apresenta características específicas dependendo do ambiente sócio-cultural e econômico no qual o indivíduo está inserido (OSÓRIO, 1996 *apud* PRATTA e SANTOS, 2007, p.252).

Na cultura brasileira, geralmente são as mudanças biológicas da puberdade, ou seja, o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, que normalmente marcam o início da adolescência, de qualquer forma não é incomum encontrarmos jovens que ainda não desenvolveram caracteres da puberdade, mas já vivem a adolescência. Podemos dizer deste modo que adolescência é da ordem social, enquanto que a puberdade é da ordem biológica (GONÇALVES; GODOY, 2000).

Admite-se, em geral, que essa fase do desenvolvimento humano tem início a partir das mudanças físicas que ocorrem com os indivíduos a partir da puberdade. Neste sentido, torna-se importante pontuar que puberdade e adolescência, apesar de estarem diretamente relacionadas, correspondem a dois fenômenos específicos, ou seja, enquanto a puberdade envolve transformações biológicas inevitáveis, a adolescência refere-se aos componentes psicológicos e sociais que estão diretamente relacionados aos processos de mudança física gerados neste período. Ou seja, a adolescência começa na biologia e termina na cultura no momento em que menino e menina atingiram razoável grau de independência psicológica em relação aos pais (OSÓRIO, 1996, *apud* PRATTA & SANTOS, 2007, p.252).

Diante das diversas variáveis que determinam a adolescência, na prática não é possível estipular uma data exata para o início desse processo. O que se procura fazer é determinar alguns pontos que sinalizam esse momento do desenvolvimento.

Percebem-se neste processo transformações corporais decorrentes da ação dos hormônios com intensas modificações biológicas. Verifica-se a ocorrência do estirão do crescimento, com aceleração e desaceleração do crescimento; alterações na quantidade e distribuição de gordura no corpo e aumento da estatura e do peso. Nas meninas ocorre o crescimento de pelos pubianos e axilares, desenvolvimento das mamas, menstruação, capacidade de excitação sexual com lubrificação vaginal e capacidade de reprodução. Nos meninos, percebe-se o crescimento do pênis, crescimento de massa muscular, crescimento dos testículos, aparecimento de pêlos pubianos, aumento do pênis, mudanças de voz, ejaculações, pêlos axilares, aparecimento de barba, produção de espermatozoides, surgimento da capacidade de reprodução (MOURA, 2006).

Estas mudanças físicas características da puberdade, segundo Moura (2006), correspondem ao processo de maturação hormonal e de crescimento que são universais e ocorre de forma semelhante em todos os seres humanos, fazendo desta etapa um marco. As meninas iniciam o período um pouco mais cedo que os meninos. É indicativo desta fase o

aparecimento dos brotos mamários, por volta dos 9 a 13,5 anos de idade, e nos meninos o crescimento dos testículos e mudanças no escroto aos 9,5 a 14 anos de idade.

Para Gonçalves e Godói (2000), estas transformações podem ser vividas de forma conflituosa. A imagem que o jovem tem de si, não corresponde ao corpo que é visto no espelho. Isso implica também em mudanças internas. O adolescente perde um pouco da criança dentro e fora dele.

As hebiatras Jayne Blanchard e Clea McNely da Escola de Saúde Pública Johns Hopkins, nos Estados Unidos lançaram o livro “A adolescência explicada - um guia para um desenvolvimento saudável de jovens”, onde relacionam algumas transformações percebidas nas idades de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, conforme pode ser visto no quadro explicativo (JORDÃO, 2010):

Mudanças no processo de desenvolvimento da adolescência

	10 a 14 anos	15 a 19 anos
Emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Estranhamento do próprio corpo • Habilidade de demonstrar sentimentos • Distanciamento dos pais e a descoberta de que eles não são perfeitos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta a habilidade de ter idéias • Rede de amigos conhecidos se expande e as amizades são ainda mais valorizadas • Convívio com os pais cai
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Foco no presente – o futuro está muito distante • Capacidade de ter pensamentos abstratos • Comportamentos de risco aumentam (tendem a experimentar bebidas, cigarros e drogas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Passa a se preocupar com o futuro próximo • Valoriza um objetivo de vida, passa a ter aspirações e ambições • Comportamentos de risco aumentam ainda mais
Sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Garotas se desenvolvem antes dos meninos • Timidez e modéstia aumentam • Torna-se exibido e cresce o interesse por sexo 	<ul style="list-style-type: none"> • Sente amor e paixão de maneira intensa • Passa a ter relações sérias • O senso de identidade sexual se torna mais sólido
Moral	<ul style="list-style-type: none"> • Testa regras e limites • Mais noção de consciência, da relação ação–reação • Aprende a questionar moral e privilégios 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoram o raciocínio e o entendimento moral • Aumenta o interesse em questões sociais, morais e familiares • Cresce a auto-estima

Aberastury e Knobel (1981) destacam que durante as mudanças psicológicas da fase de construção da nova identidade ocorre, concomitantemente, um processo de luto pela perda do corpo de criança, da identidade infantil e da relação que mantinham com os pais durante a infância.

Percebe-se, nesta fase, a evolução de um estado de intensa dependência para uma condição de autonomia pessoal e de uma condição de necessidade de controle externo para o autocontrole (BIASOLI; ALVES, 2001; SILVA; MATTOS, 2004 *apud* PRATTA; SANTOS, 2007).

Estudos evidenciam que a adolescência corresponde a um fenômeno biopsicossocial cujo elemento psicológico do processo é constantemente determinado, modificado e influenciado pela sociedade (KALINA, 1999 *apud* PRATTA; SANTOS, 2007). Ela corresponde a um período de descobertas dos próprios limites, de questionamentos dos valores e das normas familiares e de intensa adesão aos valores e normas do grupo de amigos. Nessa medida, é um tempo de rupturas e aprendizados, uma etapa caracterizada pela necessidade de integração social, pela busca da auto-afirmação e da independência individual e pela definição da identidade sexual (SILVA; MATTOS, 2004 *apud* PRATTA; SANTOS, 2007).

Na adolescência o grupo torna-se o grande referencial, pois o jovem convive com pessoas que estão vivendo momentos semelhantes. Nesta convivência o adolescente pode treinar posicionamentos e comportamentos para a vida adulta. Esta interação constitui um espaço de descobertas, aprendizado, trocas afetiva, de informações, idéias e projetos.

Valorizar as turmas, sentir atração pela convivência com os amigos é uma característica dessa fase da vida. Esta identificação com os pares, ajuda na construção da confiança em si mesmo e na construção da identidade. No grupo, o adolescente busca identificação, proteção, reconhecimento e oportunidade de desempenhar um papel social. O adolescente busca encontrar segurança em um determinado grupo que apóie suas idéias e sua identidade (ERICKSON, 1987 *apud* MOURA, 2006).

Segundo as pesquisadoras Jayne e Clea da Johns Hpkins, citados por Jordão (2010) a idéia de que os jovens são ousados, audaciosos e intempestivos e não têm medo do perigo é questionável. Hoje, um maior conhecimento dos processos cerebrais revela que os jovens sentem medo, mas a consciência do risco não os imobiliza. Segundo as pesquisadoras a área cerebral que controla os impulsos só amadurece na idade adulta. Além disso, o jovem se

coloca em situações arriscadas em nome da aceitação social. Daí a importância de orientações no sentido de que fortaleçam a sua personalidade para enfrentar as pressões sociais.

É necessário ressaltar que o processo da adolescência não afeta apenas os indivíduos que estão passando por este período, mas também as pessoas que convivem diretamente com os mesmos, principalmente a família. Isso porque a adolescência dos filhos tem influência direta no funcionamento familiar, constituindo-se, portanto, como um processo difícil e doloroso tanto para os adolescentes quanto para seus pais (PRATTA; SANTOS, 2007).

Este é um período de turbulência na relação com os pais, o que promove a transformação de ambos. O adolescente sai de um lugar de resignação e obediência para um lugar de contraposição, questionamento e contradição às normas as quais tinha intimidade e consentimento. A adolescência marca a saída do circuito essencialmente familiar para a vida em sociedade, como cidadão de direitos e deveres.

A adolescência favorece as condições necessárias para a emergência de uma série de problemas e conflitos dentro do contexto familiar. O aumento desses conflitos geralmente está acompanhado de uma diminuição na proximidade do convívio, principalmente em relação ao tempo que adolescentes e pais passam juntos (STEIMBERG; MORRIS, 2001 *apud* PRATTA; SANTOS, 2007, p. 253).

Os adultos têm um papel central neste processo, pois oferecem a bagagem de regras e normas essenciais para o convívio social, atuam como modelos, cujas atitudes e comportamentos serão transmitidos às gerações que os sucedem (BIASOLI; ALVES, 2001 *apud* PRATTA; SANTOS, 2007).

O diálogo nessa etapa do desenvolvimento assume um papel importante, apesar de muitas vezes os adolescentes buscarem se fechar em seu "mundo" próprio. A falta de diálogo no ambiente familiar pode, portanto, acarretar ou, em certos casos, acentuar algumas dificuldades, principalmente em termos de relacionamento, podendo afetar até mesmo o bem-estar e a saúde psíquica dos adolescentes (PRATTA; SANTOS, 2007).

A família como referencial para a formação do adolescente precisa interessar e aproximar do mundo do adolescente para guiá-lo nesse processo de crescimento e de encontro consigo mesmo na busca pela maturidade emocional. Este processo é difícil para os pais, pois esta experiência também é nova para eles (MOURA, 2006).

Segundo a Dra. Cléa, da Johns Hopkins citada por Jordão (2010), na adolescência os jovens se afastam dos pais e formam seu círculo social. Nessa fase valorizam mais a amizade, mas isso não significa que eles não procurem ou não ouçam os adultos em questões mais densas.

Em relação à afetividade e sexualidade, o adolescente vivencia a atração sexual de forma intensa e tem desejo de experimentar relacionamentos afetivo-sexuais e amorosos. Os relacionamentos eventuais podem ser chamados de “ficar” que podem ou não se transformar em um namoro. O namoro acontece pelo fortalecimento do vínculo amoroso e segurança para o estabelecimento de um compromisso. Tanto o ficar quanto o namoro podem ou não incluir relações sexuais. Estas formas de relacionamento podem propiciar uma forma de aprendizagem a respeito da outra pessoa, da sexualidade e dos sentimentos, além de representar um ensaio para as relações afetivas adultas (GONÇALVES; GODÓI, 2000). É importante que o assunto não seja proibido, mas conversado, orientado, educado e pensado.

As formas de expressão da sexualidade/afetividade são as mais diversas possíveis e vivenciá-las é fundamental para o bem estar de todos nós. (...) saber da própria sexualidade leva o adolescente a saber mais sobre si, a uma melhor auto-estima, a uma maior responsabilidade nos seus atos e faz com que o encontro com o outro seja acompanhado de respeito, de sentimentos positivos (GONÇALVES; GODÓI, 2000, p. 28).

Outro aspecto que caracteriza esta fase é a necessidade de usufruir de liberdade e de protestar. Os pais, em contraposição, encontram certa dificuldade de aceitar os valores dos filhos. Muza (1991) *apud* Moura (2006) destaca que liberdade sem limite é igual ao abandono, enquanto que liberdade com limites se relaciona com cuidado, observação, contato físico permanente e diálogo. O adolescente precisa de tempo, espaço e diálogo. Por isso a importância da relação dos pais na construção da segurança e saúde no seu desenvolvimento psicossocial. A negociação bem trabalhada pode ser um recurso valioso nessa construção.

Nessa etapa do desenvolvimento, o indivíduo passa por momentos de desequilíbrios e instabilidades extremas, sentindo-se muitas vezes inseguro, confuso, angustiado, injustiçado, incompreendido por pais e professores, o que pode acarretar problemas para os relacionamentos do adolescente com as pessoas mais próximas do seu convívio social. Entretanto, essa crise desencadeada pela vivência da adolescência é de fundamental importância para o desenvolvimento psicológico dos indivíduos (DRUMMOND; DRUMMOND FILHO, 1998 *apud* PRATTA; SANTOS, 2007).

Contudo, a vivência da adolescência não é um processo uniforme para todos os indivíduos, mesmo compartilhando de uma mesma cultura. Ela costuma ser, geralmente, um período de conflitos e turbulências para muitos, no entanto há pessoas que passam por esta fase sem manifestarem maiores problemas e dificuldades de ajustamento (PRATTA; SANTOS, 2007).

Um ponto comum no conceito de adolescência saudável é a inserção plena do jovem no ambiente em que vive e decorrente de sua participação ativa em comunidade, reconhecendo-lhes e incorporando suas potencialidades (MOURA, 2006).

Muitos jovens, no Brasil, carecem de condições favoráveis para uma passagem da infância para a idade adulta, visto que este momento coincide com a inserção no mercado de trabalho, assumindo o papel de ajudar na economia familiar. Enquanto os adolescentes em situação de pobreza encontram impedimentos para viver a fase preparatória para a idade adulta, os jovens mais abastados vão vivenciar uma adolescência prolongada (UNICEF, 2003).

A adolescência pode representar um potencial de transformação da sociedade, pelas condutas desafiadoras, pela inconformidade com a ordem vigente e pelas manifestações culturais que propicia. É certo que a adolescência é um período que merece atenção e cuidado, principalmente dos pais, educadores e profissionais de saúde; entretanto reconhecer essa fase da vida sob um prisma sombrio e obscuro pode limitar práticas potencializadoras (COSTA, 2000).

3.1.2. Promoção da Saúde

3.1.2.1 O conceito de promoção da saúde

O referencial da promoção da saúde foi descrito em diferentes documentos (OTAWA, 1986; ADELAIDE, 1988; JACARTA 1991; BOGOTÁ, 2000; BANCOC, 2005). Seus conceitos sinalizam a necessidade de novas estratégias para se alcançar a saúde para todos. (WESTPHAL, 2006 *apud* ANDRADE, 2008)

A promoção da saúde é o processo de capacitação do indivíduo em melhorar e controlar sua saúde. Para alcançar o estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou lidar com seu ambiente. Saúde é vista, portanto, como um meio de vida e não um objetivo. Política de promoção de saúde envolve abordagens diversas, mas complementares, levando em conta diferenças sociais, culturais e econômicas de cada país (OTTAWA, 1986, p: 01).

A Carta de Ottawa define ainda cinco campos de atuação: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de capacidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 2002).

A promoção da saúde é uma importante estratégia da saúde coletiva, que se contrapõe à medicalização da sociedade em geral e no interior do próprio sistema de saúde. É entendida como um campo conceitual, político e metodológico para analisar e atuar sobre as condições sociais que são críticas para melhorar a situação de saúde e a qualidade de vida das pessoas. (BRASIL, 2002).

Segundo Sicoli; Nascimento (2003) *apud* Andrade (2008), a promoção da saúde procura identificar e enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, incidindo sobre as condições de vida da população. Ultrapassa a assistência médico-curativa e resgata a concepção de saúde como produção social.

A adoção do conceito de promoção da saúde como elemento redirecionador das políticas do Ministério da Saúde impõe a necessidade de sistematizar, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, propostas intersetoriais que provoquem ou reforcem o desenvolvimento de ações com os mais diferentes setores (BRASIL, 2002).

Segundo Marques (2000), nossa história é marcada por uma relação de dependência com o Estado, como se fosse o único responsável pelas políticas de assistência e de seguridade da população. Este traço social tem nos impedido de construir outra forma de organização. As pessoas têm encontrado dificuldade em buscar apoio e estabelecer parcerias com outras pessoas, instituições e movimentos. A forma tradicional de pensar o trabalho onde cada um fica isolado no seu setor não produz resultados que possam contribuir para uma vida em coletividade. Da mesma forma, trabalhar de forma interdisciplinar, onde se troca saberes, crenças e experiências diferentes não significa perder a própria identidade e a especificidade de conhecimentos especializados.

Os programas de promoção da saúde baseados em uma concepção ampliada de desenvolvimento, de participação, de intersetorialidade e de parceria trazem como marcas a multiplicidade de iniciativas, propostas, projetos e atores e constituem um permanente desafio (ANDRADE, 2008).

Segundo Westphal (2006) *apud* Andrade (2008), a promoção da saúde envolve a população como um todo, no contexto de vida diário; é dirigida sobre os determinantes culturais, ambientais, econômicos, sociais, políticos da saúde; combina métodos e abordagens diversas e complementares; objetiva a participação social; é uma atividade do campo social e da saúde, não apenas dos serviços de saúde.

3.1.2.2 O contexto da promoção da saúde para os jovens

Conforme Andrade (2008), a partir de década de 90, a temática da juventude ganhou projeção e complexidade, tornaram-se foco da sociedade a partir do momento em que foram associados a problemas sociais, seja como vítimas ou protagonistas. Em todo o mundo os jovens são identificados com problemas relacionados à violência, desemprego, gravidez, uso abusivo de álcool e drogas, DST/AIDS, falta de participação social, educação precária.

Andrade (2008) apresenta algumas conclusões do documento “Panorama Social da América Latina, 2004”, que mostram alguns paradoxos e tensões enfrentadas pela juventude da América Latina e do Caribe: Os jovens têm mais escolaridade, mas encontram-se excluídos do mercado de trabalho; os jovens têm mais saúde comparada a outras faixas etárias, porém são menos atendidos em suas necessidades de saúde específicas; apesar dos avanços da ciência, o homicídio é a principal causa de morte entre jovens e como este tipo de causa não é reconhecido como problema de saúde na sua forma morfológica, não é considerado no âmbito das políticas públicas de saúde; diminuição das taxas de fecundidade das jovens, porém persiste o aumento de mulheres jovens grávidas; o jovem tem mais contato com diversas situações de consumo, porém pela situação de pobreza não pode ter acesso a esses bens materiais.

Muza e Costa (2002) fazem ainda a seguinte consideração: quando se trata de patologias centradas no corpo físico, a rede de saúde ainda possui recursos humanos e equipamentos para oferecer uma assistência adequada, no entanto, quando a demanda centra-se em temas relacionados com as questões sócio-emocionais como os eventos associados à expressão da sexualidade ou surgem como consequência do envolvimento com situações relacionadas à violência e ao uso e abuso de substâncias psicoativas há um claro consenso da falta de equipamentos e recursos humanos para atender agravos tão complexos. Ao mesmo tempo, reconhece-se que a melhor forma de enfrentar esses agravos é a promoção da saúde dos adolescentes.

O acesso limitado a serviços de saúde, educação e assistência social e a falta de outras perspectivas tornam os jovens em situação de pobreza mais vulneráveis a agravos à saúde, cuja prevenção demanda comportamentos e atitudes baseados na construção de auto-estima, auto cuidado, valorização da saúde e formação de habilidades sociais para superação de pressões. Desta forma, a prevenção dos agravos deve ser norteada para a formação de cidadãos aptos a se protegerem e lutarem por seus direitos. Para isso é preciso agir de forma a reforçar o conjunto de recursos disponíveis para garantir aos indivíduos e seus familiares e à coletividade maior segurança e padrão de vida, ou seja, trabalho, saúde, moradia, relações familiares e comunitárias e, sobretudo habilidades, conhecimentos, valores e atitudes que subsidiam e norteiam decisões no enfrentamento de desafios e problemas (CAMPOS, 2000, p: 29).

3.1.2.3 Promoção da saúde para adolescentes como um desafio para todos

O Ministério da Saúde tem destacado como imperativa a necessidade da construção de uma agenda em prol da saúde e do desenvolvimento dos adolescentes, envolvendo não só o governo, mas toda a sociedade, objetivando a participação do jovem nas decisões da família e da comunidade; o atendimento às suas necessidades de educação, de saúde, de esporte, de lazer e de cultura; a criação de condições materiais, sociais e psicológicas favoráveis ao seu desenvolvimento que incluam a geração de renda em suas famílias e o cumprimento de legislações existentes como o código de trânsito e a proibição da venda de cigarros e álcool para menores de 18 anos (MINAS GRAIS, 2006).

Ao propor ações de promoção à saúde para o adolescente na comunidade admite-se que três grupos são importantes: a família, os profissionais sensíveis ao tema e os próprios adolescentes. Quando se trata de uma proposta de elaboração de ações de promoção à saúde, é fundamental uma aproximação com os atores sociais envolvidos como forma de alcançar as impressões, opiniões, sentimentos e saberes dos diferentes grupos e porque interessa conhecer quais os recursos e as dificuldades de cada um desses segmentos (pais, adolescentes e profissionais) em promover a saúde dos adolescentes na comunidade.

Nesse processo propõe-se que os sujeitos participem do pensar e entender os problemas. Essa possibilidade se efetiva em espaços de conversação, onde as demandas, dificuldades e competências são compartilhadas. Desta forma o trabalhador social se posiciona como um promotor de encontros, onde articula redes de apoio e ajuda para a elaboração de reflexões críticas (MARQUES, 2000).

3.1.2.4 A importância da família no contexto de promoção da saúde do adolescente

A família, por ser o primeiro lócus, é fundamental no processo de aprendizagem e formação social dos jovens, tendo em vista a herança cultural passada de pais para filhos. Na família os jovens elaboram seus conceitos iniciais e encontram seus principais referenciais e exemplos (MARQUES *et al.*, 2003).

A família, mais do que ninguém, educa todo dia, toda hora, sendo a instância mais responsável pelas condições de emancipação das decisões dos filhos (DEMO, 1997 *apud* MARQUES *et al.*, 2003). A comunicação familiar é fundamental na socialização do adolescente (RIBEIRO, 1998 *apud* MARQUES *et al.*, 2003), pois é no ambiente social da família que esse processo se inicia e onde ele forma suas primeiras opiniões. Neste sentido a

família é o local principal de formação do caráter de uma pessoa e o canal de comunicação deve ser bem desenvolvido por esta, para que haja inter-relação e conseqüentemente segurança de aceitação e compreensão do jovem sobre o seu meio. É fundamental ajudar os adolescentes na compreensão e vivência dessa fase, valorizando-os como sujeitos de sua história (DEMO, 1997 *apud* MARQUES *et al.*, 2003).

A família é fundamental na promoção da saúde do adolescente, criando e implementando estratégias de apoio, conhecimento, habilidades e atitudes, de forma que os adolescentes se sintam compreendidos como sujeitos. Esse é um processo que acontece a longo prazo. E se tiver características de dominação e opressão não produzirá resultados em tempo e espaços almejados (PINTO, 2000 *apud* MARQUES *et al.*, 2003,p :144).

Para instrumentalizar e apoiar as famílias, Cordeiro (2007) sugere espaços para as famílias com lugares onde pais e educadores possam partilhar medos, angústias, trocar idéias e saberes, encontrar apoio na resolução de problemas e ganhar mais autoconfiança.

São espaços privilegiados de obtenção de informação sobre desenvolvimento, do desenvolvimento de competências relacionais entre pais e filhos, de ajuda na resolução de problemas, de treino de competências para lidar com situações de *stress* familiar e social. Na realidade, compreender muitas destas temáticas na perspectiva dos pais implica uma consciência por parte dos programadores de que ninguém está preparado para ser pai antes de o ser e há um percurso de aprendizagem que necessita ser feito. Este espaço dos pais afigura-se um contexto interessante de desenvolvimento de competências e conhecimentos que pode ajudá-los a compreender muito da problemática adolescente e, conseqüentemente, a lidar melhor com ela. Em termos de recursos humanos, uma programação deste âmbito implica necessariamente grupos de programação e de trabalho multiprofissionais conjugando esforços do âmbito da saúde, da família e da escola (CORDEIRO, 2007, p: 710).

3.1.2.5 O protagonismo juvenil: adolescentes sujeitos da ação

A promoção da saúde pressupõe que as políticas públicas não sejam apenas assistencialistas, mas valorizarem a participação dos jovens, a partir de sua realidade, respeitando sua individualidade e as adversidades. Quando se entende o jovem como sujeito de direitos, devem ser consideradas suas trajetórias, aspirações e preocupações.

As ações de promoção da saúde têm por objetivo estimular o potencial criativo e resolutivo dos adolescentes, fomentando a participação e o protagonismo juvenil, para o desenvolvimento de projetos de vida e comportamentos que priorizem o autocuidado em saúde (MINAS GERAIS, 2006).

Diversas estratégias de promoção da saúde podem ser desenvolvidas de maneira integrada e intersetorial, envolvendo grupos de adolescentes protagonistas, oficinas,

atividades esportivas e culturais, profissionalizantes e participação em atividades comunitárias. As várias ações devem envolver a participação ativa dos jovens no sentido de refletirem sobre os caminhos que podem tomar em suas vidas, desenvolvendo desta forma autonomia e responsabilidade (MINAS GERAIS, 2006).

O Ministério da Saúde recomenda a utilização da participação juvenil como estratégia para a promoção da saúde e como forma de garantir direito à liberdade dos adolescentes, assegurado no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA). Esta participação contribui para a construção da cidadania, da autonomia, da auto-estima, da assertividade e do projeto de vida (BRASIL, 2007).

Considerando a importância do jovem como protagonista da própria vida ele deve ser chamado a decidir, planejar, executar, avaliar e apropriar-se dos resultados de todo programa que se propõe a promover saúde. O educador ou qualquer outro profissional ou indivíduo tem papel de facilitador desse processo. Devemos partir do pressuposto de que o jovem sabe, pode e é capaz, não a partir dos seus limites, mas das suas potencialidades.

Segundo Costa (2000), o jovem tem um potencial enorme que se for canalizado de maneira correta e construtiva, pode gerar uma grande mudança na realidade sobre qual interage.

Segundo Maldonado (2003), os inúmeros projetos sociais e de desenvolvimento comunitário que se apóiam no protagonismo juvenil, nos provoca a uma mudança no olhar para o potencial criativo dos jovens e para a capacidade de atuar como agentes de mudança no contexto em que vivem.

3.1.2.6 Trabalhando a auto-estima do adolescente: um caminho na promoção da saúde

A principal preocupação da promoção da saúde para adolescentes é estimular neles comportamentos e estilos de vida saudáveis que insiram no eixo de motivação para o autocuidado.

Dom Bosco citado por Costa (2000) faz referência a uma escala de desenvolvimento que opera o processo de promoção da saúde a partir da relação de produção da auto-estima. A qualidade da relação entre educador e educando, percebida num toque, carinho, afeto, conselho, cumplicidade, num sorriso é base para a construção do desenvolvimento pessoal e social. Dessa forma, quando o jovem tem a sensação de que tem valor para alguém, ele desenvolve sua auto-estima, ou seja, sua capacidade de gostar de si mesmo. Quando isto acontece, ele passa a ter um bom auto-conceito, significa que tem uma boa idéia de si mesmo, gerando autoconfiança. Passa a acreditar em si mesmo. Ao adquirir autoconfiança passa a ter

uma visão de futuro, ou seja, olhar para o futuro sem medo. Desenvolve então o desejo que quando racionalizado transforma-se em projeto de vida, que é a capacidade da pessoa desenvolver objetivos e metas em prazos variáveis nas várias dimensões da vida. Quando o jovem tem um projeto de vida ele encontra sentido para sua vida.

A partir desta condição, conforme Costa (2000) o adolescente desenvolve a autodeterminação, o que vem a gerar um forte sentido de resiliência, ou seja, a capacidade de crescer na adversidade. Enxergar as adversidades como oportunidade de crescimento. Entra num processo de auto realização, que não se operam a partir de resultados finais, mas resultados em processo. À medida que a pessoa se realiza é capaz de atingir a plenitude humana, que é a felicidade na vida afetiva, profissional e na cidadania.

Este caminho não é linear nem positivista, mas ajuda a explicar porque os programas de promoção da saúde que trabalham projetos de vida podem não produzir resultados esperados. Para pensar estratégias para que os jovens estudem, trabalhem e sejam felizes é necessário criar neles o desejo. Portanto o querer ser, a auto-confiança, o auto-conceito, a melhoria da auto-estima e a busca da identidade devem ser trabalhados previamente.

Como existe uma profunda interligação entre a auto-estima de indivíduos, de famílias e de comunidades, o devido aproveitamento do auto-conceito positivo dos adolescentes poderá inspirar muitas linhas de ação para alavancar o protagonismo juvenil, com suas possibilidades de contribuição para o desenvolvimento das famílias desses jovens e de seu contexto. Convém lembrar que contribuir para o desenvolvimento da auto-estima de outros fortalece a própria auto-estima (MALDONADO, 2003, p.01).

A motivação é o motivo que move uma pessoa a pôr em ação uma idéia, fazendo-a mudar de curso (BORUCHOVITCH et. al., 2001, *apud* MARQUES et. al., 2003). É a vontade de executar ou perseguir uma determinada meta (FORTE, 1998, *apud* MARQUES et. al., 2003). É a capacidade de escolha, de decisão. Estes conceitos são importantes, pois ajudam a compreender os jovens numa fase de descobertas e mudanças, onde o desejo e a tomada de decisão podem ser potencializados para comportamentos e atitudes positivas para a vida.

3.2 Caracterização da área de abrangência do CSSP

Para situar os problemas e a vulnerabilidade a que estão sujeitos os adolescentes da área de abrangência do CSSP foi realizada uma pesquisa aos dados demográficos de Belo Horizonte, do IBGE, referente a estimativas para 2009, visitas de campo, entrevista com os agentes comunitários de saúde (ACS) e representante do Conselho Local de Saúde, de forma a contextualizar o problema e a proposta de intervenção.

A comunidade se formou há aproximadamente 67 anos no entorno de um matadouro, atual Centro de Abastecimento Regional. Eram, no princípio, 09 quadras de casas ocupadas por funcionários da Polícia Militar. O único acesso ao bairro era pela Rua Jacuí.

Hoje, encontram-se na área de abrangência, algumas das principais vias de acesso para a cidade, como as avenidas Cristiano Machado e o Anel Rodoviário que dão acesso ao Aeroporto Internacional de Confins e saídas para o Estado do Espírito Santo, respectivamente. Por interligar vários bairros e fazer divisa com o município de Santa Luzia, sua localização favorece o trânsito e a fixação de pessoas de outras cidades e bairros.

Muito recentemente, com a construção da Linha Verde, foram desapropriados vários barracos às margens da Av Cristiano Machado, que formavam a Vila Vietnã, com alto índice de violência e vulnerabilidade social. Muitas famílias se fixaram em outras regiões do próprio bairro, apenas deslocando o problema de lugar.

A área de abrangência do CSSP possui uma população de 14.063 habitantes (Censo BH, 2000), distribuída em setores censitários classificados de alto e médio risco, conforme indicador de vulnerabilidade social. Fazem parte os bairros São Paulo, Pirajá, Eymard, e parte do bairro São Gabriel e Fernão Dias.

A população empregada vive do comércio, prestação de serviços, biscates, alguns poucos profissionais liberais e empresários. A renda média por família é de 1 a 3 salários mínimos em mais de 70% das famílias, segundo levantamento dos ACS. É baixo o número de analfabetos, assim como o número de pessoas com curso superior completo. A estrutura de saneamento básico é adequada, com serviço de esgotamento sanitário, água canalizada e coleta de lixo em torno de 97% dos domicílios. Existem 03 setores censitários classificados em risco elevado, onde se encontram os principais problemas sociais, como violência, consumo de drogas, alcoolismo, precárias condições de moradia, desemprego, crianças em situação de abandono, evasão escolar, e com maior risco social e de adoecimento.

A região possui 08 escolas de educação infantil; 01 creche conveniada com a AMAS; 04 escolas públicas de ensino fundamental e médio, sendo uma delas no formato de escola integrada com 02 turnos de funcionamento; 01 escola particular do SESI; 01 unidade da PUC-Minas que faz divisa com o bairro São Gabriel, 01 hospital, recentemente incorporado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMSA/PBH (Hospital Nossa Sra. Aparecida); 04 igrejas; 02 praças; 01 delegacia da Polícia Militar; 01 central de abastecimento municipal regional que funciona dentro de um mercado onde funcionava o antigo matadouro; 01 parque ecológico (Parque Prof. Guilherme Lage); 01 Centro de apoio à comunidade com atividades esportivas e profissionalizantes para jovens e adultos que, entretanto, não são suficientes às necessidades da comunidade.

A área física caracteriza-se por ser basicamente residencial, com uma pequena, mas importante área de comércio local. Encontra-se nas proximidades o Minas Shopping que constitui um centro de compras e lazer muito freqüentado pela população da região. O mercado de ambulantes é relativamente pequeno e concentra-se próximo à praça principal, localizada em frente ao Centro de Saúde e no entorno do Minas Shopping. Não existem indústrias de pequeno ou grande porte.

A Associação Comunitária é pouco participativa, sendo o Conselho Local de Saúde formado pelos mesmos cidadãos há mais de 10 anos, que pouco se organizam para reivindicar alguma melhoria para a região.

Os problemas sociais relacionados ao ambiente podem ser evidenciados pela utilização empobrecida dos espaços potenciais para atividades físicas, de lazer, cultura e educação. O Parque Prof. Guilherme Lage apresenta uma considerável área verde que poderia representar um importante recurso de promoção de qualidade de vida para a população, entretanto encontra-se mal cuidado e freqüentado por usuários de drogas e marginais, o que acaba por inibir a freqüência do local pela comunidade.

Além disso, o acúmulo de lixo e a falta de conscientização e educação sobre a importância de se manter limpas ruas, calçadas e espaços de convivência coletiva são problemas sociais de impacto no ambiente da área de abrangência. A carência de atividades profissionalizantes e de geração de renda, a falta de qualificação dos jovens para a inserção no mercado de trabalho, a falta de perspectiva profissional e de qualidade no ensino público, associada a uma desestruturação familiar representa um risco potencial para que a ociosidade e a falta de um projeto de vida favoreçam a captação dos jovens para atividades ilícitas, uso de drogas, violência, gravidez indesejada e precoce, alcoolismo e outras formas de marginalização dos adolescentes na comunidade.

Outros problemas percebidos foram depressão, isolamento ou mesmo estado de abandono em que se encontram muitos idosos que não dispõem de espaços de lazer, convivência e produção em que possam desenvolver suas habilidades e compartilhar experiências de vida, inserindo-se na sociedade de forma produtiva e participativa, de maneira que sintam úteis, importantes e valorizados social e economicamente. O desemprego, a falta de remuneração digna e de condições básicas de vida são problemas sociais, reflexo da iniquidade na nossa sociedade e também identificada na nossa área de abrangência.

3.3 Grupos de discussão: Identificação de parceiros

Inicialmente foram realizadas reuniões com duas equipes de saúde da família do CSSP para identificação e discussão sobre os problemas relacionados aos adolescentes da área de abrangência, como: gravidez na adolescência, uso de drogas, mortalidade por causas violentas, doenças sexualmente transmissíveis, despreparo dos pais para lidar com o filho adolescente, participação da comunidade no enfrentamento destes problemas, recursos existentes, entre outras questões.

Entre os profissionais, de forma pontual e informal, foram questionados interesses e disposição para trabalhar com o público jovem.

Em julho de 2009 foi realizada uma reunião, onde foram convidados profissionais do centro de saúde, UFMG (Curso de enfermagem), agentes comunitários de saúde, representante da Ação Mineira para a Educação - AME, do Conselho Local de Saúde, escola integrada, Centro de Apoio Comunitário, polícia militar, gerente do parque Prof. Guilherme Lage, ou seja, pessoas que de alguma forma convivem com a problemática da adolescência. Os objetivos do encontro foram: identificar potencialidades e possibilidades de construção de um trabalho integrado voltado para o público adolescente, ouvir as experiências de cada participante no trato com os adolescentes, conhecer os projetos e atividades já existentes e desenvolvidas pelos participantes, promover uma inquietação frente os problemas relacionados aos jovens e fomentar a necessidade de ação frente aos riscos e agravos presentes na adolescência.

Na reunião percebeu-se que uma das dificuldades é a adesão dos jovens aos projetos existentes na comunidade e que o esporte representa um importante recurso de captação e construção de vínculo entre eles. Constatou-se que qualquer ação junto aos adolescentes deve partir de uma construção coletiva onde os mesmos sejam protagonistas no processo. A auto-

estima e o auto conceito são condições elementares para se trabalhar o auto cuidado e projetos de vida. “É preciso crer para ver” (CAMPOS, 2000).

3.4 Explicação para o problema “Riscos sociais e de saúde do adolescente”

Os riscos e a vulnerabilidade social e de saúde identificados na adolescência apresentam tal complexidade que pode numa primeira aproximação gerar desânimo e apatia, por isso é importante um enfoque multidisciplinar e intersetorial, além de uma compreensão clara de suas causas e efeitos para o desenvolvimento de uma proposta de intervenção que realmente tenha impacto sobre o problema.

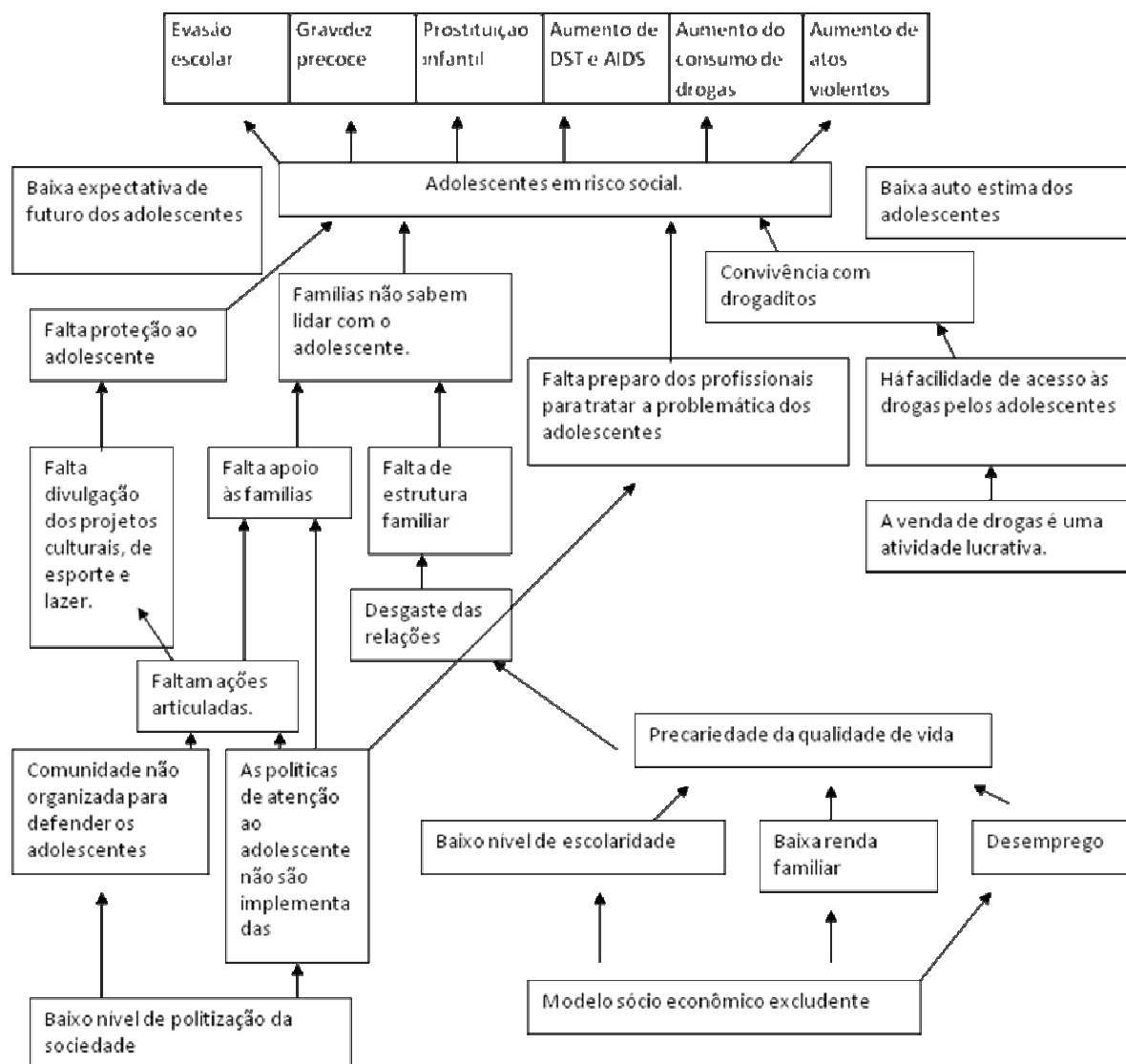
Considerando as discussões do grupo foi construída uma árvore explicativa para os problemas identificados denominada “*riscos sociais e de saúde do adolescente*”.

A árvore de problemas, segundo Campos; Oliveira (2009) proporciona um conhecimento detalhado de uma situação negativa, nos permite identificar os problemas existentes, descrever melhor cada um deles, destacar os mais importantes, definir o que atende a maioria dos envolvidos, trabalhar sobre o problema focal, identificar causas substanciais e diretas do problema focal, identificar os efeitos substanciais e diretos do problema focal, analisar a situação problema de acordo com a visão dos envolvidos.

Ao compreender o problema é possível definir objetivos racionais e avaliar a governabilidade para realização das propostas de intervenção.

Segue apresentação da árvore de problemas construída de modo a abordar os principais problemas que atingem os jovens da área de abrangência do CCSP.

Árvore de Problemas



3.5 O planejamento da proposta de intervenção.

Na elaboração da proposta de intervenção foi utilizado o recurso de construção de um quadro lógico com o objetivo de traçar linhas de ações para intervir sobre o risco social e de saúde da população adolescente na área de abrangência do CSSP. O quadro lógico é considerado o mapa geral de um projeto que serve como base para o documento que formaliza a sua existência e fornece elementos para a implementação e avaliação do mesmo. O quadro lógico é um instrumento do método ZOPP (Planejamento de projetos orientados por objetivos) (CAMPOS; OLIVEIRA, 2009).

O método ZOPP é um método de planejamento constituído de duas etapas: a primeira relacionada à análise da situação e a segunda que constitui a elaboração da matriz de planejamento.

Na análise da situação são avaliados interesses, expectativas, contribuições e fragilidades dos envolvidos. É realizada análise dos problemas, com a identificação do problema central suas causas e efeitos, análise dos objetivos e das alternativas de intervenção.

A construção da matriz de planejamento fornece resposta para questões relacionadas ao objetivo do projeto, mudanças pretendidas, meio para se produzir as mudanças desejadas, as condições externas que influenciam o alcance dos resultados e dos seus efeitos e como é possível avaliar o alcance destas mudanças.

Ao construir uma proposta de intervenção pretendeu-se dar corpo a uma complexidade de ações que poderiam ser desenvolvidas. A análise de viabilidade e governabilidade do projeto está condicionada a um processo de “sedução” contínua e progressiva dos envolvidos. É realizada conforme interesses e possibilidades dos parceiros e nem por isso passiva diante das adversidades e dificuldades impostas pelas particularidades e resistências de um trabalho multidisciplinar e intersetorial.

O importante da proposta de intervenção é promover a articulação de ações dentro do serviço de saúde, comunidade e outros setores da instituição na execução de atividades permanentes direcionadas para o público adolescente, coerentes com os problemas identificados.

Não existe a pretensão de alcançar grandes mudanças, dada a dificuldade do trabalho coletivo, da adesão dos adolescentes, envolvimento da família, intervenção sobre problemas de ordem social, entretanto, pretende-se colocar em foco o problema dos riscos sociais a que estão expostos os adolescentes da área de abrangência do CSSP para desenvolvimento de ações permanentes de promoção da saúde, com a utilização de todo o conhecimento e recursos disponíveis no serviço e na comunidade.

Quadro lógico: Matriz de planejamento

Lógica de Intervenção	Indicadores objetivamente comprováveis.	Fontes de comprovação ou meios de verificação	Suposições importantes ou pressupostos
<p>Objetivo superior</p> <p>Diminuir o risco social de exposição dos adolescentes ao consumo de drogas, gravidez na adolescência, evasão escolar, envolvimento em atos violentos, prostituição infantil entre outras situações de risco.</p>	<p>Número de adolescentes grávidas diminuído.</p> <p>Diminuição do número de ocorrências policiais envolvendo adolescentes.</p> <p>Aumento do número de adolescentes freqüentando escolas.</p>	<p>Inquérito familiar, Ocorrência policial, SIM – Sistema de Informação de Mortalidade.</p> <p>SINASC – Sistema de Informação de Nascidos Vivos.</p> <p>Dados do Sistema de Informação da Educação</p>	<p>Apoio da família.</p> <p>Apoio da comunidade local.</p> <p>Apoio dos profissionais da saúde, educação, assistência social e outros.</p>
<p>Objetivo do projeto</p> <p>Articular uma rede de apoio ao adolescente na área de abrangência do Centro de Saúde São Paulo.</p>	<p>Rede de apoio construída e articulada</p>	<p>Relatório de atividades realizadas e pesquisa qualitativa de impacto na visão do adolescente e sua família.</p>	<p>Recursos cognitivos.</p> <p>Metodologia psicopedagógica</p> <p>Recursos políticos.</p> <p>Motivação dos envolvidos.</p>

Resultados desejados	Indicadores objetivamente comprováveis	Fontes de comprovação ou meios de verificação	Suposições importantes ou pressupostos
<p>Proteção social para os adolescentes garantidos.</p> <p>Apoio social para as famílias asseguradas</p> <p>Comunidade articulada para proteger o adolescente.</p>	<p>Aumento do número de adolescentes atendidos em programas sociais.</p> <p>Aumento das oportunidades sócio – culturais voltadas para o adolescente.</p> <p>Diminuição do número de adolescentes envolvidos em ações de violência e uso de drogas.</p> <p>Diminuição do número de óbitos entre adolescentes.</p> <p>Aumento de famílias recebendo apoio e orientação para lidar com adolescentes.</p> <p>Projetos comunitários catalogados e disponibilizados e divulgados para o público adolescente</p> <p>Conselho local de saúde participando das discussões e projetos de proteção ao adolescente.</p> <p>Conselho local de saúde participando das discussões e projetos de proteção ao adolescente.</p>	<p>Levantamento do sistema de informação da assistência social.</p> <p>Levantamento quantitativo de eventos, oportunidades e vagas em programa sócio – culturais.</p> <p>Dados de notificação e ocorrência policial envolvendo adolescentes.</p> <p>Sistema de informação de mortalidade – SIM.</p> <p>Relatório de famílias beneficiadas por programas de assistência social.</p> <p>Inquérito familiar.</p> <p>Entrevistas, questionários e pesquisa qualitativa dos profissionais que lidam com o público adolescente.</p> <p>Relatório de associação comunitária.</p> <p>Atas de reunião local de saúde.</p>	<p>Disposição dos órgãos públicos, comunidade, ONGs, para assumir a problemática que envolve a adolescência.</p> <p>Disponibilização de agendas entre os órgãos envolvidos para elaboração, avaliação e monitoramento de estratégias de intervenção e apoio.</p> <p>Interesse dos profissionais em trabalhar com o público adolescente.</p> <p>Conseguir recursos políticos para articulação de projetos na comunidade.</p> <p>Conseguir espaços na comunidade para realização de atividades de lazer, cultura e esportes para adolescentes.</p> <p>Conseguir espaços para desenvolver grupos de apoio às famílias.</p>

Atividades principais a partir dos resultados esperados

1. Proteção social para os adolescentes garantidos	2. Apoio social para as famílias asseguradas .	3. Comunidade articulada para proteger o adolescente
1.1 Levantamento e divulgação de programas sociais, projetos de capacitação e profissionalização para adolescentes na área de abrangência 1.2 Desenvolvimento de oficinas de teatro, música e dança. 1.3 Articulação de ações de promoção de saúde em instituições que trabalham com adolescentes. 1.4 Ocupação do parque Guilherme Lage e outras áreas do entorno para desenvolvimento de atividades de lazer, cultura e esporte.	2.1 Formação de grupos de apoio psicológico para familiares. 2.2 Levantar famílias em vulnerabilidade social. 2.3 Articular rede de apoio na comunidade para famílias em condição de vulnerabilidade. 2.4 Levantar recursos e orientar sobre acesso a benefícios como bolsa família, seguros desempregos disponibilizados pelas políticas de assistência social.	3.1 Levantar recursos na comunidade de apoio às famílias e adolescentes. 3.2 Incentivar a participação dos adolescentes nos conselhos locais de saúde. 3.3 Envolver a comunidade e os adolescentes na preservação e revitalização dos espaços públicos de lazer e no entorno da área de abrangência.

3.6 Experiência piloto

Após envio do projeto de intervenção para todos os parceiros envolvidos, através de correio eletrônico e solicitação de retorno com sugestões e críticas e posterior discussão com a gerente do CSSP, optamos por partir de algum lugar: o Centro de Apoio Comunitário do bairro São Paulo - CAC São Paulo.

No CAC são desenvolvidos projetos sociais como o Projeto Jovem de 6 a 14, esporte esperança e oficinas profissionalizantes. Por estar localizado próximo ao centro de saúde e pela facilidade no relacionamento e interesse da gerente do CAC em participar da proposta, justificou-se a escolha deste local.

Aproximadamente 50 crianças de 6 a 14 anos freqüentam, nos turnos da manhã e tarde, as oficinas e atividades desenvolvidas, em parceria com a Associação Municipal de Assistência Social (AMAS), no CAC São Paulo. São oficinas de teatro, esporte e artes que são acompanhadas por três educadores com formação em artes, turismo e psicologia. Essa equipe reúne mensalmente com uma representante da AMAS para elaboração de atividades e discussão de casos.

O primeiro contato foi feito com a equipe do CAC e representante da AMAS para apresentação da proposta e esclarecimento de dúvidas. Questionou-se o papel do centro de saúde na proposta e o envolvimento da gerência do mesmo na viabilização das ações a serem desenvolvidas. Foi esclarecido que existe interesse da gerência na efetivação de ações que envolvem a parceria com o CAC, no sentido de sensibilizar os profissionais e convocar para as discussões que se fizerem necessárias.

No dia 19 de abril aconteceu um primeiro encontro com os educadores do CAC para apresentar as ações desenvolvidas no centro de saúde, os profissionais disponíveis e as possibilidades de intervenções. Os educadores apresentaram o perfil dos jovens assistidos pelo projeto e as dificuldades encontradas. Identificamos a necessidade e a viabilidade de ações conjuntas.

Foi programada uma reunião com os agentes comunitários e educadores para desenvolver, inicialmente, estratégias para mediar uma interlocução com as famílias sobre a questão afetivo sexual na adolescência e a necessidade de cuidados em saúde.

Esta reunião aconteceu no dia 17 de maio. Foi feita uma apresentação dos objetivos iniciais, na perspectiva da identificação de outras demandas e possibilidades de intervenção. Os participantes se apresentaram relatando suas funções, área de atuação, dificuldades, expectativas e possibilidades de atuação no trabalho em equipe.

Foi feita a apresentação de um vídeo com os projetos desenvolvidos pelos educadores com crianças e jovens de 6 a 14 anos. As atividades desenvolvidas são planejadas em encontros mensais. Alguns pontos foram destacados como: necessidade de resgatar a imagem do CAC como espaço de desenvolvimento saudável de atividades de socialização e formação humana para crianças e jovens; necessidade de retomar os cursos profissionalizantes para os jovens e seus familiares; capilaridade dos ACSs na comunidade e a possibilidade de atuarem como mediadores nas relações entre o CAC, a unidade de saúde e as famílias; possibilidade de envolver as famílias a partir do recurso do teatro e dificuldade de deslocamento de crianças e jovens que residem longe do CAC para freqüentar as atividades ali desenvolvidas.

Os educadores ficaram responsáveis por relacionar casos problemas que envolvem a necessidade de uma abordagem familiar para programar visitas domiciliares junto com os ACSs. O objetivo é uma aproximação com as famílias na tentativa de abordar temas geradores de conflito que exija o envolvimento da família. É importante destacar que este educador tem formação em psicologia e acompanha as oficinas desenvolvidas com os jovens. Outro ponto importante neste primeiro movimento é a perspectiva de envolvimento de outros profissionais do Centro de Saúde, conforme necessidade identificada.

Essa iniciativa de ação intersetorial e multiprofissional é apenas um passo na construção de relações de parcerias para compartilhar saberes, habilidades e competências no enfrentamento de problemas complexos e de difícil abordagem, por isso há muito que se promover e construir.

IV CONSIDERAÇÕES FINAIS

A adolescência é um momento da vida onde profundas transformações se processam no plano físico, psicológico e social, onde as vulnerabilidades decorrentes deste processo se manifestam concomitantemente às nossas dificuldades como profissionais de saúde, pais e sociedade para lidar com esse universo novo. É por outro lado rico em oportunidades de trabalhar as potencialidades do jovem para a formação de um adulto maduro, cidadão ciente de seus direitos e deveres em sociedade.

A proposta de intervenção apresentada neste trabalho exige um esforço coletivo, multiprofissional e intersetorial para o qual não temos uma história de prática. Pressupõe uma mudança de paradigma há muito sinalizado nas propostas da promoção da saúde, mas que no nível operacional ainda engatinha no cotidiano dos serviços. Nem por isso esta constatação nos paralisa, ao contrário, instiga, fomenta, provoca o desejo de fazer diferente para obter resultados diferentes que impactem nos indicadores de violência e de risco à saúde dos jovens da nossa área de abrangência.

Dada a complexidade e magnitude das atividades propostas no quadro lógico, o que se propõe é um referencial norteador das ações a serem desenvolvidas.

Os desafios são efetivar cada uma das atividades propostas e buscar recursos metodológicos, cognitivos, políticos para construir de fato uma rede de proteção aos adolescentes. Uma das possibilidades imediatas de intervenção, factível e dentro da governabilidade da equipe de saúde da família, refere-se à articulação de ações de promoção da saúde em instituições que trabalham com adolescentes dentro da área de abrangência do Centro de Saúde São Paulo.

Essas ações têm como princípio: o trabalho em parceria com as famílias, apoiando-as e instrumentalizando-as para lidar com seus jovens; o protagonismo juvenil a partir da discussão e da busca permanente da auto estima e autoconfiança e sobretudo o trabalho junto com a comunidade.

A iniciativa dentro do CAC São Paulo pode indicar possibilidades de intervenção multidisciplinar, onde as competências, saberes e habilidades específicas de cada um tornam o processo de construção rico. Não é fácil promover esta interlocução, existem questões políticas, compatibilização de agendas, e a própria inércia em sair do lugar comum para fazer o diferente.

Ao considerar o projeto de intervenção ambicioso do ponto de vista operacional, tanto pela necessidade de envolvimento de diversos atores dentro e fora do Centro de Saúde, bem como pela complexidade dos saberes envolvidos, e a necessidade de motivação permanente espera-se que o registro do projeto de intervenção possa facilitar a visualização da proposta e sirva como recurso político de captação de parcerias dentro da instituição e na comunidade.

VI REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.

ANDRADE, E. A. **Gestão municipal de políticas públicas dirigidas à juventude e possíveis aproximações com a promoção da saúde**. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2008.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de Informação de Mortalidade- SIM**. SMSA/PBH, 2008.

BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde. **Sistema de informação de nascidos vivos – SINASC**. SMA/PBH, 2008.

BIASOLE - ALVES, Z. M. (2001). Crianças e adolescentes: a questão da tolerância na socialização das gerações mais novas. Em Z. M. Biasoli-Alves & R. Fischman (Orgs.), *Crianças e adolescentes: construindo uma cultura da tolerância* (pp.79-93). São Paulo: EDUSP *apud* PRATTA, E.; SANTOS, M.A.; *Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros*. **Psicol. Estud.**; vol. 12; nº 2; Maringá; Mai/Ago.; 2007.

BORUCHOVITCH, E; BZUNECK, J A, organizadores. *A Motivação do aluno. Contribuições da psicologia contemporânea*. Petrópolis: Vozes; 2001. *apud* MARQUES, M. F. C. et. al. *Adolescência no contexto da escola e da família – uma reflexão*. *Família, Saúde e Desenvolvimento*. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.5, n.2, p.141-146, mai./ago. 2003. Disponível: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8094/5713>> Acesso em: 05 mai. 2010.

BRASIL, **Estatuto da criança e do adolescente**. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Monitoramento na atenção básica de saúde: roteiros para reflexão e ação**. Série C. projetos, Programas e Relatórios/Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Brasília. DF. 2004.

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

Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 44 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.36, n.4, pp. 533-535. Disponível <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102002000400022&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0034-8910. doi: 10.1590/S0034-89102002000400022>. Acesso em: 12 mai 2010.

CAMPOS, F. C. C.; OLIVEIRA, C. C.; **Projetos Sociais: saúde e cidadania**. Belo Horizonte: Coopmed; 2009.

CAMPOS, M. A. **Redes sociais e trabalho sócio-educativo: alguns apontamentos para a construção de uma prática inclusiva**. Série Tudohaver, v. 03, p. 29-37, mar 2000.

CORDEIRO, R. A.. **O planejamento de um programa de intervenção com adolescentes**, Porto Alegre, 2007. Disponível em: <<http://www.apmcg.pt/files/54/documentos/2008034110320296363.pdf>>. Acesso em: 12 mai. 2010.

COSTA, A. C. G. **A participação do adolescente no seu entorno social**. Série Tudohaver, v. 03, p. 13-14, mar 2000.

DEMO, P. Educar pela pesquisa. 2ª ed. São Paulo: Autores associados; 1997 *apud* MARQUES, M. F. C. *et.al.* A adolescência no contexto da escola e da família – uma reflexão. Família, Saúde e Desenvolvimento. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.5, n.2, p.141-146, mai./ago. 2003. Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8094/5713>>. Acesso em 05 mai. 2010.

DRUMMOND, M.; DRUMMOND FILHO, H. (1998). Drogas: a busca de respostas. São Paulo: Loyola. *Apud* PRATTA, E.; SANTOS, M.A.; Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicol. Estud.** ; vol. 12; nº 2; Maringá; Mai/Ago.; 2007.

ERIKSON, E. H. Infância e sociedade, 2 ed. Rio de Janeiro, Zahar, 1987, *apud* MOURA, A.S. **Atenção à saúde do adolescente: análise do trabalho desenvolvido na unidade**

básica de saúde do Paranoá-DF. 111 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)- Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

FORTE, B. F. **Motivação no trabalho em saúde: uma cultura de conflitos e resistências.** In: FORTE, B. F.; FRAGA M. N. O; GUEDES, M. V. C. *Cultura e poder nas políticas públicas: Prática clínica e social aplicada.* Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC; 1998. *Apud* MARQUES, M. F. C. *et.al.* A adolescência no contexto da escola e da família – uma reflexão. *Fam. Saúde Desenv.,* Curitiba, v.5, n.2, p.141-146, mai./ago. 2003. Disponível em: < <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8094/5713>>. Acesso em 05 mai. 2010.

GONÇALVES, B. D. ; GODÓI, C. M. B.; **Adolescência, afetividade e sexualidade.** Adolescência – A emergência do novo. Uma proposta para programas comunitários. Série: TUDOHAVER, n.3: p.23-28, mar. 2000.

JORDÃO, C.; Caem os mitos sobre a adolescência; **Revista ISTO É;** 28 abr. 2010; ano 34; nº 2111; p. 66 – 68.

KALINA, E. (1999, 3ª Ed.). *Psicoterapia de adolescentes: teoria, técnica e casos clínicos.* (C. R. A. Silva, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. *apud* PRATTA, E.; SANTOS, M. A.; *Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros.* **Psicol. Estud.** ; vol. 12; nº 2; Maringá; Mai/Ago.; 2007.

LIMA, A. P.; REZENDE, J. 20% das crianças nascidas em Minas têm mães adolescentes. **Jornal Hoje em Dia,** Minas Gerais, p. 19. 03 de set. 2009.

MALDONADO, M. T., Alegria de viver. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 2003, vol.8, n.3, pp. 681-689 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 mai. 2010.

MARQUES, M. F. C. *et. al.* Adolescência no contexto da escola e da família – uma reflexão. *Fam. Saúde Desenv.,* Curitiba, v.5, n.2, p.141-146, mai./ago. 2003 [Online] 5:2. Disponível: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8094/5713>> Acesso em 05 mai.2010.

MARQUES, W. E. U. **Redes sociais e trabalho sócio-educativo: alguns apontamentos para a construção de uma prática inclusiva.** Série Tudohaver, v. 03, p. 44-49, mar 2000.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adolescente**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.

MOURA, A. S. **Atenção à saúde do adolescente: análise do trabalho desenvolvido na unidade básica de saúde do Paranoá-DF**. 111 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

MUZA, G. M.; COSTA, M. P. Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: o olhar dos adolescentes. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2002, vol.18, n.1 pp. 321-328 . Disponível: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000100033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 mai. 2010.

MUZA, G. M., Alcoolismo e drogadição na adolescência: História de vida. Tese de doutorado. USP. Ribeirão Preto. 1991, *apud* MOURA, A. S. **Atenção à saúde do adolescente: análise do trabalho desenvolvido na unidade básica de saúde do Paranoá-DF**. 111 f. 2006. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Ottawa charter for health promotion. First international conference on health promotion. 21 November 1986, Ottawa. WHO/HPR/95.1. Disponível em: <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_chartes_hp.pdf>. Acesso em 12 mai. 2010.

OSÓRIO, L. C. (1996). Família hoje. Porto Alegre: Artes Médicas. *apud* PRATTA, E.; SANTOS, M. A.; Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicol. Estud.** ; vol. 12; nº 2; Maringá; Mai/Ago.; 2007.

PINTO, T. C. R. Por um modelo libertador. In: PINTO, T; TELLES, I. S, organizadores. Aids e escola. Reflexões e propostas de EDUCAIDS. 2. ed. São Paulo: Cortez; Pernambuco: UNICEF; 2000 *apud* MARQUES, M. F. C. *et.al*. A adolescência no contexto da escola e da família – uma reflexão. Família, Saúde e Desenvolvimento. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.5, n.2, p.141 146, mai./ago. 2003. Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8094/5713>>. Acesso em 05 mai. 2010.

PRATTA, E.; SANTOS, M. A.; Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicol. Estud.**; vol. 12; nº 2; Maringá; Mai/Ago.; 2007.

RIBEIRO, M. A. Comunicação familiar e prevenção de DST's/aids entre adolescentes. J Brás Doenças Sex Transm. 1998; 10(1): 5-9. *Apud* MARQUES, M. F. C. *et.al.* A adolescência no contexto da escola e da família – uma reflexão. Família, Saúde e Desenvolvimento. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.5, n.2, p.141 146, mai./ago. 2003. Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8094/5713>>. Acesso em 05 mai. 2010.

SICOLI, J.; NASCIMENTO, P. R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface: Comunicação, saúde, educação. Botucatu. V.7;n.12; p.101-122, fev 2003 *apud* ANDRADE, E. A. Gestão municipal de políticas públicas dirigidas à juventude e possíveis aproximações com a promoção da saúde. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2008.

SILVA, V.; MATTOS, H. (2004). Os jovens são mais vulneráveis às drogas?. Em I. Pinsky; M. A. Bessa (Orgs.), Adolescência e drogas (pp. 31-44). São Paulo *apud* PRATTA, E.; SANTOS, M. A.; Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicol. Estud.** ; vol. 12; nº 2; Maringá; Mai/Ago.; 2007.

STEINBERG, G. L. & MORRIS, A. S. (2001). Adolescent development. Annual Review of Psychology, 52, 83-110. *Apud* PRATTA, E.; SANTOS, M. A.; Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicol. Estud.** ; vol. 12; nº 2; Maringá; Mai/Ago.; 2007.

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Relatório da situação da adolescência brasileira**, Brasília, 2003.

WETPHAL, M., Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: SOUZA, G. W. *et al.* (org). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p.635-667 *apud* ANDRADE, E. A. Gestão municipal de políticas públicas dirigidas à juventude e possíveis aproximações com a promoção da saúde. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, 2008.