

ELIANA SOUZA DA SILVA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA COM
ÊNFASE NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA**

GOVERNADOR VALADARES- MG

2010

ELIANA SOUZA DA SILVA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA COM
ÊNFASE NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do
título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Celina Camilo de Oliveira

GOVERNADOR VALADARES- MG

2010

ELIANA SOUZA DA SILVA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE NA ATENÇÃO BÁSICA COM
ÊNFASE NA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso
Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do
título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Celina Camilo de Oliveira

Dedico este trabalho à Comunidade do Bairro Santa Helena I, que me acolheu enriquecendo minhas experiências, em especial ao grupo de adolescentes formado durante o meu trabalho, que me mostrou a necessidade de uma abordagem especial a essa parcela da população.

Agradeço:

A Deus pela presença constante em minha vida concedendo-me capacidade e sabedoria;

À nossa tutora Débora Abreu Badaró, pelo constante apoio, fazendo tudo para que o curso ocorresse da melhor maneira possível;

Às professoras do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família pelos ensinamentos transmitidos;

À Minha amiga e parceira de trabalho Alexandra Beatriz de Sousa Coelho, que me incentivou e apoiou durante essa minha caminhada;

À Professora Nívea Freitas que colaborou na revisão de português desse trabalho.

Precisamos acolher o adolescente.

Acolher para facilitar o conhecer.

Acolher para não precisar recolher.

Acolher para poder aqui e agora colher.

Acolher para que nem o hoje nem o amanhã possam se perder.

Acolher para possibilitar o escolher.

Acolher para a vida não encolher.

Acolher para ser possível... simplesmente... adolescer”.

(ABEN. Projeto Acolher, 2000)

RESUMO

O presente estudo aborda a problemática da adolescência com foco no trabalho educativo sexual, apontando diretrizes para o trabalho da equipe de saúde da família com essa população. Foi realizada uma revisão bibliográfica, cujo resultado apresenta as principais transformações vivenciadas pelo adolescente, a vida social onde ele está inserido, a gravidez na adolescência e a legislação brasileira a ela relacionada. O estudo contempla, também, a abordagem do profissional da Estratégia de Saúde da Família no trabalho com os adolescentes no que se refere à educação para saúde, trabalho em grupo, projeto de vida e destaca as parcerias para o desenvolvimento do trabalho com adolescentes.

ABSTRACT

This study approaches the problem of adolescence with a focus on sexual education work, pointing guidelines for the work of family health team with this population. A bibliographic review was carried out, whose result presents the main transformations experienced by teenagers, the social life where it is inserted, pregnancy in adolescence and the Brazilian legislation related to it. The study also regard professional's approach to Family Health Strategy in working with young people with regard to health education, group work, life project and it highlights the partnerships to work's development with adolescents.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMAS	Associação Municipal de Assistência Social
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência adquirida
CAIC 1	Centro de Aprendizagem e Integração de Cursos
CIPD	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
DIU	Dispositivo Intra Uterino
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papiloma Vírus Humano
IPEC	Programa Internacional para Eliminação do Trabalho Infantil
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSF	Programa Saúde da Família
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SF	Saúde da Família
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso

SUMÁRIO

Introdução	11
Justificativa	14
Objetivos	17
Metodologia	18
Capítulo I ASPECTOS IMPORTANTES DA ADOLESCÊNCIA.....	19
1. Adolescência	19
2. Alterações Físicas e Emocionais que ocorrem na Adolescência.....	20
3. Vulnerabilidade	21
4. Sexualidade.....	22
5. Masturbação.....	23
Capítulo II CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIDA SOCIAL DO ADOLESCENTE.....	24
1- A Realidade Social onde o Adolescente vive	24
2- O Conceito de Gênero.....	24
3- Diversidade Sexual	25
4- Álcool, Drogas e Violência.....	26
5- Violência Sexual.....	27
6- A Importância da Escola na Vida do Adolescente.....	28
7- Mercado de trabalho.....	29
8- O Lazer, a Arte, o Esporte e a Vida Social.....	31
Capítulo III ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	33
1- Gravidez na Adolescência.....	33
2- Métodos Contraceptivos.....	34
3- Direitos Sexuais e Reprodutivos.....	35
4- Doenças Sexualmente Transmissíveis.....	36
Capítulo IV LEGISLAÇÃO BRASILEIRA RELACIONADA À ADOLESCÊNCIA	38

Capítulo V A ABORDAGEM DO PROFISSIONAL DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO TRABALHO COM ADOLESCENTE	40
1- Educação para Saúde.....	40
2- Educação Sexual.....	41
3- Projeto de Vida.....	42
4- Trabalho Educativo em Grupos de Adolescentes.....	43
5- As Parcerias para o Desenvolvimento do Trabalho com Adolescentes.....	45
Considerações Finais.....	47
Referências Bibliográficas.....	49

INTRODUÇÃO

O Movimento de Reforma Sanitária ocorrido no Brasil no início década de 80 produziu importantes reflexões sobre promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação que muito contribuíram para o grande evento da VIII Conferência Nacional de Saúde. Os documentos gerados nesta conferência formaram o grande arcabouço teórico para o trabalho da Constituição Brasileira de 1988 onde a saúde teve um novo modelo contemplado. A partir daí o SUS iniciou uma nova trajetória de regulamentação de lei garantindo sempre seus princípios e diretrizes.

O Programa de Saúde da Família (PSF) é uma estratégia que veio garantir a implementação do SUS (Sistema Único de Saúde) por meio de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, voltadas para a promoção, prevenção e tratamento dos agravos à saúde. Esse processo teve início em 1991 com a implantação Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e em 1994 começaram a ser formadas as primeiras equipes de PSF (BRASIL, 2001). Essa nova estratégia de atenção à saúde foi criada devido à necessidade de reordenação de novas práticas sanitárias no Brasil.

No município de Governador Valadares, a implantação do PSF- Programa da Saúde da Família ocorreu em 1998. Em 2002 iniciei meu trabalho como enfermeira da equipe do CAIC I neste município. No ano seguinte fui para a equipe do PSF Santa Helena I, permanecendo até junho de 2009 e adquiri valiosa experiência no trabalho com adolescentes. Em 2009, iniciei o trabalho em uma unidade básica de saúde, mas permaneci por pouco tempo e no momento estou atendendo em outra unidade básica no centro da cidade, onde não existe um trabalho específico para adolescentes.

Minha experiência maior foi adquirida na Estratégia de Saúde da Família (ESF), como é chamado hoje o PSF, por entender que ele não é um programa e sim uma estratégia. É um projeto dinamizador do SUS- Sistema Único de Saúde, que foi desenvolvido para promover mudanças no modelo de assistência à saúde do Brasil, dando mais atenção à prevenção das doenças e agravos.

A ESF presta assistência para todas as faixa etárias, de forma integral e contínua, por uma equipe mínima formada por 4 a 6 agentes comunitários de saúde, 1 ou 2 auxiliares ou técnicos de enfermagem 1 enfermeiro(a) e 1 médico(a). Em alguns locais existe também o programa

de saúde bucal com a presença de dentistas e sua equipe. Alguns municípios contratam também outros profissionais da área de saúde, tais como: psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, terapeuta ocupacional, educador físico, assistente social e nutricionista. Esses profissionais constituem a equipe do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Um dos grupos populacionais que recebe atendimento é formado pelos adolescentes. Nesta estratégia é que eu e minha equipe tivemos a oportunidade de trabalhar com o público adolescente e percebemos a grande necessidade de assistência a essa parcela da população. Particpei de uma formação básica para trabalhar com adolescentes. Essa formação foi oferecida pela Secretaria Municipal de Saúde através de uma parceria com a Fundação Vale do Rio Doce. Tenho a intenção de voltar à ESF e continuar o trabalho iniciado com os adolescentes em 2005, pois na unidade em que estou atuando hoje não tem área física suficiente para realizar um trabalho coletivo com adolescentes. Realizo apenas atendimento individual, acolhendo os jovens.

Em parceria com a equipe de ESF Santa Helena I, em 2005, formamos um grupo de adolescentes e trabalhamos principalmente com a temática saúde sexual e reprodutiva através de oficinas. Percebíamos a falta de espaço social onde os jovens pudessem colocar suas dúvidas relacionadas à sexualidade. Com a criação desse espaço, as oficinas passaram a funcionar quinzenalmente, na Unidade Santa Helena I, onde proporcionamos a oportunidade para que os adolescentes da comunidade pudessem refletir e discutir suas angústias e seus medos. Dessa forma, nós conseguimos aumentar a frequência dos jovens na unidade, não só quando estavam doentes, mas, sobretudo para receberem informações sobre atitudes preventivas. Eram incentivadas ações de promoção à saúde para que o jovem pudesse realmente ir ao encontro da saúde e não da doença. Com esse trabalho percebemos que os jovens precisavam muito mais do que palestras sobre sexo. Precisavam questionar e desenvolver a capacidade de tomar decisões, comunicá-las aos outros, lidar com os conflitos e defender as suas opiniões, mesmo que essas fossem contrárias às opiniões dos demais.

O Bairro Santa Helena é um dos mais violentos do município, onde muitos jovens perdem a vida precocemente. A população desta área de abrangência também convive com o uso e tráfico de drogas lícitas e ilícitas, uma das causas geradora da violência.

Considerando a sexualidade como um assunto polêmico, torna-se difícil sua discussão pela maioria dos educadores. Muitas pessoas não se sentem à vontade para falar sobre esse assunto

e por isso é necessária uma abordagem apropriada para esse grupo, através de uma metodologia mais dinâmica. Quando o assunto é a sexualidade do adolescente, com um programa específico para esse grupo populacional, carente de um acolhimento adequado, a equipe deve estudar e preparar-se para fazer um trabalho condizente com a dificuldade apresentada.

A adolescência é uma fase de transformações profundas no corpo, na mente e na forma de relacionamento social do indivíduo. Trata-se da etapa da vida em que ocorrem a maturação sexual, o acirramento dos conflitos familiares e o processo de formação e cristalização de atitudes, valores e comportamentos que irão determinar sua vida futura e na qual se inicia a cobrança de maiores responsabilidades e a definição do futuro profissional (BRASIL, 2000 p.05).

É um período caracterizado, também, por maiores responsabilidades e a definição do futuro profissional. É preciso que o jovem tenha uma estrutura social que dê suporte para o seu desenvolvimento integral. Vários são os desafios e as mudanças próprias desse período, no qual muitos adolescentes podem incorrer em comportamentos de risco, tornando-se vulneráveis. Nesta fase, as manifestações da sexualidade genital tornam-se mais evidente. Muitas vezes, manifestam-se através de práticas sexuais inseguras, podendo tornar-se um problema na vida do jovem. Para que esse período possa ser saudável, é necessária uma ação educativa visando a redução de riscos aos quais esse segmento populacional encontra-se exposto. Podemos elencar como riscos a gravidez precoce, as doenças sexualmente transmissíveis, o uso abusivo de álcool e de drogas, os acidentes e as diferentes formas de violência (BRASIL, 2005a).

JUSTIFICATIVA

A grande maioria dos adolescentes é pouco informada a respeito de sexualidade e reprodução. Atualmente os adolescentes podem ter mais informação sobre aspectos anatômicos da reprodução humana, mas não conseguem fazer ligação com a experiência prazerosa do sexo genital. Considerando estarem em fase de formação da personalidade eles têm dificuldades para colocar limites no parceiro, tanto para dizer não, como para negociar a prática do sexo seguro. Segundo Gomes (2002), de uma forma geral, o adolescente não recebe na família informações que envolvam a saúde e, quando tem acesso, essas informações são muitas vezes limitadas e inadequadas, provenientes de amigos, de pessoas pouco preparadas para essa função. Elas são, muitas vezes, distorcidas e baseadas em mitos e preconceitos. Muitas pessoas acreditam que negando aos jovens informações sobre sexualidade e contracepção, estariam evitando o início precoce da vida sexual. Entretanto, uma educação sexual de qualidade vai possibilitar que o adolescente tenha condições de escolher o momento apropriado para o início da vida sexual segura, saudável e com prazer (BRASIL, 1989). Outro dado importante é que, no Brasil,

nos últimos anos, tem-se observado que o padrão da estrutura familiar vem experimentando significativas mudanças. Essas mudanças têm atingido e modificado os tradicionais mecanismos de solidariedade familiar, considerados elementos básicos de proteção dos indivíduos e anteparo primário contra as agressões externas e a exclusão social (BRASIL, 1996 p.11).

As mudanças nas estruturas familiares podem gerar nos adolescentes inseguranças no enfrentamento de diversos aspectos da vida. Geralmente, o adolescente não recebe da família informações que envolvam a saúde reprodutiva e, quando tem acesso a essas informações, são, muitas vezes, limitadas e inadequadas, provenientes de amigos, de pessoas pouco preparadas para essa função.

O Art. 3.º do ECA- Estatuto da Criança e do Adolescente, diz que “a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana”, sem prejuízo da proteção integral, de que trata essa Lei, ao assegurar-lhes todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (ECA, 2002 p.20).

Minas Gerais é o quarto estado brasileiro com maior nº de casos de AIDS sendo fato preocupante o crescimento desta patologia entre as adolescentes na faixa etária de 13 a 19 anos. Há ainda a gravidez precoce e o aumento do consumo de drogas entre os jovens (BRASIL, 2005a).

Em 2002, foram registrados no DATASUS 1.650 óbitos de mulheres por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Dessas mulheres, 268 (16%) tinham entre 10 e 19 anos e 687 (42%), entre 20 e 29 anos. Portanto, mais da metade dos óbitos maternos registrados pelo DATASUS atingem a população mais jovem (58%) (BRASIL, 2007a p.23).

De acordo com o Boletim Epidemiológico (2002), cerca de 30% dos casos de AIDS, no período de 1980 a 2002, foram notificados como de adultos jovens de 20 a 29 anos. Esses dados nos permitem deduzir que grande parte desse grupo tenha adquirido o vírus HIV ainda na adolescência, o que torna urgente a elaboração de estratégias preventivas direcionadas para esse segmento da população, pois a AIDS pode ficar incubada por até 10 anos, aproximadamente.

Como a iniciação sexual ocorre cada vez mais cedo, o número de portadoras do HPV (Papiloma vírus humano), que é sexualmente transmissível e uma das causas de câncer de colo uterino, tende a ser maior, uma vez que quase metade das jovens sexualmente ativas tem esse vírus que pode ser eliminado ou ficar em latência, podendo também se manifestar em qualquer momento da vida (MONTEIRO, 2004).

Ao abordar a temática da adolescência observamos também que na última década o número de jovens brasileiros entre 15 e 24 anos assassinados cresceu em 77%. De acordo com Dayrell e Carrano (2003), a taxa de homicídio juvenil aumentou de 66,5% para 98,8 por 100 mil mortos, entre 1991 e 2000 (sic). Segundo os mesmos autores, estes números excedem aqueles relativos a países em situação de guerra declarada e o tráfico e o consumo de drogas contribuem fortemente para a participação de jovens brasileiros no ciclo perverso de homicídios, quer sejam como agressores ou como vítimas da violência.

Na tentativa de acolher e apoiar o adolescentes encontramos, de um modo geral, um dado importante sobre a frequência de adolescentes e jovens nos serviços de saúde no Brasil “Segundo pesquisa da UNESCO, os serviços de saúde não aparecem como um lugar importante e prioritário para se encontrar informações confiáveis sobre sexualidade, do ponto de vista dos adolescentes brasileiros.” (BRASIL, 2007a p.24). Se queremos trabalhar com esta faixa etária, não podemos ter uma atitude passiva dentro das unidades de saúde. É preciso

uma análise de diversos aspectos sócio-comportamentais para fazermos um planejamento que alcance uma quantidade significativa de jovens. “A busca pelos serviços de saúde é distinta entre adolescentes dos sexos feminino e masculino, refletindo, em geral, as construções sociais e culturais e as desigualdades nas relações de gênero” (BRASIL, 2007a p.25). É comum observar, também, que adolescentes do sexo feminino quando procuram o serviço de saúde podem estar em fase inicial de gravidez.

Ayres (1990) aponta que, além das condições concretas da estrutura biológica, o modelo clínico tradicional tende a desconsiderar as necessidades de saúde dos adolescentes, uma vez que extrapolam os aspectos orgânicos biológicos, já conhecidos e reforçados por esse modelo.

OBJETIVO GERAL

Fazer uma revisão bibliográfica sobre a problemática da adolescência com foco no trabalho educativo sexual na Estratégia de Saúde da Família.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Estudar as principais mudanças físicas e emocionais que ocorrem durante o período da adolescência.
- Discutir as principais dificuldades enfrentadas pelos adolescentes na sociedade.
- Identificar os principais problemas relacionados à saúde sexual e reprodutiva que podem ocorrer no período da adolescência.
- Demonstrar a importância da realização de um trabalho educativo voltado aos adolescentes, principalmente relacionado à saúde sexual e reprodutiva, que deverá ser realizado pelos profissionais de saúde da atenção básica.

METODOLOGIA

Trata-se de um trabalho de pesquisa bibliográfica sobre a promoção da saúde do adolescente, com ênfase nos aspectos da saúde sexual e reprodutiva e a sua conexão com trabalho da equipe de saúde da família.

Constou do exame de literatura científica: artigos obtidos na LILACS, MEDLINE e SCIELO; vários livros sobre adolescência; jornais e revistas científicas, cartilhas do Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde para levantamento e análise do assunto em questão.

Foi realizada pesquisa no período de 1981 a 2008 e as diversas informações foram articuladas e analisadas pela autora deste TCC (Trabalho de Conclusão de Curso). Foram coletadas cerca de 100 fontes bibliográficas e 62 foram utilizadas. Os artigos com assuntos muito repetidos ou sem relevância para o trabalho foram descartados.

Capítulo I

ASPECTOS IMPORTANTES DA ADOLESCÊNCIA

1- Adolescência

Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, a adolescência é delimitada como o período entre os 10 e 20 anos incompletos; sendo que o período de 10 a 24 anos é considerado como juventude. Para dados estatísticos, divide-se a juventude em fases: de 10 a 14 anos, de 15 a 19 anos e de 20 a 24 anos. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) delimita a faixa etária dos adolescentes entre 12 e 18 anos, percebendo-se então que, por um período, adolescência e juventude coincidem (BRASIL, 2005a).

A adolescência é uma fase da vida humana onde ocorrem alterações significativas, incluindo o crescimento físico e a transição psicossocial. É considerado um período conturbado, crítico e de grandes contradições e atritos constituindo uma etapa decisiva de um processo de desprendimento entre o jovem e o seu meio familiar. Podemos dizer que é uma etapa evolutiva da vida que se caracteriza pela passagem da infância para a idade adulta e envolve um conjunto amplo de transformações físicas, psicológicas e sociais, cujo processo de transformação e elaboração pode fragilizá-los de diferentes maneiras e intensidades, tornando-os mais vulneráveis para uma série de riscos.

As transformações físicas, durante o processo de puberdade, levarão a criança à função biológica de reprodução. Sua evolução psíquica, com todos os sinais e sintomas próprios dessa fase, mostram pólos de comportamento tais como: ora ri, ora chora; introvertido e extrovertido; detesta a família e adora a família; esconde o que pensa e fala o que não deve; altruísta e egoísta; quer aprender e detesta estudar; sono tranquilo e sono agitado; quer ser ele mesmo e imita os outros; acha-se lindo e acha-se feio; antecipa o que é de seu interesse e posterga o que não é (MINAS GERAIS, 2006 p.24).

Na busca da identidade, o adolescente pode recorrer ao comportamento defensivo, confundindo, assim, o meio social em que vive, mormente os familiares e professores. Neste momento ele inicia a busca de uniformidade com seus pares da mesma idade, que pode proporcionar segurança e auto-estima pessoal. Pode surgir o espírito de grupo, pelo qual o adolescente mostra-se tão inclinado. Há um processo de super-identificação em que todos se reconhecem em cada um. Assim, não pode separar-se da turma, nem de seus caprichos ou modas. Por isso, inclina-se às regras do grupo em relação a modas, vestimentas, costumes e preferências de todos os tipos. As atuações do grupo e dos seus integrantes representam a oposição às figuras parentais e uma maneira ativa de determinar uma identidade diferente

daquela do meio familiar. No grupo, o indivíduo adolescente encontra um reforço muito necessário para os aspectos mutáveis do ego, que se produzem nesse período da vida (ABERASTURY e KNOBEL, 1981). A adolescência é um período de mudanças profundas, surgindo crises em que o diálogo com os pais torna-se, muitas vezes, difícil, senão impossível. Nesse momento, os grupos e as turmas são importantes e necessários na busca de uma identidade, de regras próprias e para lidar com as dificuldades que surgem. A socialização pode ocorrer por um viés diferente das expectativas familiares.

2- Alterações Físicas e Emocionais que ocorrem na Adolescência

Puberdade é um termo utilizado para nomear mudanças físicas importantes que ocorrem no ser humano em determinadas faixas etárias, pela ação dos hormônios do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal. Comumente o seu início ocorre entre os 8 e os 13 anos para o sexo feminino e entre 9 e 14 anos, para o sexo masculino. Nesta fase ocorre o estirão do crescimento, que é a aceleração e a desaceleração do crescimento. Ocorrem as alterações na quantidade e distribuição de gordura no corpo; o desenvolvimento do sistema respiratório, circulatório, das gônadas e o surgimento dos caracteres sexuais secundários (CURITIBA, 2006). O seu início é marcado pelo aparecimento de alguns caracteres sexuais secundários (broto mamário no sexo feminino, aumento dos testículos no sexo masculino e desenvolvimento dos pelos pubianos em ambos os sexos). Esta fase termina com o completo desenvolvimento físico, parada do crescimento, que se constata pela soldadura das cartilagens de conjugação dos ossos longos e aquisição da capacidade reprodutiva, em vista do amadurecimento gonadal (BRASIL, 1993).

A adolescência pode ser uma fase de profunda crise existencial, com imprecisão e instabilidade psicológica. É próprio do adolescente, apresentar a falta de consolidação de sua identidade. A raiz mais profunda de sua dificuldade em ser compreendido está na perplexidade com que se encontra diante de si mesmo e das mudanças típicas dessa fase, ou seja, mudanças biológicas, desenvolvimento intelectual, situação emocional, a socialização, emancipação dos pais, estabelecimento das novas relações interpessoais, grupos de amigos. O adolescente, ao perder a condição de criança, busca uma nova identidade que é construída, consciente inconscientemente, em um processo lento e doloroso de elaboração do luto pela perda do corpo de criança, da identidade infantil e da relação com os pais na infância (ABERASTURY e KNOBEL, 1981).

Na adolescência ocorre a transformação na área cognitiva, quando o pensamento do púbere vai se tornando gradativamente mais realista, mais lógico e abstrato, tornando-se capaz de correlacionar diferentes variáveis, ao estabelecer relações lógicas entre os acontecimentos. Ocorre também uma readaptação do ponto de vista social, encontrando no grupo de iguais, na turma, seu ponto de referência primordial (BALEEIRO et al, 1999).

“O conceito social e familiar no qual o adolescente está inserido representa um papel fundamental nesta etapa da vida, fornecendo valores, regras e expectativas, bem como os meios concretos para a viabilização de seu projeto de vida” (MINAS GERAIS, 2006 p.26).

3- Vulnerabilidade

A vulnerabilidade é um tema pertinente ao discutir as questões ligadas à adolescência e as suas relações sociais. Está “diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos. Essa noção vem confirmar a visão de um homem plural, construído na sua diversidade a partir das suas diferenças, não cabendo mais a idéia de pensar as ações e práticas educativas baseadas numa perspectiva de universalidade do sujeito” (BRASIL, 2005a p.09).

A construção e a aplicação do conceito de vulnerabilidade no campo da saúde são relativamente recentes e estão relacionadas ao esforço de superação das práticas preventivas, apoiadas no conceito de risco, que vem a ser um instrumento para quantificar as possibilidades de adoecimento de indivíduos ou populações, a partir da identificação de relações de causa-efeito entre a ocorrência de doenças e outros eventos e condições de vida (BRASIL, 2006 a p.33).

De acordo com Ayres (1990) A idéia de vulnerabilidade procura firmar uma síntese conceitual e prática dos seus planos: social, individual e programático associados às várias susceptibilidades à infecção pelo HIV e suas conseqüências indesejáveis para os indivíduos, grupos populacionais e até mesmo nações. Com isso, podemos dizer que as pessoas não são em si vulneráveis, mas podem estar vulneráveis a alguns agravos e não a outros, sob determinadas condições, em determinados locais, em diferentes momentos de suas vidas. Segundo BRASIL (2006a p.34):

Alguns comportamentos comuns entre os adolescentes podem aumentar sua exposição a riscos, mas, freqüentemente, são partes de uma atitude de resistência. Símbolos de resistência, como atitudes, hábitos e roupas podem fortalecer a identidade do grupo e a solidariedade entre seus membros, uma situação na qual a resistência pode ser protetora e isso pode aumentar as chances de ocorrência de determinados problemas de saúde.

Diante do exposto é importante ressaltar que a construção de uma resposta social à prevenção de riscos à que os jovens estão expostos, depende da ampliação do acesso desses indivíduos à

informação e aos recursos para a proteção, individuais e coletivos, através de mudanças que devem ocorrer nas instituições que acolhem os jovens. Além disso, transformações profundas devem ocorrer para diminuir as desigualdades de poder presentes na nossa sociedade.

4- Sexualidade

A sexualidade é uma das dimensões do ser humano que envolve gênero, identidade sexual, orientação sexual, erotismo, envolvimento emocional, amor e reprodução. É experimentada ou expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, atividades, práticas, papéis e relacionamentos.

“Além do consenso de que os componentes socioculturais são críticos para a conceituação da sexualidade humana, existe uma clara tendência, em abordagens teóricas, de que a sexualidade se refere não somente às capacidades reprodutivas do ser humano, mas também ao prazer. Assim, é a própria vida. Envolve, além do nosso corpo, nossa história, nossos costumes, nossas relações afetivas, nossa cultura” (ABRAMOVAY, 2004 p.29).

A sexualidade faz parte da vida e está ligada ao desenvolvimento global do indivíduo, constituindo um dos elementos da sua personalidade. O seu desenvolvimento está intimamente ligado ao desenvolvimento integral do indivíduo. A expressão da sexualidade na adolescência se dá de diferentes formas e o seu exercício é um direito de todos. O que cabe aos educadores que lidam com jovens, é discutir as condições deste exercício, lembrando sempre que direitos vêm acompanhados de obrigações que devem ser observadas como a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gestações não planejadas. O mais importante é a discussão sobre as motivações, os temores e as fantasias deste jovem, auxiliando em uma tomada de decisão e construção de um projeto de vida. O exercício harmonioso da sexualidade dependerá da maneira como cada ser humano aprende a relacionar-se consigo mesmo e com os outros, alcançando um equilíbrio emocional (SILVA, 2007).

De acordo com Aquino (2003), a entrada na sexualidade é um processo de experimentação física e relacional que começa antes e se estende até depois da primeira relação sexual. Ele ressalta ainda que, durante esse processo, regras de comportamento são estabelecidas, assim como diferentes status aos parceiros, de acordo com as diversas maneiras de relacionamento experimentadas pelos jovens, como namoro e “ficar”, onde se pressupõe menos compromisso entre os parceiros.

5- Masturbação

Assim que as características sexuais primárias e secundárias se definem, meninos e meninas se distinguem nitidamente e se separam. Essa mudança física coloca o adolescente frente ao novo desafio de uma sexualidade mais intensa e genitalizada e eles experimentam o desejo sexual, passando a perceber as outras pessoas de maneira diferente. Com isso surgem fantasias e a imaginação vai longe. A aceitação das novas características sexuais exige uma readaptação psicológica e social. Faz parte desse processo o hábito de se trancar no quarto ou no banheiro para a prática da masturbação, quando o adolescente tem a necessidade de observar e manipular o seu corpo, que é desconhecido por ele (BALEEIRO et al,1999).

A masturbação, ou seja, o estímulo dos genitais com as mãos e dedos a fim de proporcionar prazer é um ato comum, esperado e previsto no desenvolvimento humano. Crianças se manipulam, adolescentes, adultos e pessoas na terceira idade.

Niedersberg (2008) menciona Freud quando fala que a masturbação na puberdade, nada mais é do que um revivescimento da masturbação da tenra infância, um assunto que até hoje tem sido invariavelmente desprezado. O problema da masturbação torna-se insolúvel se a tratarmos como uma unidade clínica, esquecendo que ela pode representar a descarga de todos os tipos de componentes sexuais e de todos os tipos de fantasias a que esses componentes podem dar origem. As questões sobre masturbação na adolescência são abordadas de uma forma nebulosa e preconceituosa.

A masturbação, ao longo dos anos, esteve carregada de mitos, tabus, medos e preconceitos e que persistem ainda hoje. O educador deve esclarecer que a masturbação é inócua e é uma forma de aliviar as tensões, de conhecer o corpo e, muitas, vezes são acompanhadas de fantasias sexuais. Ela pode se tornar um problema quando passa a ser a única forma de expressão da sexualidade de uma pessoa ou quando praticada em público por compulsão ou necessidade de exibição (BALEEIRO et al, 1999).

Capítulo II

CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIDA SOCIAL DO ADOLESCENTE

1- A Realidade Social onde o Adolescente vive

A família, a escola e “a turma” são os principais espaços de socialização do adolescente, isto é, de aprendizagem e de adaptação às normas sociais. É principalmente com os companheiros que escolhe a partir das afinidades pessoais, que ele se identifica, que se reconhece e cria seu próprio espaço social (BALEIRO et al, 1999). Segundo os mesmos autores:

Talvez essa fase seja a mais crítica para os pais. Os valores do grupo são diferentes dos valores da família e os jovens, fortalecidos por uma identificação em massa, expõem-se a situações de risco e desafiam a ordem do mundo adulto. O adolescente busca a autoafirmação entre seus pares, mesmo que isso signifique a prática de transgressões ou de atos inconseqüentes e perigosos (p.49).

De acordo com Souza (2004), no passado, a maioria das pessoas nascia, vivia e morria numa mesma comunidade, convivendo apenas com a família e a comunidade local, que exerciam sobre seus membros um forte controle. Atualmente, as pessoas não mais permanecem no lugar, na classe ou na cultura em que nasceram; elas continuam, mas sempre com a necessidade de fazerem parte de uma comunidade que tende a ser criada, não por força dos laços de parentesco ou de proximidade física, mas por escolha e compromisso.

2- O conceito de gênero

A sociedade estabelece modelos de conduta específicos e distintos para pessoas em função do seu sexo. Isso tem determinado estereótipos rígidos a respeito do que é ser homem ou mulher. “O uso do conceito de gênero relativiza e questiona essa determinação, distinguindo a dimensão biológica dos atributos culturais de cada um dos sexos. O gênero enfatiza a perspectiva relacional e a escolha cultural na construção das várias formas de ser homem ou mulher” (SUPLICY et al, 1994 p.135).

De acordo com os mesmos autores, o estereótipo é uma idéia que generaliza e padroniza o comportamento de todos os membros de um grupo. Em nossa sociedade, o estereótipo do feminino aponta para características como passividade, afetividade, fragilidade, tolerância e emotividade e o masculino aponta para agressividade, força, objetividade, racionalidade e competitividade. Ambos distorcem a realidade, superficializando e empobrecendo as relações entre as pessoas.

O uso do termo gênero representa um processo que procura explicar os atributos específicos que cada cultura impõe ao masculino ou ao feminino, considerando a construção social formada hierarquicamente como uma relação de poder entre os sexos. Essas relações de poder são distribuídas baseadas em identidades e diferenças entre os gêneros. Essas diferenças são construídas, e, com elas, vêm as segregações e os conseqüentes conflitos de poder (SCOTT, 1995).

Na realidade, homens e mulheres deveriam fazer suas próprias escolhas sobre comportamentos e projetos adequados para cada um. Segundo Ribeiro e Campus (2004 p.126):

A busca contínua pela paz e igualdade está em todos os contextos da nossa vida, principalmente no que se refere às relações humanas, porque estas, em geral, são estabelecidas com base e com relações de poder. Nestas relações, uma das mais complexas é a que se estabelece entre homens e mulheres dentro de uma perspectiva de gênero, na qual as desigualdades e o conseqüente não-exercício dos direitos sexuais e reprodutivos, têm trazido muitas conseqüências negativas para a saúde sexual e reprodutiva, cidadania e vida. É fundamental mudar essa situação se para conseguir não somente um estado de paz, mas também um estado de igualdade de direitos e chances.

As relações de gênero não se apresentam sempre da mesma forma em todas as épocas e lugares; dependem dos costumes, das leis, das religiões e da maneira de se organizar a vida política da cada povo. Assim, o conceito de gênero refere-se às relações entre mulheres e homens, mulheres e mulheres, homens e homens, que podem expressar desigualdades, fazendo com que alguns tenham mais poder do que outros e mais poder sobre os outros (BRASIL, 2006).

3- Diversidade Sexual

Este item aborda a forma como cada ser humano, independentemente, de ser homem ou mulher escolhe para se expressar afetiva e sexualmente.

De acordo com Jesus (2006 p.17),

A vivência da sexualidade não se limita à relação sexual, pois envolve sentimentos, e nos motiva a procurar contato físico e afetivo, a intimidade de um relacionamento, podendo ou não haver reprodução. Nesse sentido a sexualidade é um processo que se inicia no nascimento, vai até a morte e, envolve, além do corpo, a história, os costumes e a cultura. Já o sexo refere-se às características físicas ou anatômicas que distinguem o macho e a fêmea, isto é, remete a questões biológicas de cada pessoa.

Segundo os mesmos autores, a identidade de gênero se estabelece a partir de um processo dinâmico e complexo, que envolve aspectos genéticos e sociais, no qual as pessoas se identificam com o masculino ou com o feminino, não importando o seu sexo biológico. É a percepção que a pessoa tem de si mesma, seus conceitos e sentimentos. Já o comportamento ou a forma de agir da pessoa é o papel sexual, que são constituídos a partir das prescrições e normas estabelecidas pelos indivíduos, pela sociedade, enfim, pela cultura. A atração afetiva e sexual que uma pessoa sente pela outra é a orientação sexual e pode ser pelo mesmo sexo, sendo homossexual; pelo sexo oposto, sendo heterossexual e por ambos os sexos, sendo bissexual.

Os trabalhos educativos devem considerar essa diversidade, pois não se pode trabalhar a sexualidade abordando apenas a heterossexualidade. Na adolescência, quando se inicia a vivência da sexualidade e se consolida a orientação sexual, podem ocorrer discriminações. O respeito à diversidade é uma forma de procurar garantir que as diferenças não sejam vistas como algo de menor valor.

Em nossa sociedade, a distribuição do poder no exercício da sexualidade é desigual e se relaciona a critérios como idade, sexo biológico, grupo ou classe social. Algumas condutas toleradas, permitidas e até estimuladas nos homens são consideradas estranhas ou condenáveis nas mulheres. A sexualidade e o poder ficam fortemente entrelaçados; a atração erótica que uma pessoa exerce sobre a outra pode ser usada para obter vantagens econômicas e sociais; o poder e o prestígio podem tornar a pessoa atraente e desejável; o poder pode ser usado para obter vantagens sexuais (BALEIRO et al, 1999 p.151).

Ao trabalhar esses temas com adolescentes, contribuimos para que eles desenvolvam uma visão positiva da sexualidade (SUPLICY et al, 1994). Esse trabalho facilitará uma comunicação clara nas relações interpessoais dos adolescentes, a elaboração de seus próprios valores a partir de um pensamento crítico, a compreensão do seu comportamento e do outro e a tomada de decisão responsável a respeito de sua vida sexual, agora e no futuro.

Segundo Picazio (1998 p.17),

somos diferentes uns dos outros, como cores diversas que podem se complementar de maneira harmoniosa. Heterossexuais, homossexuais, bissexuais, são pessoas desejosas, todas elas, de expressar seu amor. Compreender essa diversidade não significa aceitá-la como o caminho a seguir, porém tolerá-la como parte da existência humana.

4- Álcool, Drogas e Violência

No Brasil, sobretudo nas últimas décadas, não se pode falar em crianças e adolescentes, sem que o tema da violência aflore, indicando serem esses dois grupos os mais expostos e vulneráveis a sofrerem violação de seus direitos, o que afeta direta e indiretamente a sua saúde física, mental e emocional. Estudos epidemiológicos e sociológicos têm mostrado que, freqüentemente, as crianças são vítimas de violência desde o nascimento. Mas é principalmente na fase da adolescência que essa questão desponta como crucial. Nessa etapa da vida, os jovens aparecem tanto como agentes agressores, mas, sobretudo como vítimas (LIMA, 2004).

O uso indevido de drogas inicia-se cada vez mais cedo entre os jovens de qualquer classe social. Em pesquisa de série histórica, o IV Levantamento Sobre o Uso de Drogas com Estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras, realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, concluiu-se que o uso de drogas psicotrópicas entre estudantes da rede pública de ensino vem aumentando significativamente (MARQUES, 1999).

Segundo dados do Ministério da Saúde, as causas externas, principalmente acidente de trânsito, homicídios, suicídios (estes em menor proporção), são responsáveis por 75% das mortes de adolescentes do sexo masculino, com idade entre 15 e 19 anos, enquanto que no sexo feminino, na mesma faixa etária, esse percentual encontra-se em torno de 40%. Vale lembrar que os acidentes também acontecem com adolescentes de 10 a 14 anos, de ambos os sexos, não só na condução de automóveis, mas em outras condições relacionadas aos meios de transporte, como atropelamentos, colisões (nas situações em que se encontram como passageiros) e uso indevido de bicicletas e skates (MINAS GERAIS, 2006).

5- Violência Sexual

Do ponto de vista legal, a violência sexual se subdivide em: assédio sexual, sedução, atentado violento ao pudor, prostituição infantil, incesto e estupro. Com o conceito de violência sexual amplia-se a definição jurídica mais orientada para enquadrar como tal, todo ato ou jogo sexual, cujo agressor tenha algum poder de dominação, físico, social ou intelectual, sobre a vítima, conseguindo seus fins por meio de pressão (ABRAMOVAY, 2004).

A violência na adolescência e juventude, mais especificamente a violência sexual, é um tema de grande relevância na atualidade. Não somente no Brasil, mas mundialmente, tem-se

presenciado o aumento desse tipo de violência nos centros urbanos. Após a AIDS, a violência vem se tornando a epidemia do momento, ganhando mais destaque na mídia mundial, transformando-se na ocorrência mórbida de maior prevalência na adolescência (SEIXAS, 2004 p.117).

A violência sexual contra crianças e adolescentes inicia-se nas relações desiguais de poder que acontecem na nossa sociedade. Não podemos fechar nossos olhos diante dessa situação. São necessárias ações urgentes para acabar com esse ciclo de violência. É papel dos serviços de saúde contribuir para a construção de uma cultura de cidadania, incluindo uma sexualidade saudável. Os profissionais devem ser preparados para identificar e enfrentar essa violência, ficando alertas aos indicadores. Não só os profissionais de saúde, mas o combate à violência exige uma integração dos diferentes setores, incluindo a sociedade civil organizada.

De acordo com Santos (1999), adolescentes vítimas de abuso e exploração sexual comercial são mais vulneráveis à contaminação pelo vírus da AIDS e que, um grande número de adolescentes que sofreram exploração sexual, foram vítimas de seus parentes próximos. Segundo o mesmo autor, a Rede Feminista de Saúde constatou que jovens entre 10 e 19 anos representam 48% dos atendimentos nos serviços de aborto previstos em lei.

Com relação à homofobia, Abramovay et al (2004) constataram, em pesquisa com alunos das escolas brasileiras que a discriminação contra colegas que são ou que são considerados homossexuais por parte dos colegas, ocorre principalmente de forma velada, por meio de referências preconceituosas. É utilizada uma linguagem pejorativa para humilhar e ofender os homossexuais.

Os trabalhos educativos devem tratar e refletir as questões de repressão sexual, porque é por meio deles que muitos comportamentos são aceitos como naturais e imutáveis. A violência sexual é uma patologia cultural, cujas bases se assentam, em grande parte, na distribuição desigual de poder entre os gêneros (BALEEIRO et al, 1999). A prevenção contra a violência sexual deve ser realizada com adolescentes e crianças pelos serviços de saúde, nas consultas individuais, em trabalhos coletivos e principalmente, pela família.

Em se tratando de violência sexual, “é importante a formação de uma rede de atuação abrangente, multidisciplinar e orientada por um conjunto de atores de diversas instituições com o foco voltado para a criança e o adolescente” (SANTOS, 2004 p.84).

6- A Importância da Escola na Vida do Adolescente

De acordo com Sousa (2005), a escola é mais que um passaporte para o mundo do trabalho, ela significa uma janela aberta para o mundo do conhecimento, da vida, da poesia e da beleza; é um espaço de encontro, de diálogo, de troca e cada aluno traz consigo um mundo de fantasias, sonhos, desejos e frustrações. Segundo a mesma autora: “Além do fator da produtividade, o conhecimento é também caminho para o desenvolvimento do autoconceito positivo, da capacidade de iniciativa, de aprender a aprender, indispensáveis num mundo de inovações contínuas” (p.335).

Construir espaços de diálogo entre adolescentes, jovens, professores, profissionais de saúde e comunidade é um importante dispositivo para a construção de uma resposta social para enfrentar a vulnerabilidade dos adolescentes. Para tanto, as ações desenvolvidas devem ir além da dimensão cognitiva, levando-se em conta aspectos subjetivos, questões relativas às identidades e às práticas afetivas e sexuais no contexto das relações humanas, da cultura e dos direitos humanos (BRASIL, 2006b).

É muito importante o estabelecimento de mecanismos de integração entre os profissionais das Unidades de Saúde e os professores das escolas públicas da região de abrangência da unidade, para que possam atuar em conjunto nas ações de educação em saúde, abordando temas relacionados à saúde sexual e reprodutiva. É importante um planejamento conjunto dessas ações com a participação dos adolescentes.

Cabe ao binômio Saúde/Educação trabalhar em conjunto para potencializar as ações relacionadas ao adolescente escolar, para o encaminhamento adequado das questões relacionadas à saúde e ao processo de aprendizagem. Para isso deve haver a capacitação dos profissionais da educação, a criação de grupos de interesse nas escolas, a pesquisa de novas metodologias, a adoção de novos recursos tecnológicos e o trabalho integrado com a equipe de saúde. O profissional da educação tem um papel importante como agente de saúde, contribuindo para a adoção de hábitos saudáveis e práticas seguras pelo adolescente da escola (CURITIBA, 2006).

Segundo Sousa (2005), o exercício pleno da cidadania exige amplas oportunidades de acesso de todos aos bens culturais e isso começa com uma educação básica de qualidade. Portanto, além de trabalhar por uma escola melhor, é necessário procurar meios para transpor barreiras sócio-econômicas e culturais que afastam as crianças e jovens da escola.

A escola tem um importante papel, assim como seu corpo docente, na desconstrução de mitos e preconceitos, na aquisição de valores democráticos e também no respeito às diferenças; ela não é só um lugar de transmissão de saber, é também onde se aprende muito dos valores herdados ao longo da vida, de onde se levam boas e más lembranças, em que se constrói parte da formação do caráter do indivíduo (JESUS et al , 2006).

7- Mercado de Trabalho

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), no intuito de melhorar as condições de vida de meninos e meninas em situação de trabalho, implementou mundialmente, em 1992, o Programa Internacional para a Eliminação do Trabalho Infantil (Ipec).

Desde então, a OIT/Ipec iniciou no Brasil um processo de articulação, mobilização e legitimação de iniciativas nacionais de combate ao trabalho infantil, buscando a cooperação entre entidades nacionais e internacionais. O trabalho infanto-juvenil ou do adolescente é aquele realizado por indivíduos, de ambos os sexos, maiores de 15 anos e menores de 18 anos. No Brasil, a partir do ano 2000, essa faixa é de 16 a 18 anos, sendo admissível o trabalho de adolescentes entre 14 e 16 anos na condição de aprendizes (OIT, 2006 p.05).

O Estatuto da Criança e do Adolescente criou condições para assegurar à criança e ao adolescente o cumprimento dos direitos presentes na Constituição de 1988, procurando defendê-los da exploração nas relações de trabalho (ECA, 2002). Segundo Guimarães e Romanelli (2002 p.119):

Nas famílias de classes populares, é na adolescência, se não desde a infância, que os filhos são inseridos no mercado de trabalho, em função das dificuldades financeiras da família. No ambiente de trabalho, apesar de estar submetido ao controle que os superiores exercem sobre suas atividades laborais, o adolescente também tem a oportunidade de conviver com iguais, isto é, com pares, e aprende a ordenar suas formas de sociabilidade e suas representações, o que amplia suas experiências e contribui para o processo de amadurecimento psicológico e intelectual. Com o trabalho remunerado, o adolescente conquista mais autonomia e, conseqüentemente, maior liberdade diante da autoridade dos pais ou responsáveis.

A informalidade do trabalho se torna crescente, envolvendo uma parcela expressiva de trabalhadores jovens ou adultos. Eles acabam aceitando condições informais de trabalho, sem regulamentação de leis trabalhistas, pela necessidade de sustentar suas famílias.

Apesar dos esforços que foram realizados nos últimos 15 anos, ainda existem no Brasil mais de 5 milhões de crianças e adolescentes trabalhando em atividades proibidas pela legislação e isso comprova que a questão do trabalho infantil é de extrema complexidade, crueldade e magnitude. Um dos efeitos perversos desse panorama refere-se às exposições a ambientes insalubres e ao trabalho infantil perigoso que, além de prejudicar o desenvolvimento saudável dos jovens, interfere em suas relações sociais. Entre os fatores que levam à inserção precoce no mercado de trabalho destaca-se a pobreza que obriga as famílias a

adotarem formas de comportamento que incluem a oferta de mão-de-obra dos filhos menores de idade e, devido ao desemprego dos pais (BRASIL, 2005b p.05).

As classes privilegiadas vêem o ingresso das crianças ao mundo do trabalho como uma solução natural para a falta de recursos da família, pois, defendem a idéia de que, trabalhando, crianças e jovens ajudam a família e se afastam da marginalidade (SOUSA, 2005). De acordo com essa autora: “Não ocorre à maioria das pessoas que o justo seria oferecer às famílias de baixa renda condições de subsistência digna e garantir à criança meios de ingressar, permanecer e ter sucesso na escola”(p.333).

O que se vê hoje é uma transformação das relações dos jovens com o trabalho que convivem, com a desocupação ou com a ocupação precária. Com as dificuldades da economia brasileira em gerar postos de trabalho, “resta aos jovens, principalmente das camadas mais pobres, os setores de serviços básicos (limpeza, segurança, garçom, etc), muitas vezes postos não assalariados ou sem registro formal e com isso, a escassez de empregos torna os jovens um dos principais segmentos da população ativa, mais fragilizados” (SOUZA, 2004 p.52).

O refinamento da tecnologia e dos processos de gerenciamento está mudando o mundo do trabalho, pois com a automação, as organizações podem produzir maior número de bens e serviços com menos trabalho humano. Com isso, fala-se em trabalhabilidade, que é a capacidade de dominar conhecimento e habilidade e para esse novo mundo do trabalho, valoriza-se pouco as qualidades como obediência, incansabilidade, paciência e imparcialidade, tendo sucesso quem aprende rápido, quem tem curiosidade, motivação, envolvimento, autonomia, iniciativa, flexibilidade e criatividade (SOUSA, 2005).

Segundo Faria (1999), o jovem, mesmo vivendo num mundo globalizado, dominado pela informática, ainda convive com a pobreza e exclusão social. De acordo com essa autora, vivemos uma revolução tecnológica, mas ainda são poucos aqueles que têm acesso à internet e às possibilidades de participação social. Especialmente aqueles, cujo acesso a emprego é mais difícil, estarão cada vez mais dependentes do domínio do conhecimento científico e tecnológico disponível, que dará ao jovem o poder de realizar aquilo que deseja. Mas, apesar disso, a autora diz: “Será o conhecimento orientador, absolutamente individual, construído por cultura, valores e costumes, que dará a ele a medida de tudo o que pode fazer pela construção de um mundo mais solidário com as gerações futuras” (p.55).

8- O Lazer, o Esporte, a Arte e a Vida Social

Ultimamente, observa-se que os jovens utilizam uma dimensão simbólica e expressiva como a principal e mais visível forma de comunicação, expressa nos comportamentos e atitudes pelos quais se posicionam diante de si mesmos e da sociedade. Nesse contexto, o teatro, a dança, a música, o corpo e seu visual têm sido os mediadores que articulam grupos a se agregarem para produzir uma peça teatral, um "som", uma dança, trocar idéias, postarem-se diante do mundo e alguns deles até com projetos de intervenção social (DAYRELL, 2001). Segundo esse autor, a música é a expressão cultural que mais une os jovens, sendo o produto cultural mais consumido entre eles. É através dela que as necessidades de uma ancoragem e de uma agregação coletiva dos jovens se articulam com os percursos de experimentação de si mesmos, ao abrir espaços de um auto-reconhecimento de expectativas e incertezas, de vivências do presente e de desejos em relação ao futuro, constituindo-se como um meio e um instrumento de sua socialização.

O poder público precisa se sensibilizar e promover a criação de centros de lazer e de esportes, distribuídos particularmente nas áreas mais carentes, que ampliem as oportunidades de atividades de lazer no espaço público e de consumo cultural para crianças e adolescentes de todas as faixas etárias. As famílias também devem ser envolvidas nessas atividades de lazer. Porém, além disso, é fundamental a criação de oportunidades de lazer para todo o grupo familiar, como espaços e momentos que favoreçam os vínculos familiares. Essas atividades podem contar com a parceria das instituições educativas (AMAS, 1995).

De acordo com Ribeiro e Araújo (2001), nos países mais desenvolvidos, o esporte na adolescência é muito valorizado, mas, no Brasil, a população adolescente que pratica esporte ainda é pequena. As vantagens do esporte para o adolescente incluem reforço da auto-estima, menor predisposição a doenças, controla o peso, previne situações de risco, ajuda na busca de objetivos e estimula a socialização, criando sentimento de equipe e solidariedade entre os participantes.

Capítulo III

ASPECTOS IMPORTANTES SOBRE A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

1-Gravidez na Adolescência

Segundo Cannon (1999), a capacidade reprodutiva das mulheres tem ocorrido mais cedo, com o início precoce da puberdade e com isso, complicações relacionadas à gravidez estão entre as principais causas de morte de mulheres da faixa etária entre 15 e 19 anos. De acordo com os mesmos autores,

Todos os anos, no mundo, pelo menos 60 mil adolescentes morrem em decorrência de complicações na gravidez e no parto. Além disso, bebês nascidos de mães jovens são mais propensos a apresentar baixo peso e a morrer de desnutrição e problemas infecciosos no primeiro ano de vida. A cada ano, mais de quatro milhões de mulheres no mundo se submetem ao aborto em condições de risco, muitas vezes ilicitamente e sob cuidado de pessoas desqualificadas (p.09).

Estudos realizados em diferentes países e grupos sociais apontam um aumento da taxa de fecundidade nas adolescentes, em comparação com a diminuição dessas taxas na população geral. No Brasil, essa realidade vem sendo constatada pelo aumento do número de adolescentes nos serviços de pré-natal e maternidade, sua maior incidência nas populações de baixa renda é a associação entre alta fecundidade e baixa escolaridade (BRASIL, 2005a).

A gravidez na adolescência tem gerado discussões e preocupação no âmbito da saúde pública brasileira. Este fato está associado ao uso incorreto dos métodos contraceptivos apesar do acesso ao conhecimento ser facilitado nos dias de hoje. Sendo assim, conclui-se que há falta de um trabalho diferenciado de acordo com as necessidades e vulnerabilidades nas diferentes situações. O jovem deve ser despertado para o esclarecimento de suas dúvidas de forma clara e aberta, possibilitando a sua participação na decisão de seu futuro e sua saúde sexual e reprodutiva. Para diminuir a incidência de gravidez na adolescência os serviços de saúde devem ser disponibilizados para orientar essa população com relação à prevenção. “As ações de participação juvenil são estratégias de fortalecimento da autonomia, por meio da participação criativa, construtiva e solidária no enfrentamento das dificuldades” (BRASIL, 2005c p.22). Segundo a mesma fonte, essas iniciativas favorecem a construção de um projeto de vida, pois, proporcionam o fortalecimento da auto-estima e da assertividade.

Em geral, a gravidez na adolescência tem sido considerada uma situação de risco e um fato que desestrutura a vida de adolescentes e, em última instância, como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, pois coloca impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho (BRASIL, 2007a). A gravidez e a maternidade na adolescência rompem com a trajetória tida como natural e emergem socialmente como problema e risco a ser evitado.

Quando se discute a gravidez na adolescência, é comum se falar apenas da menina, como se o pai não fosse um personagem a ser considerado nessa situação. Posicionamentos dessa ordem reforçam a noção de que a responsabilidade é eminentemente feminina, assim como afastam dos homens a possibilidade de exercer maior cuidado sobre o seu filho. De um modo geral, muito pouco se pergunta ao homem sobre sua participação, responsabilidade e desejo no processo de reprodução, principalmente quando este homem está na fase da adolescência (LYRA, 1997). Por isso é indiscutível a relevância de se trabalhar o fortalecimento dos adolescentes do sexo feminino. Por isso, é necessário estimular os meninos a participarem e se envolverem nessa discussão.

2- Métodos Contraceptivos

Abramovay et al (2004), em pesquisa realizada com alunos da rede escolar brasileira constataram que eles têm informações sobre formas de se evitar a gravidez, mas nem sempre as colocam em prática. Na pesquisa, os jovens citaram conhecer o DIU (Dispositivo Intra Uterino); o preservativo masculino, a camisinha feminina e o diafragma (métodos de barreira); os espermicidas, (método químico); a tabela (método natural); o coito interrompido (método comportamental); a vasectomia e a laqueadura (métodos cirúrgicos). Esta pesquisa mostrou que as opções contraceptivas entre os jovens indicam que cabe ao homem desempenhar o papel de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis e à mulher, zelar pelos cuidados com a fecundidade. As mulheres que têm dificuldades de negociar o uso do preservativo alegam que não o fazem pelo medo da perda do parceiro; porque o parceiro não aceita; porque têm confiança pelo tempo de conhecimento.

De acordo com Saito e Leal (2003), existem dúvidas e inseguranças com relação à proposta da educação sexual como um todo, mais especificamente quanto à contracepção na adolescência. A construção de papéis de gênero determina desigualdades e falta de diálogo entre moças e rapazes com relação a vários aspectos da sexualidade, em especial, a negociação do uso do preservativo e de outras práticas preventivas, mas as informações que circulam entre os jovens, nem sempre corretas, reforçam mitos e preconceitos sobre a sexualidade e os métodos anticoncepcionais (BALEIRO et al, 1999). A crença de que o preservativo interfere no prazer ou de que a pílula anticoncepcional faz mal à saúde, revelam falhas na educação, e no atendimento e orientação dos jovens.

O que ocorre, na verdade, é que os jovens têm as informações, mas têm dificuldades em colocá-las em prática, justificando programas de sensibilização e fortalecimento desse grupo populacional.

3- Direitos Sexuais e Reprodutivos

A saúde sexual e a reprodutiva de adolescentes e jovens tem sido foco de inúmeros e profundos debates, questionamentos e controvérsias. A garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos dessa população é uma questão de direitos humanos e propicia o pleno exercício do direito fundamental à saúde. A saúde sexual e a saúde reprodutiva ocupam um lugar importante na construção da igualdade de gênero e na construção de autonomia dos adolescentes e jovens, princípio fundamental na formação de pessoas saudáveis e responsáveis. É necessário reconhecer, no entanto, que as condições de construção da autonomia estão mais ou menos colocadas conforme as relações e estruturas sociais em que adolescentes e jovens estão inseridos, marcadas por muitas formas de desigualdades (BRASIL, 2007a).

Os direitos à saúde sexual e reprodutiva representam uma conquista histórica, fruto da luta pela cidadania e pelos direitos humanos. A Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada na cidade do Cairo, em 1994, estabeleceu acordos internacionais que foram assumidos por quase duas centenas de países. Esses acordos foram reafirmados e ampliados na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada na cidade de Pequim, em 1995. Organizações multilaterais, governamentais, não-governamentais e a

sociedade civil em geral têm se mobilizado para garantir o cumprimento e fiscalizar a implantação desses acordos (DIAZ, 1999; BRAUNER, 2001; TONELI, 2004; OPAS, 2005).

O surgimento dos direitos sexuais e reprodutivos foi fruto da contribuição dos movimentos feministas mundiais que introduziram a discussão dos padrões sócio-culturais vigentes em relação à vida sexual e à reprodução humana (BRAUNER, 2001). De acordo com o mesmo autor,

seria indispensável que essa discussão resultasse em conquistas concretas, dentre elas o aperfeiçoamento da legislação referente à mulher, a melhoria da condição feminina através da criação de políticas dirigidas à saúde reprodutiva, a proteção da maternidade, a discussão sobre contracepção, sobre esterilização, doenças sexualmente transmissíveis, aborto e, igualmente, sobre as reproduções artificiais humanas (p. 70).

O direito à saúde sexual e reprodutiva constitui-se de direitos humanos fundamentais já reconhecidos nas leis nacionais e internacionais. Esses direitos nascem a partir da definição de saúde reprodutiva, buscando interagir com os direitos sociais, principalmente, o direito à saúde, à educação, à informação, com os direitos individuais de não interferência e de não discriminação. Seus comandos centrais são: decidir livremente e responsabilmente sobre a própria vida sexual e reprodutiva; ter acesso à informação; ter acesso aos meios para o exercício dos direitos individuais, livres de discriminação, coerção ou violência (BRASIL, 2005a).

Os direitos reprodutivos referem-se essencialmente à noção de sexualidade. Entretanto, não envolvem apenas as questões ligadas ao funcionamento do aparelho genital e do processo reprodutivo, mas abarca a idéia ligada à busca do prazer, pois, a vida sexual passa a ser concebida como um direito de cada cidadão e não mais considerada, meramente, como uma necessidade biológica. A dificuldade em garantir-se o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos está vinculada à questão ligada ao controle da sexualidade e da capacidade reprodutiva, pelo processo de educação e socialização das pessoas, pois, esses elementos determinam o grau de realização do indivíduo em relação a seu corpo, sua possibilidade de viver sua sexualidade de forma gratificante e de organizar sua vida reprodutiva (BRAUNER, 2001).

4- Doenças Sexualmente Transmissíveis

Atualmente, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) são consideradas importantes problemas de saúde pública. No Brasil elas são umas das principais causas de procura dos

postos de saúde. São causadas por bactérias, vírus ou por fungos e podem passar despercebidas, principalmente pelas mulheres. As DST são tão antigas como a própria humanidade e as mais comuns são: gonorréia, sífilis, herpes, candidíase, tricomoníase, condiloma acuminado, as uretrites inespecíficas e nas últimas décadas surgiu o maior desafio para a humanidade, que é a AIDS; doença que trouxe a necessidade de rever conceitos e práticas como a sexualidade, a vida, o prazer, a morte e a impotência da ciência e da tecnologia em curá-la (MARQUES, 1999).

Os adolescentes são vulneráveis para aquisição de doenças DST, já que o início da atividade sexual tem ocorrido precocemente, assim como a multiplicidade de parceiros, o uso esporádico de preservativo, o consumo de bebida alcoólica e drogas ilícitas. Baleeiro et al (1999) relatam que, dentre os fatores associados à vulnerabilidade dos adolescentes está a sensação de onipotência, a necessidade de experimentação e transgressão, a dificuldade de adiar projetos, a informação deficiente, a dificuldade de acesso a serviços médicos, a suscetibilidade a pressões grupais e a carência de oportunidades de participação social. Muitos adolescentes mantêm relações sexuais desprotegidas e, quando infectados, não se tratam adequadamente, automedicando-se ou obtendo antibióticos em farmácias, sem conhecer o diagnóstico certo, o que pode levar à infertilidade.

Silva et al (2005), em sua pesquisa com adolescentes de baixa renda, demonstram o seu despreparo para uma vida sexual sadia e, o risco que correm de contaminarem-se com doenças sexualmente transmissíveis, o que reforça a importância de programas educativos para a população de adolescentes, principalmente para aqueles que residem em áreas de maior risco social e que parecem estar mais susceptíveis a comportamento que favorecem a disseminação de DST.

Capítulo IV

LEGISLAÇÃO BRASILEIRA RELACIONADA À ADOLESCÊNCIA

O direito à saúde e os direitos da criança e do adolescente são reconhecidos internacionalmente como direitos humanos e o Brasil é parte de diversas discussões e tratados que envolvem essa temática, como o Pacto Internacional de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais e a Convenção Americana sobre os Direitos Humanos; a Constituição Federal de 1988 incorporou grande parte dos direitos humanos reconhecidos internacionalmente, inclusive o direito à saúde e os direitos da Criança e do Adolescente, sendo que o Estatuto da Criança e do Adolescente é um instrumento normativo que protege os direitos dessa população (PIROTTA e PIROTTA, 1999).

A Constituição Brasileira de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, tendo como referência os direitos humanos estabelecem uma base sólida para o desenvolvimento de políticas para a juventude no Brasil. A atenção à saúde do adolescente tem sido um importante desafio para a organização dos serviços de saúde e para a sociedade. Nas últimas décadas, a necessidade do estabelecimento de políticas para a adolescência tem-se destacado, considerando o grande contingente populacional que estes grupos representam e também a importância do desenvolvimento integral de suas potencialidades. A preocupação do governo federal com a saúde do adolescente começou a se fortalecer em 1989 com a criação do PROSAD (Programa de Saúde do Adolescente), que foi o início de uma atenção voltada aos adolescentes. Esses núcleos nasceram com a proposta de prestar um atendimento adequado a essa parcela da população, fundamentado numa política de promoção da saúde, de identificação de riscos e detecção precoce dos agravos, com tratamento e reabilitação (BRASIL, 1989).

O Ministério da Saúde lançou em 2005 dois documentos: O primeiro é denominado Saúde Integral de Adolescentes e Jovens; esse documento tinha o objetivo de orientar para a Organização de Serviços de Saúde; o segundo é denominado Marco Legal da Saúde de Adolescentes, trazendo os instrumentos legais de proteção aos direitos desta população, notadamente aqueles de garantia do pleno exercício do seu direito fundamental à saúde, em âmbito nacional e internacional. (BRASIL, 2005a).

Em 2007, o governo brasileiro formulou, em parceria com setores da sociedade civil organizada, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Esse documento fundamenta-se na prevalência dos direitos humanos, tendo como pilares normativos a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que reconhece crianças e adolescentes como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado (BRASIL, 2007b).

O Ministério da Saúde, pautado nessa perspectiva, lança também, em 2007, outro documento denominado Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, documento esse que agrega e discute limites legais, nacionais e internacionais, sobre saúde sexual e saúde reprodutiva, bem como a garantia de direitos. O documento fundamenta-se na produção do conhecimento sobre saúde e sexualidade de adolescentes e jovens existentes no Brasil e no exterior e nas experiências políticas de muitos sujeitos sociais, com uma expressiva participação juvenil, cujos esforços têm se voltado para a garantia dos direitos de adolescentes e jovens no país (BRASIL, 2007a).

Capítulo V

A ABORDAGEM DO PROFISSIONAL DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO TRABALHO COM ADOLESCENTES

1- Educação para Saúde

A educação é um processo de transformação social e como prática ela deve possibilitar à população desenvolver ações que superem as dificuldades e levem à construção de direitos de cidadania. A educação em saúde para ser efetiva não pode ser estruturada fora de situações reais da vida, constituindo-se em um processo que tem como um de seus principais objetivos tornar as pessoas mais capazes de pensar criticamente e de encontrar formas alternativas para resolver seus problemas, e não apenas de seguir normas recomendadas sobre como ter mais saúde ou evitar doenças (PINTO, 2000 p.312).

Toda prática educativa está fundamentada numa concepção do que seja conhecer. As idéias mais atualizadas têm destacado o conhecimento como uma construção que se realiza através da ação daquele que conhece sobre o meio físico e social. Na medida em que atua, enfrenta desafios, busca soluções, interage consigo mesmo, ou seja, amplia suas redes de significado, constrói conhecimentos e valores. Essa construção e o processo educativo ocorrem ao longo da vida de uma pessoa, nos mais diferentes espaços. A legitimidade para ensinar vem da capacidade de ouvir o educando, de descobrir onde ele está e de ajudá-lo a avançar, propondo-lhe desafios, oportunidades de reflexão e de diálogo (BALEEIRO, 1999).

Candeias (1997 p.210) conceitua promoção em saúde como:

uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde, sendo que, a combinação refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida), com múltiplas intervenções ou fontes de apoio.

Segundo a mesma autora, os apoios educacionais são as combinações de experiências de aprendizagem delineadas com o objetivo de facilitar ações voluntárias que visam à saúde e os apoios ambientais referem-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano e também com todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde.

De acordo com Cannon et al (1999), o conteúdo das ações educativas deve veicular as informações atualizadas sobre saúde, que dentro de uma visão integral, deverá refletir o interesse dos adolescentes, seus sentimentos, questionamentos e necessidades. Este conteúdo vem de uma cuidadosa observação prévia da população-alvo e de sua situação sócio-política,

econômica e cultural, e deverá desenvolver-se por meio de informações curtas, de forma a motivar o interesse e a participação do grupo de adolescentes, uma vez que longas exposições levam ao cansaço e à dispersão do grupo.

Os mesmos autores afirmam que trabalhar o auto cuidado durante uma ação educativa com adolescentes vai além da simples transmissão de informações relacionadas à saúde; consiste numa ação muito maior, de acordo com as necessidades percebidas ao longo do trabalho, direcionando para os problemas detectados. Com isso, essa ação vai proporcionar o fortalecimento desses adolescentes para que eles se tornem pessoas mais responsáveis e atuantes. De acordo com Baleeiro et al (1990 p.45),

O educador deve chamar a atenção dos jovens para a transitoriedade e normalidade das modificações pelas quais estão passando, assinalar as diferenças e a necessidade de aprender a conviver com elas, estimulando o adolescente a aceitar e valorizar suas características e as dos demais. Ele deve lembrar sempre do seu papel como referência para o jovem, evitando ironias, críticas e comentários inoportunos em suas abordagens.

2 - Educação Sexual

De acordo com Baleeiro et al (1999), o trabalho educativo em sexualidade contribui para o conhecimento de si mesmo e do outro e oferece meios para preservar a saúde e viver a sexualidade de forma saudável e responsável. Segundo os mesmos autores, faz, também, parte do aprendizado geral de convivência democrática, que inclui o respeito à pluralidade e à preservação dos direitos e da dignidade humana; portanto, faz parte do processo de construção da cidadania, tanto na escala local (comunidade, cidade, região, nação) quanto global (mundo).

O profissional que for trabalhar a sexualidade deverá ter um bom nível de conhecimentos sobre determinados conceitos e características da sexualidade humana, que são essenciais para a discussão dos temas relacionados. Só assim ele poderá promover uma educação sexual de forma adequada, tratando o assunto com naturalidade. Do ponto de vista programático, aqueles que trabalham com jovens não devem se basear em respostas simples e definitivas para contextos complexos. A educação para a sexualidade, desenvolvida de forma individual ou em grupo, pode contribuir para que adolescentes vivenciem a sexualidade e suas relações afetivas de forma satisfatória, criativa e sem riscos, vinculados ao respeito mútuo e sem discriminação de gênero, possibilitando escolhas saudáveis.

De acordo com Ayres (1990), a educação para sexualidade deve ser trabalhada na atenção primária e a equipe de saúde tem um papel importante neste aspecto, abordando a gravidez na adolescência, as doenças sexualmente transmissíveis, o uso de drogas e a importância dos estilos de vida na preservação e proteção da saúde. O autor destaca a importância do setor saúde nessa educação para sexualidade, não deixando a responsabilidade exclusivamente para a família e a escola. Mas, segundo ele, o profissional de saúde deve estar preparado para essa ação, proporcionando um espaço para discussão e não transmitindo valores e experiências pessoais.

De acordo com Basso *apud* Costa (2001), a educação sexual como um processo contínuo, vinculado à formação de crianças e jovens, além das informações científicas, oferece esclarecimentos para a compreensão e o desenvolvimento da sexualidade de forma plena e saudável, em diferentes momentos da vida. A autora mostra que esse trabalho deve desenvolver um pensamento crítico que possibilite atitudes positivas quanto à sexualidade, entendida como elemento inerente ao ser humano, além de favorecer o processo de reconhecimento, identificação e aceitação como ser sexual e sexuado, durante o transcorrer da vida, sem temores, angústias nem sentimentos de culpa.

3- Projeto de Vida

Segundo Sousa (2005 p.126), “projeto é plano, propósito que se lança para frente. O projeto de vida está relacionado com a definição de metas de ordem pessoal, social, profissional e espiritual.” No período da adolescência ocorrem muitos conflitos perturbadores e a maioria dos jovens não tem ainda um foco no projeto de vida. Surgem dúvidas na área profissional, nos relacionamentos, nos sentimentos, o que os tornam confusos com relação às escolhas na vida.

A formação da identidade e a busca de sentido para si mesmo estão relacionadas à capacidade de estabelecer compromissos. O processo de adaptação às regras do mundo adulto, diretamente associado ao desenvolvimento cognitivo, permite ao jovem conceber projetos de vida cujas metas são a auto-afirmação, a imitação de modelos significativos e a participação em círculos sociais (TARDELI, 2008 p.299).

Segundo a mesma autora, para atingir essas metas, “o jovem deverá conhecer razoavelmente o tipo de pessoa que é, quais valores e crenças importam para a sua vida, obter uma visão coerente de suas atitudes, capacidades e de suas formas de reagir aos outros e de ser percebido por eles” (p.299).

4- Trabalho Educativo em Grupos de Adolescentes

“Um grupo é um conjunto limitado de pessoas unidas pelo interesse explícito ou implícito de realizar uma tarefa, cujos membros interagem num tempo e espaço definidos e se articulam não só em função da tarefa ou finalidade que constitui a razão de sua existência, mas também em função das representações e papéis que as pessoas se atribuem” (SOUSA, 2005 p.49).

Quando entram em um grupo, as pessoas trazem consigo suas experiências, conhecimentos, necessidades, valores, expectativas e vão construindo uma história de significados comuns, de escolhas e realizações que visam atender suas necessidades e intenções. A convivência em grupos direcionados a uma tarefa oferece aos adolescentes oportunidades de canalizar para o mundo social seus ideais e também os impulsos agressivos do seu mundo interno (SOUSA, 2005).

Para a formação de um grupo é fundamental que se estabeleça uma relação de respeito mútuo. Deve-se respeitar a individualidade de cada um, bem como suas escolhas, opiniões, limites e sentimentos. Respeitar não significa concordar sempre com o outro ou elogiar qualquer tipo de conduta, mas, não ter o direito de desqualificar ou oprimir o outro (SERRÃO e BALEEIRO, 1999).

O trabalho em grupo de adolescentes é realizado através de oficinas de forma participativa e dinâmica com discussões a partir de palestras dialogadas, leitura de textos, análise de filmes, estudos de casos, através de vivências, de dinâmicas de grupos e dramatizações. Cada tema é vivenciado, proporcionando um aprendizado, não apenas em termos de conhecimento, mas de autoconhecimento, com modificações de atitudes, contribuindo para elevação da qualidade de vida dos jovens. Os adolescentes aprendem a lidar com as suas diferenças e identificam-se como grupo, com objetivos comuns. Trabalhando com essa metodologia temos a oportunidade de construção de conhecimentos e formação de um sujeito criativo e pensante. É um espaço para uma rica discussão que permite a integridade pessoal.

A metodologia participativa apresenta muitos desafios, como a exigência de que o educador tenha a capacidade de atuar nos grupos de forma flexível, democrática e não diretiva e também exige uma mudança de postura frente ao educando. O jovem tem que ser reconhecido como pessoa capaz de ser sujeito e agente do seu processo de aprendizagem, e de participar ativamente na construção do conhecimento (BALEEIRO et al,1999).

Segundo os mesmos autores, em todo grupo, os participantes podem, inicialmente, sentir medo de se exporem ou de serem expostos pelos outros e quando o assunto é a sexualidade, os cuidados devem ser redobrados, pois as diferenças culturais e de valores, preconceitos, mitos, tabus, desejos e negações de cada um em relação à sexualidade são campo propício para intensificação desses temores. O educador deve ter habilidade de construir processos de trabalho que facilitem a ressignificação dos conhecimentos, vivências e fantasias dos participantes, a revisão de conceitos, procedimentos, atitudes e valores.

A identificação com o grupo representa para o adolescente uma forma de neutralizar a consciência do peso da nova descoberta da identidade individual e ao mesmo tempo, permite-lhe testar a capacidade de ser leal a companheiros ou causas e o incentiva a superar o sentido de insegurança e inibição através da experimentação coletiva (SOUSA, 2005).

De acordo com Abduch (1999):

A informação científica é um dado fundamental para o desenvolvimento de atitudes preventivas. É o ponto básico de diferenciação entre uma atitude coerente e afirmações emocionais, preconceitos e tabus. Ela é absolutamente necessária, mas infelizmente, não é suficiente para mudar comportamento de risco, que exige um trabalho contínuo, complexo e competente, investimentos de ordem intrapessoais, interpessoais, políticos e sociais. Mudar um comportamento social de risco demanda tempo de gerações, e terá legitimidade se a própria sociedade gerir essas mudanças (p.299).

Trabalhar educação para a saúde dos adolescentes e jovens difere da assistência clínica individual e da simples informação ou repressão. O modelo a ser desenvolvido deve permitir uma discussão sobre as razões da adoção de um comportamento preventivo e o desenvolvimento de habilidades que permitam a resistência às pressões externas, a expressão de sentimentos, opiniões, dúvidas, inseguranças, medos e preconceitos, de forma a dar condições para o enfrentamento e a resolução de problemas e dificuldades do dia-a-dia (BRASIL, 2005a).

No trabalho com jovens, especialmente no que diz respeito à sexualidade com adolescentes, o imprescindível é que se tenha respeito à realidade deles e que não seja focado apenas aquilo que consideramos importante ou o que pensamos que eles gostariam de ouvir. Esse tipo de abordagem, fundamentada na perspectiva construtivista, centrada na realidade histórico-cultural do público alvo, faz com que os jovens se sintam sujeitos participativos em todo o

processo de aprendizagem, possibilitando esclarecimentos satisfatórios de tudo o que aflora em forma de dúvidas (ALVES, 2004).

De acordo com Cardoso e Cocco (2003 p.784), “a transformação social ocorrerá quando os jovens se propuserem a buscar soluções a partir de pequenos problemas individuais manifestados para um grupo”. No momento em que um pequeno problema se revela ser comum aos componentes daquele grupo, o jovem percebe a sua força como meio de transformação da sua realidade, podendo conduzir em direção a uma ação política, na construção de uma sociedade mais justa, igualitária, participativa e responsável.

Segundo, Abduch (1999 p.291), “a técnica de grupos operativos com adolescentes é indicada como instrumento para o desenvolvimento dos fatores básicos elementares de prevenção, que são auto-estima, juízo crítico, plano de vida e criatividade, capacidade essas que, se desenvolvidas grupalmente, tornam-se fatores protetores aos riscos a que os jovens estão expostos atualmente, como morte por causas externas, gravidez não planejada, contaminação com o vírus da AIDS e adição a drogas”.

5- As Parcerias para o Desenvolvimento do Trabalho com Adolescentes

Em 2006 o Ministério da Saúde propôs o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas que tem com eixo estruturante as ações de integração entre os setores saúde-educação. O projeto incentiva a articulação entre as diferentes instâncias governamentais e as organizações da sociedade civil, reconhecendo-se o sujeito integral como foco das diversas políticas públicas. Esse projeto leva em consideração a importância das ações em saúde sexual e reprodutiva, realizadas nas diferentes regiões do País, assumindo que essa riqueza de experiências deve ser valorizada e potencializada quando da sua implementação. Sendo assim, parte-se do pressuposto que essa iniciativa poderá cumprir diferentes funções, dependendo das realidades estaduais e municipais. O projeto visa incentivar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde sexual e reprodutiva, com participação juvenil, construindo uma rede integrada saúde- educação, reduzindo os agravos à saúde da população jovem. (BRASIL, 2006b).

De acordo com Valadão (2004) *apud* Brasil (2006a p.121),

Sem dúvida quando os diversos setores, como saúde e educação, trabalham em conjunto, é possível identificar programas existentes, sobrepostos ou paralelos e assim aumentar a eficácia no uso de recursos e otimizar os resultados das ações. Entretanto, as parcerias intersetoriais trazem pouco avanço quando se resumem a negociação de tarefas e custos. Para avançar é preciso ter ousadia para inventar novas formas de planejar, executar e avaliar a prestação de serviços, valorizando as contribuições e responsabilidades dos diferentes setores e colocando o foco nas pessoas e grupos para os quais as políticas e ações são destinadas.

O Programa Saúde e Prevenção na Escola, sem dúvida, representa um marco na integração entre o setor saúde e a educação. Ele reconhece a escola como um espaço para articulação e aplicação das políticas voltadas para os adolescentes e jovens. Nele há a possibilidade de uma integração entre vários sujeitos: família, estudantes, profissionais da saúde e da educação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo nasceu da realidade de um trabalho na ESF da Comunidade do Bairro Santa Helena I. A partir das inúmeras perguntas surgidas no processo de trabalho as questões tomaram corpo e se transformaram em um trabalho que pesquisa.

O encontro com diversos autores que já estudaram essa temática permitiu clarear as nossas dúvidas e fortalecer a idéia de que a adolescência é uma fase da vida que merece grandes investimentos em promoção à saúde.

Estudar a problemática do adolescente tendo como referência o trabalho educativo sexual voltado para esta faixa etária na estratégia de Saúde da Família passou a ser um imperativo para a nossa equipe. Em todo o processo este trabalho veio demonstrar a importância da realização de um trabalho educativo voltado aos adolescentes.

Através desse estudo podemos observar que os adolescentes expressam a sexualidade de várias formas, pois, eles sofrem diferentes influências do meio externo, têm relações pessoais próprias e reagem de maneiras diversas às interferências do meio em que vivem. Por tudo isso, temos que ter consciência do nosso importante papel como profissional de saúde para que nossos valores e opiniões não sejam transferidos para eles. Devemos apenas facilitar para que o jovem se torne sujeito de sua própria vida. Todo profissional que for trabalhar com o público adolescente tem que estar preparado para essa tarefa. Informações científicas são essenciais, mas não o suficiente para provocar mudanças de hábitos. O trabalho realizado com adolescentes deve ser bem preparado e contínuo para que facilite seu desenvolvimento pessoal e social. Com isso ocorrerá o fortalecimento desse jovem para que ele faça escolhas saudáveis diante das situações da vida.

Nas equipes de Saúde da Família é importante que os profissionais se ocupem da educação para a sexualidade, desenvolvida de forma individual ou em grupo, pode contribuir para que adolescentes vivenciem a sexualidade e suas relações afetivas de forma satisfatória, criativa e sem riscos, vinculados ao respeito mútuo e sem discriminação de gênero. Um trabalho educativo como esse visa capacitar os jovens para a reflexão quanto aos cuidados de si e do outro, entendendo que para além das “vontades biológicas” há uma série de lógicas das emoções e sentimentos que também precisam ser escutadas, elaboradas e vivenciadas, principalmente no que tange às relações de desigualdade entre os gêneros sexuais, que é uma

variável importante na perpetuação da opressão e supressão do exercício da democracia e direitos humanos.

Ao concluir esta importante etapa de reflexão pode-se registrar que a adolescência é um período de profundas modificações na vida de uma pessoa e que a sexualidade é parte integral da personalidade de cada um. É, também, uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. Este trabalho mostrou, ainda, a importância da abordagem educativa com adolescentes ressaltando a saúde sexual e reprodutiva através de grupos formados na atenção básica, criando espaços de discussão e aprendizagem sobre saúde sexual e reprodutiva, sexualidade e os direitos ligados a ela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABDUCH, C. **Grupos Operativos com Adolescentes**. Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Volume 1. Brasília, 1999, 300p.

ABERASTURY, A. e KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 96 p.

ABRAMOVAY, M., CASTRO, M. G., SILVA, L. B.. **Juventudes e sexualidade**. Brasília: UNESCO. 2004, 428p.

AQUINO, E. M. L. et al. **Adolescência e Reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2) p.377-388, 2003.

AMAS- Associação Municipal de Assistência Social. **Famílias de Crianças e Adolescentes: Diversidade e Movimento**. Belo Horizonte: AMAS, 1995, 168p.

ALVES, M. F. P. et al. **Sexualidade e Adolescência: É Preciso Vencer os Tabus**. Trabalho apresentado no 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária: Belo Horizonte, 2004.

AYRES, J. R. C. M. Adolescência e saúde coletiva: aspectos epistemológicos da abordagem programática. In: SCHRAIBER, L. B. (org.). **Programação em Saúde Hoje**. São Paulo: Hucitec, p. 139-182, 1990.

BALEEIRO, M. C. et al. **Sexualidade do Adolescente: fundamentos para uma ação educativa**. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 1999, 320p.

BASSO, S.C. Sexualidad Humana. In COSTA, Maria Conceição O. et al. Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, Supl.2: p. 217-223, 2001.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO – AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. v. XV, n.1, dez. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a. 56p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens**. Brasília, Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à saúde. **Saúde e Prevenção nas Escolas: Guia para a formação de profissionais de saúde e de educação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 60 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Trabalho infantil: diretrizes para atenção integral à saúde de crianças e adolescentes economicamente ativos**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005c.44p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: Textos Básicos**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2001. 344p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Adolescentes promotores de saúde: uma metodologia para capacitação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 112p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas**. Brasília: 2 ed. Ministério da Saúde, 1996. 32p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde, v. 1, 2 e 3, 1993.

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

BRAUNER, M. C. C. Direitos Sexuais e Reprodutivos: uma abordagem a partir dos direitos humanos. **Revista Direito**, Santa Cruz do Sul, n.16, p. 67-84, jul./dez 2001.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 31. n. 2: p.209-213, 1997.

CANNON, L. R. C. et al. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999.

CARDOSO C.P., COCCO M.I.M. **Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire**. Rev. Latino-Americana de Enfermagem, v. 6, n.11, nov./dez. 2003.

COSTA, M. C. O. et al. **Sexualidade na adolescência: desenvolvimento, vivência e propostas de intervenção**. Jornal de Pediatria, vol. 77, supl. 2: p.217-23, 2001.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**. Curitiba: SMS/PR, 2006. 2 ed, 2006.122p.

DAYRELL, J. **A música entra em cena: o funk e o rap na socialização da juventude em Belo Horizonte**. 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2001.

DAYRELL, J. e CARRANO, P. C. **Jovens no Brasil: difíceis travessias de fim de século e promessas de um outro mundo**. Rio de Janeiro. 2002. <http://www.saude.gov.br/sps/areastecnicas/adolescente/homicidios.htm> Acesso em 22/10/09 às 18 horas.

DIAZ, J. e DIAZ, M. **Contraceção na Adolescência**. Caderno Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Volume 1. Brasília, 1999.

ECA. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Normativas Internacionais. Convenções n.138 e 182, e Recomendação n. 190 – OIT. Portaria Nº 6/2002 – MTE. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Departamento da Criança e do Adolescente (DCA). Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Brasília: 2002. 224 p.

FARIA, S. C. **Jovens e Adolescentes na Agenda 21**. Caderno Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Volume 1. Brasília, 1999.

GOMES, W. de A. et al. **Nível de informação sobre adolescência, puberdade e sexualidade entre adolescentes**. *Jornal de Pediatria*. v. 78, n.4: p. 301-308, 2002.

GUIMARÃES, R. M. e ROMANELLI, Geraldo. **A inserção de adolescentes no mercado de trabalho através de uma ONG**. *Rev. Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 7, n. 2: p. 117-126, jul./dez. 2002.

JESUS, B. et al. **Diversidade Sexual na Escola: uma metodologia de trabalho com adolescentes e jovens**. São Paulo: ECCOS, 2006.84 p.

LIMA, C. A. et al. **Violência faz mal à saúde**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 296p.

LYRA, J. **Paternidade adolescente: uma proposta de intervenção**. Dissertação (Mestrado)- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1997.

MARQUES, L. F. et al. **O Uso Indevido de Drogas e a AIDS**. Caderno Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Volume 1. Brasília, 1999. 300p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à Saúde do Adolescente**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006.152p.

MONTEIRO, D.L.M. **A cérvix uterina na adolescência: estudo da prevalência e fatores associados ao câncer de colo uterino e suas lesões precursoras em população de**

adolescentes no Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado)- FIOCRUZ. 9. Morrison EA, Ho GY, Vermud ST, et al., 2004.

NIEDERSBERG, M. C. **O Papel da Masturbação no Desenvolvimento Sexual do Adolescente.** Rev. Contemporânea- Psicanálise e Transdisciplinaridade, Porto Alegre, n.5, jan./fev./mar. 2008.

OIT (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO). Organização Internacional do Trabalho. **Módulos de auto-aprendizagem sobre saúde e segurança no trabalho infantil e juvenil.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 152 p.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. IMAN. **Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes.** Washington, D.C. OPS, 2005.

PICAZIO, C. **Sexo Secreto: temas polêmicos da sexualidade.** São Paulo: Summus, 1988.136p.

PINTO, V. G. **Saúde Bucal Coletiva**, 4 ed. São Paulo: Santos, 2000. Cap. 10: Educação em saúde bucal, p.311-317.

PIROTTA, W. R. B. e PIROTTA, K. C. M. **O Adolescente e o Direito à Saúde após a Constituição de 1988.** Caderno Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Volume 1. Brasília, 1999.

RIBEIRO, C. e CAMPUS, TM. T. de A. **Afinal, Que Paz Queremos?** Lavras: Editora UFLA, 2004. 222p.

RIBEIRO, C. P.e ARAÚJO, S. D. P. **Saúde na Escola: guia para uma adolescência saudável.** Belo Horizonte, 2001.92p.

SAITO, M. LEAL, M. M. **O exercício da sexualidade na adolescência: a contracepção em questão.** Pediatria. São Paulo, v.25 n.1/2: p. 36-42, 2003.

SANTOS, B. R. et al. **Guia Escolar: métodos de identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes.** 2 ed. Brasília. Secretaria Especial de Direitos Humanos e Ministério da Educação, 2004. 163p.

SANTOS, V. L. e SANTOS, C. E. **Adolescentes, Jovens e AIDS no Brasil.** Caderno Juventude, Saúde e Desenvolvimento. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Volume 1. Brasília, 1999.

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

SEIXAS, A. H. **Abuso Sexual na Adolescência.** In: SANTOS, Benedito Rodrigues et al. **Guia Escolar: métodos de identificação de sinais de abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes.** 2 ed. Brasília. Secretaria Especial de Direitos Humanos e Ministério da Educação, 2004. 163p.

SERRÃO, M. C. e BALEEIRO, Maria Clarice. **Aprendendo a Ser e a Conviver**. 2 ed. São Paulo: FTD, 1999. 383 p.

SILVA, P. D. B. et al. Comportamento de risco para as doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes escolares de baixa renda. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 07, n. 02, p. 185 – 189, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista7_2/original_06.htm> Acesso em 05/12/09.

SILVA, G. L., BIFFI, E. F. Fatores que contribuem para a ocorrência da gravidez na adolescência. **Caderno Espaço Feminino**, v.18, n. 2, ago./set 2007.

SOUSA, V. **Juventude, Solidariedade e voluntariado: A formação do adolescente voluntário**. Salvador: Fundação Odebrecht. Rio de Janeiro: Fundação Vale do Rio Doce, 2005.457p.

SOUZA, C. Z. V. G. **Juventude** e contemporaneidade: possibilidades e limites. **Última década**, v.1, n.20: p.47-69, jun., 2004.

SUPLICY, M. et al. **Guia de Orientação Sexual: diretrizes e metodologia**. 8 ed.São Paulo: Caso do Psicólogo, 1994. 161 p.

TARDELI, Denise D'Áurea. A Manifestação da Solidariedade em Adolescentes – Um Estudo Sobre a Personalidade Moral. **Psicologia, Ciência e Profissão**, n.2, v.28: p. 208-303, 2009.

TONELI, M. J. F. Direitos Sexuais e Reprodutivos: Algumas considerações para auxiliar a pensar o lugar da psicologia e sua produção teórica sobre a adolescência. **Psicologia & Sociedade**, n.1, v.16: p. 151-160, 2004.