


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

JULIANA JORDANO

RELACIONAMENTO FAMILIAR E ADOLESCÊNCIA:
A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO
ADOLESCENTE

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 14/08/06


Rosana Maria Gaio
Depto de Serviço Social / CSE

FLORIANÓPOLIS

2006/1

JULIANA JORDANO

**RELACIONAMENTO FAMILIAR E ADOLESCÊNCIA:
A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE
DO ADOLESCENTE**

Trabalho de conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Ana Maria Cartaxo

FLORIANÓPOLIS

2006/1

JULIANA JORDANO

**RELACIONAMENTO FAMILIAR E ADOLESCÊNCIA:
A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE
DO ADOLESCENTE**

Trabalho de conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel no Curso de Serviço Social, do Departamento de Serviço Social, do Centro Sócio Econômico, da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Assistente Social.

BANCA EXAMINADORA:



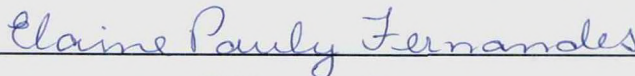
Orientadora

Prof^ª Dra. Ana Maria Cartaxo – Universidade Federal de Santa Catarina



1ª Examinadora

Prof^ª Dra. Maria Manoela Valença – Universidade Federal de Santa Catarina



2ª Examinadora

Elaine Pauly Fernandes – Enfermeira do Centro de Referência em Saúde do Adolescente

Florianópolis, agosto de 2006

Dedico este trabalho, especialmente aos meus pais, Julio e Verônica, que sempre me apoiaram e acreditaram no meu potencial, estando sempre presente em todos os momentos desses anos de estudo me incentivando e dando forças para chegar até aqui, sendo essenciais na minha trajetória.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, por ter me concebido a vida e por acreditar que sempre esteve ao meu lado, me iluminado e fornecendo condições físicas e espirituais para superar todos os obstáculos.

A meus pais, Julio e Verônica, por estar ao meu lado em toda minha caminhada, pelo apoio necessário, conforto, amor, carinho, compreensão e incentivo, sem os quais não conseguiria concluir este curso e, principalmente, por ter me propiciado este momento em minha vida.

Aos meus irmãos, Bruna e Eduardo, pela união, amizade e companheirismo durante toda minha vida.

À professora Dra. Ana Maria Cartaxo, minha orientadora, um anjo que apareceu no meu caminho e me possibilitou chegar até aqui. Com sua dedicação, interesse, ajuda, empenho demonstrado e pela sabedoria que me guiou.

À Elizabeth Callado de Oliveira Carreirão, minha professora e supervisora de campo que, sem dúvida, teve uma participação especial na minha formação, me incentivando na realização deste trabalho.

As minhas amigas, pelas alegrias e angústias compartilhadas durante todos esses anos, especialmente as minhas amigas: Ana Patrícia, Ana Cristina, Andréia, Alice, Bárbara, Betina, Janaina Silva, Thais, Thaíse. Sinto saudades.

A Tatiane Cristina Martins minha grande amiga e companheira em todos esses anos de estudo.

A todos que de alguma forma ajudaram-me a concretizar este trabalho.

Muito obrigada!

JORDANO, Juliana. **Relacionamento familiar e Adolescência:** a experiência de estágio no Centro de Referência em Saúde do Adolescente. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

RESUMO

A questão da saúde a partir da década de 70, obteve grandes avanços principalmente após ser realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde que possibilitou a promulgação da Constituição Brasileira em 1988, que configura a saúde como um direito de todos e dever do Estado na garantia do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. Considerando ainda, a criança e o adolescente como “prioridade absoluta”. No ano de 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde e do Estatuto da Criança e Adolescente, configura-se um novo cenário social. Em cumprimento a estas leis, o Ministério da Saúde oficializa o Programa de Saúde do Adolescente. O presente Trabalho de Conclusão de Curso, concretizou-se a partir da prática de Estágio Curricular Obrigatório, realizado no segundo semestre de 2004, na Diretoria do Posto de Assistência Médica, mas especificamente no Centro de Atenção a Saúde do Adolescente. É objetivo desse estudo compreender a relação entre a família e seu adolescente com vistas a identificar as situações que interferem no desenvolvimento biopsicossocial do adolescente. Refletindo a respeito da família e da fase vivenciada (adolescência), assim como, a importância desta no desenvolvimento do adolescente. Através de uma abordagem qualitativa buscou-se verificar quais situações estavam presentes nas famílias dos adolescentes atendidos e a prática do assistente social neste programa.

Palavras-Chave: Constituição Federal, Estatuto da Criança e do Adolescente, família, adolescente e Serviço Social.

LISTA DE SIGLAS

AIS - Ações Integradas de Saúde

CONASP - Conselho de Administração Previdenciária

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CF - Constituição Federativa Brasileira

DAME - Diretoria de Assistência do Posto Médico

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

PAM - Posto de Assistência Médica

PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente

SUS - Sistema Único de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
CAPÍTULO I – DIREITO À SAÚDE: ASSEGURADO POR LEI.....	12
1.1 A POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL: 1970 – 1980.....	12
1.2 BREVE HISTÓRICO DA DIRETORIA DO POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA – DAME.....	18
1.3 DO PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE EM ÂMBITO NACIONAL AO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	20
CAPÍTULO II - COMPREENDENDO A FAMÍLIA E A ADOLESCÊNCIA.....	28
2.1 CONTEXTUALIZANDO A FAMÍLIA.....	28
2.2 O PAPEL DA FAMÍLIA NO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE.....	35
2.2.1 O ser adolescente.....	44
CAPÍTULO III - A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE ÀS DEMANDAS DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO ADOLESCENTE.....	50
3.1 IDENTIFICANDO ALGUMAS SITUAÇÕES.....	50
3.2 A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL.....	57
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS.....	68
ANEXOS.....	73
ANEXO A – Prontuário.....	74
ANEXO B – Relações das atividades desenvolvidas pela estagiária com o Grupo Educativo de agosto a dezembro de 2004.....	81
ANEXO C - Questões Norteadoras para a entrevista do Serviço Social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente.....	89

INTRODUÇÃO

Em março de 1986, acontece em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde - CNS, um dos eventos políticos sanitários mais importantes, por seu caráter democrático e pelo amplo processo social que se estabeleceu pela sociedade civil. Como resultados deste evento tiveram o estabelecimento de consenso político que permite a conformação do Projeto de Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais: 1) conceito abrangente de saúde; 2) saúde como direito de cidadania e dever do estado e 3) propõe a instituição de um sistema único de saúde.

O direito a saúde se consolidou com a promulgação em 05 de outubro de 1988, da Constituição Brasileira. Esta incorpora conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde, baseada no direito universal e igualitário às ações de saúde.

Diante dessa nova lógica, em 1990 são elaboradas as Leis Orgânicas da Saúde – LOS; a Lei 8080/90, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, e sobre a organização e o funcionamento do sistema único de saúde, e, a Lei 8142/90 que trata da participação da comunidade na gestão do sistema e da transferência de recursos financeiros para saúde. Em junho, desse mesmo ano, entra em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei 8069/90 reafirmando os direitos de cidadania, ou seja, os direitos à educação, à moradia, à alimentação, à saúde, ao lazer e à participação da vida social. Esses direitos geraram demandas e necessidades que precisam ser atendidas tanto pelo Estado quanto pela sociedade.

Segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente em seu Art. 4º:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar.

Envolto nesse contexto, em 27 de março de 1990, por meio da Portaria SES/nº 011/90, é instituído o Programa de Saúde do Adolescente no Estado de Santa Catarina, seguindo os mesmos princípios determinados a nível nacional.

O Programa de Saúde do Adolescente funciona hoje na Diretoria do Posto de Assistência Médica – DAME¹ (antiga Policlínica de Referência Regional), da capital. Durante 14 anos de sua oficialização, tendo passado por intensas modificações, mas recentemente em 2002 sofreu uma reestruturação, passando do nível de atenção básica de saúde² para o nível de média complexidade³, adquirindo a recente terminologia de Centro de Referência em Saúde do Adolescente.

Este trabalho de conclusão de curso é resultado da experiência de estágio vivida nesse Centro de Referência em Saúde do Adolescente que tem como objetivo desenvolver atividades ambulatoriais destinadas a adolescentes que necessitam atendimento de ordem biopsicossocial, que necessitem de atendimento especializado, prestado por uma equipe interdisciplinar. No período de agosto a dezembro de 2004 quando ocorreu o estágio obrigatório, observamos nos atendimentos realizados juntos aos adolescentes pertencentes a faixa etária de 10 a 19 anos que o relacionamento familiar assumia um papel fundamental na formação do adolescente, sendo este um ser em desenvolvimento biopsicossocial. Notou-se ainda que as demandas pelas quais eram encaminhados os adolescentes, não eram de fato a única situação problema encontrada durante o atendimento, apresentando em sua maioria situações de conflito no ambiente familiar.

Segundo Kaloustian (1994, p. 11):

A família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência e da proteção dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo familiar

¹ Na época do estágio obrigatório curricular a Instituição chamava-se DAME, porém desde o início de 2006 estão ocorrendo mudanças na sua estrutura e seus programas. A antiga DAME atualmente tem o nome de Gerência do Posto de Assistência Médica - GEPAM possui um novo organograma e a maioria dos seus programas estão sendo repassados para o município. O Centro de Referência em Saúde do Adolescente está sofrendo ameaça de extinção ou de ser entregue ao município deixando assim de atender adolescentes de outros municípios da Grande Florianópolis. A equipe que atende no programa está mobilizada na defesa dos seus adolescentes. Sendo assim solicitou ajuda ao Ministério Público (30ª Promotoria da Capital e ao Centro de Apoio Operacional da Infância e Juventude de Santa Catarina), ao Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente e ao Ministério da Saúde, no sentido de unir-se aos profissionais do Centro de Referência em Saúde do Adolescente na luta contra a extinção do mesmo.

² Nível de atenção básica: conjunto de ação mais simples, direcionadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação. (SUS – NOAS01/02, 2002).

³ Nível de média complexidade: compreende um conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares que visam atender os principais problemas de saúde da população, cuja prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico (SUS – NOAS01/02, 2002).

ou forma como vêm se estruturando. É a família que propicia aportes afetivos e, sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento dos seus componentes. Ela desempenha um papel decisivo na educação formal e informal, é em seu espaço que são absorvidos os valores éticos e humanitários, e onde se aprofundam os laços de solidariedade. É também em seu interior que se constroem as marcas entre as gerações e são observados valores culturais (KALOUSTIAN, 1994, p. 11).

Um outro fator a ser considerado é que no Centro de Referência em Saúde do Adolescente o atendimento ocorre de maneira sistêmica em que o mesmo não é visto como um membro isolado da família, sendo esta trabalhada em sua totalidade, pois “(...) é considerada um sistema vivo no qual estão contidos vários elementos: filhos, pais, esposos, irmãos (...)” (PUEL, 1991, p. 02).

Diante dessa experiência vivenciada no Centro de Referência em Saúde do Adolescente, decidiu-se pela realização de uma pesquisa cujo objeto de estudo era compreender a relação entre a família e o adolescente com vistas a identificar as situações que interferem no desenvolvimento biopsicossocial do adolescente. Por ser “a família o primeiro sujeito que referencia e totaliza a proteção e socialização dos indivíduos. Independente das múltiplas formas e desenhos que a família contemporânea apresenta, ela se constitui num canal de iniciação e aprendizado dos afetos e das relações sociais” (CARVALHO, 1997, p. 93).

Como processo metodológico, optou-se por uma pesquisa qualitativa, que de acordo com os termos definidos por Minayo (1996, p. 21-22),

Responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser qualificado. Ou seja, trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que corresponde a um espaço mais profundo nas relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A elaboração dessa pesquisa teve como base a pesquisa documental, “a característica da pesquisa documental é que a coleta de dados está restrita a documentos escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias. Estas podem ser feitas no momento em que o fato ou fenômeno ocorre, ou depois” (MARCONI; LAKATOS, 1996, p. 57); utilizando-se os prontuários de 60 adolescentes atendidos pela estagiária no período e agosto a dezembro de 2004.

E a pesquisa bibliográfica que segundo por Gil (1999) “é desenvolvida a partir de material já elaborado e constituído, principalmente livros e artigos científicos”.

Esta monografia está estruturada em três capítulos:

No primeiro capítulo será exposto o processo de construção dos movimentos sociais que antecederam a consolidação do Sistema Único de Saúde, e as diferentes conjunturas políticas do cenário nacional aos anos precedentes à promulgação da Constituição Federal de 1988. Assim como, um breve histórico sobre a Diretoria do Posto de Assistência Médica – DAME e o processo de implantação do Centro de Referência de Saúde do Adolescente trazendo suas principais diretrizes e aspectos relevantes de sua implantação em cumprimento à Constituição Federal de 1988 e ao Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990.

No segundo capítulo explana-se a família e suas peculiaridades, como também a sua complexidade na relação com o contexto social. Abordam-se ainda a importância do equilíbrio familiar no processo de desenvolvimento e socialização do adolescente, sua conceituação, características e manifestações ocorridas neste período da vida.

No terceiro capítulo apresenta-se a análise dos dados obtidos, com a finalidade de responder a problemática que incitou a composição desse estudo e a prática profissional do assistente social no campo das situações encontradas junto aos adolescentes atendidos. E para concluir, será considerado os pontos fundamentais elencados, partindo das reflexões desenvolvidas no decorrer do processo construtivo do presente estudo.

CAPÍTULO I – DIREITO À SAÚDE: ASSEGURADO POR LEI

1.1 A POLÍTICA DE SAÚDE DO BRASIL: 1970 – 1980

As décadas de 70 e 80 foram sem dúvidas, tempos de grandes mudanças e novas propostas para o campo da saúde no âmbito da política social.

Inicia-se ao fim da década de 70, o Movimento Sanitário, liderado por profissionais da área da saúde que, utilizando estudos sobre as causas da crise e da ineficiência do Sistema de Saúde no Brasil, começaram a denunciar os efeitos do modelo econômico na prestação da saúde à população e a apresentar propostas e alternativas para a transformação do sistema de saúde vigente. Essa política social, no período de 1974 a 1979, teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”.

Conforme expõe Neto (1994), em 1980 aconteceu o primeiro Simpósio Nacional de Política Social, onde o Movimento Sanitário apresentou e discutiu sua proposta, chamada Sistema Único de Saúde, que propunha a universalização do direito à saúde – a existência de um sistema de saúde racional, de natureza pública, descentralizante que integrasse as ações curativas e preventivas e que estivesse baseado na democracia, dando espaço para a participação popular.

A proposta não foi imediatamente aceita pelo governo. Entretanto, ao longo da década de 80, o Movimento Sanitário adquiriu forças e novos adeptos, e o governo foi fazendo concessões à medida que ia sendo pressionado. A Política Nacional de Saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade dos recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do Movimento Sanitário.

Nesta década, eclode a anunciada crise da Previdência Social sob o contexto da acentuada elevação dos custos da assistência médica, da recessão econômica e da crise fiscal do Estado. Em consequência do agravamento da crise da Previdência Social, é instituída em 1981 uma instância reguladora da Saúde Previdenciária, o Conselho de Administração Previdenciária – CONASP, representado por diferentes segmentos da sociedade (trabalhadores em geral, médicos, prestadores privados de serviços, entre outros). Tal conselho tinha por finalidade “reorganizar a

assistência médica no país, reduzindo seus custos e controlando os seus gastos” (BUSS, 1995 p. 80).

Em 1982, com a vitória da oposição, instituiu-se a Aliança Democrática com a instalação da Nova República, que trazia para o campo da política um período de transição do antigo regime conservadorista à abertura democrática do país.

Diante desse processo de democratização, o CONASP fez com que as propostas do Movimento Sanitário, perpetuassem com mais intensidade na elaboração do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde⁴ no âmbito da Previdência Social. Permitindo também o surgimento das Ações Integradas de Saúde – AIS, que conheceram dois momentos: o firmamento de convênios com as secretarias estaduais e municipais para a realização de ações de saúde pública e assistência médica e o fortalecimento do movimento de Reforma Sanitária com a ocupação de importantes postos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS e do Ministério da Saúde por profissionais participantes deste processo, sendo um passo de relevante importância a caminho da institucionalização da Reforma Sanitária.

Segundo Mendes (1995, p. 39):

O discurso da Nova República sustenta uma concepção doutrinária sobre as questões da saúde que se enuncia em forma bastante clara em dois níveis:

No nível político institucional, falava-se do direito universal à saúde e do dever do Estado em propiciá-la [...].

No nível operacional, propugnava-se um amplo processo de descentralização e desconcentração das ações de saúde na linha das prescrições do movimento sanitário.

Para tanto, propunha-se transitar das Ações Integradas da Saúde, enquanto programa, para uma estratégia transaccional em busca de um Sistema unificado de Saúde [...].

Em março de 1986, aconteceu em Brasília – Distrito Federal, a VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, um dos eventos políticos – sanitários mais importantes devido ao seu caráter democrático, unindo representantes de diferentes segmentos da sociedade e, também ao processo

⁴ Esse plano propõe a reversão gradual do modelo médico-assistencial através do aumento da produtividade do sistema, da melhoria da qualidade da atenção, da equalização dos serviços prestados às populações urbana e rural, da eliminação da capacidade ociosa do setor público, da hierarquização dos equipamentos, da criação do domicílio sanitário, da montagem de um sistema de auditoria médico-assistencial e da revisão dos mecanismos de financiamento do FAZ (MENDES, 1995, p. 36).

social que se estabeleceu a partir das Conferências estaduais e municipais, na qual a questão da saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se a sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária.

O resultado central da VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS formatou o Projeto da Reforma Sanitária, caracterizando três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde. O conceito mais amplo de saúde debatido na VIII CNS tem a seguinte definição:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (ANAIS da 8ª CNS. Relatório Final. Brasília, 1987).

Além desses aspectos, essa Conferência teve como desdobramento prático o desenvolvimento de trabalhos técnicos pela Comissão Nacional de Reforma Sanitária, que influenciaram significativamente dois processos iniciados em 1987, visando: o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento o que implicava na redução do papel do setor privado na prestação de serviços à saúde e a descentralização política e administrativa do processo decisório da política de saúde na execução dos serviços a nível local. Ainda em 1987 ocorre a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS e a elaboração de uma nova Constituição brasileira que foi promulgada em 05 de outubro de 1988, trazendo inúmeras inovações no campo sóciopolítico nacional.

A saúde nesse contexto ganhou novos princípios, diretrizes e uma política organizacional específica, sendo inserida juntamente com a assistência social e previdência na organização da Seguridade Social brasileira, assim como prevê seu artigo 194: “A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 103).

Diante dessa nova organização, e de um sistema integral de ações a saúde esta foi assim definida “Art 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas

sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988, p. 104).

Portanto, a Carta Constitucional traz a concepção de direito na satisfação das necessidades de saúde, independente da contribuição ou qualquer outro requisito prévio, não estando submetida a constrangimentos limitativos de qualquer ordem. O direito a saúde independe do mercado na medida em que é proposto o atendimento universal, integral e igualitário. A saúde constitui-se num direito essencial que as pessoas têm pelo simples fato de existirem e serem cidadãos.

Segundo Nogueira (2002, p. 154):

A aprovação do direito à saúde expressa uma perspectiva inovadora em relação aos direitos sociais e significa uma inserção política de atores sociais até o momento excluídos na conformação das agendas públicas. Reafirma, ainda, o trânsito para um Estado Institucional - Redistributivo, na medida em que rompem com a sujeição histórica dos direitos sociais ao trabalho formal, e sinalizam para a atenção às necessidades integrais de saúde de todo cidadão.

As leis complementares que regulamentam a saúde, a partir dos princípios constitucionais foram aprovadas em 1990, quando implementada a Lei Orgânica de Saúde – LOS (Leis nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90) que dispõem sobre a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, como sendo o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público [...]”.

Como afirma Netto (1994) em primeiro lugar, o SUS é um sistema. Assim é formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estado e Municípios), e pelo setor privado, contratado e conveniado, como se fosse um mesmo corpo. Em segundo o SUS é único, ou seja, tem a mesma doutrina, a mesma filosofia de atuação em todo território nacional.

Nesta perspectiva o SUS norteia-se pelos seguintes princípios doutrinários:

- **Universalidade:** significa que o acesso aos serviços de saúde é oferecido em todos os níveis de assistência sem restrição.

- **Eqüidade:** é a garantia de que todos os usuários têm o acesso às ações e serviços de saúde, sem que haja qualquer tipo de preconceito, respeitando as particularidades e necessidades individuais de cada um.
- **Integralidade:** os serviços de saúde devem atender ao cidadão como pessoa integral, isto é, que está submetido às diferentes situações da vida, que levam a adoecer e a morrer. Assim como afirma Almeida (2001 apud AGUSTINI, 2004, p. 18), “O individuo deve ser entendido como um ser social, cidadão que, biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida”. Ou seja, é preciso garantir as ações de promoção (que envolve ações em outras áreas como habitação, meio ambiente, educação e etc.), proteção (saneamento básico, imunizações, ações coletivas, etc.) e recuperação (atendimento médico, tratamento e reabilitação).

Quanto à organização o Sistema Único de Saúde apresenta-se nos seguintes princípios:

- **Hierarquização:** é a classificação do sistema de saúde em três níveis de complexidade: a **primária** norteia suas ações no âmbito da promoção, proteção e recuperação de saúde em que a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS (2002) prevê: controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle de diabetes mellitus, a saúde da criança, da mulher e a saúde bucal; a **secundária**, que visa atender os principais problemas de saúde da população; e a **terciária**, que exerce ações de alta complexidade em nível de assistência hospitalar especializada e de referência;
- **Regionalização:** compreendida como a distribuição de serviços de forma a atender às necessidades por região, considerando os tipos de serviços oferecidos e a sua capacidade de atender a demanda populacional;
- **Resolutividade:** é a capacidade de o serviço resolver, no seu nível de competência, as exigências de atendimento individual ou de impacto coletivo sobre a saúde.
- **Descentralização:** é a concessão de autonomia decisória, financeira e atributiva aos três níveis de governo: federal, estadual e municipal;

- **Participação dos cidadãos:** garantia constitucional, para que a população participe direta ou indiretamente do processo de formação e controle das políticas de saúde;
- **Complementaridade do Setor Privado:** a participação do setor privado no sistema de saúde deverá ser complementar, preferencialmente com entidades filantrópicas, sendo vedada à destinação de recursos públicos às instituições com fins lucrativos.

O financiamento, portanto, acontece mediante o orçamento da seguridade social que compreende um conjunto de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social, que tem como principais fontes: as empresas sobre a folha de salários, faturamento e lucro; os trabalhadores sobre seus salários e da venda de loterias (receita de concursos de prognóstico).

Também é financiado por recursos das três esferas de governo, que repassam uma parcela do seu orçamento para as ações e serviços de saúde.

Apesar de todos esses avanços referentes ao apoio legal, no que diz respeito ao acesso às ações de saúde, pode-se dizer que a conjuntura atual tem feito com que esses direitos adquiridos socialmente, percam a força em função da política neoliberal vigente que traz como proposta a Política do Estado Mínimo, isto é, o Estado “enxuga” cada vez mais seus gastos, minimizando suas ações sociais, pois se entende que “a desigualdade é o motor da iniciativa pessoal e da competição entre os indivíduos no mercado” (LAURELL, 1995, p. 162 apud CARREIRÃO, 2002).

Essa contradição de vertentes políticas traz intensos desafios aos debates conjunturais, pois segundo Reuter (2004, p. 34) “as políticas focalistas do Estado Neoliberal não só exclui a maioria da população do acesso aos benefícios sociais, mas rompem com princípios como universalidades, igualdade e gratuidade estabelecida pelo SUS”. A afirmação da hegemonia neoliberal no Brasil tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação.

Partindo desse pressuposto, pode-se dizer que o Estado está cada vez mais passivo diante das demandas sociais e a saúde como garantia universal, gratuita e equânime sente na prática, os

“ranços” dessa política seletiva predominante na atual conjuntura. A participação social nesse contexto possui papel de grande relevância, pois possibilita fiscalizar ações referentes às políticas públicas, de forma a impedir a sobreposição do interesse “privado” sobre um bem público.

1.2 BREVE HISTÓRICO DA DIRETORIA DO POSTO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA – DAME

Com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, em 1966, o Sistema de Saúde no Brasil passou a ser orientado para lucratividade com o predomínio de privilégios para o produtor privado dos serviços de saúde e o redirecionamento da prática de saúde pública para o âmbito curativo.

As posteriores tentativas frustradas que buscavam a reestruturação da política de saúde, aliada ao processo de municipalização efetivada por convênios entre secretarias estaduais e municipais, pouco transformaram o Sistema Nacional de Saúde. Sobretudo, esta forma de descentralização trouxe o agravamento para todo o sistema, através de uma política de transferência direta de responsabilidades aos estados e municípios e o não fornecimento de estrutura e financiamento para execução e implantação dos serviços. Um exemplo desses convênios firmados entre governo e município foi o Posto de Assistência Médica – PAM, que pertencia ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS.

Diante disso a Policlínica de Referência Regional do SUS, atual Diretoria do Posto de Assistência Médica – DAME foi inaugurada em 22 de novembro de 1973, quando passou a vigorar como órgão do INAMPS.

Após a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser entendida e estruturada para o atendimento universal e igualitário dos cidadãos. Porém, o redirecionamento da rede de atendimento só acontece a partir da implementação da Lei Orgânica de Saúde – LOS (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90), que regulamenta o Sistema Único de Saúde – SUS, como sendo: “O conjunto de ações e serviços de saúde, prestado por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta indireta e das fundações mantidas pelo poder público [...]”.

Segundo Carreirão (2002, p. 46) “ele é um Sistema Único porque segue a mesma doutrina e os mesmos princípios organizativos em todo território nacional e refere-se ao mesmo tempo às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde”.

Dessa forma é que em 1991, após a regulamentação do Sistema Único de Saúde, a atual DAME, originou-se como um órgão da Secretaria de Saúde; entidade que está ligada à administração direta do poder público do Estado de Santa Catarina, deixando de ser um PAM, trazendo consigo novas necessidades como: a complementação da responsabilidade do município e a prestação de serviços assistenciais de saúde de referência em nível ambulatorial e laboratorial a toda população do Estado.

Nessa instituição, é oferecido atendimento médico e odontológico a toda população do Estado, não existindo critérios ou restrições de atendimento. Qualquer pessoa, portanto, enquanto cidadão terá direito ao atendimento sempre que se fizer necessário. Sendo que por dispor de uma gama imensa de especialidades, a DAME é considerada o maior centro de saúde do Estado de Santa Catarina, localizado em Florianópolis, oferecido a todo e qualquer cidadão.

O corpo funcional da DAME é composto por servidores públicos, divididos em várias categorias funcionais. Os cargos variam entre médicos, odontólogos, profissionais de enfermagem, assistentes sociais, nutricionistas, pedagogos, psicólogos, terapeuta ocupacional, fiscal sanitário, bioquímico, farmacêutico, técnico em laboratório, técnico em radiologia, administrativos e auxiliares.

O Serviço Social na DAME está presente em alguns programas dos quais assistentes sociais fazem parte das equipes multidisciplinares. Mas também existe o “Serviço Social de apoio ao usuário”, no qual o atendimento é realizado por uma assistente social, no período matutino em forma de plantão, sendo esta a única assistente social que não faz parte de uma equipe multidisciplinar na DAME.

A DAME desenvolve ao todo onze programas, os quais fazem parte da seção técnica. Entre eles destacamos os programas que contam com a participação do Serviço Social:

1. Planejamento Familiar
2. Programa de Osteoporose
3. Programa de Atendimento Familiar
4. Programa de Diabetes
5. Programa de Ostomizados

6. Programa de Hipertensão

7. Preventivo do Câncer

Os programas seguintes contam com a intervenção do Serviço Social:

8. Programa da Terceira Idade

9. Programa de Tuberculose

10. Programa de Hanseníase

11. Centro de Referência em Saúde do Adolescente

Este último programa será melhor contextualizado no próximo item, haja vista que foi nele que realizamos nosso estágio curricular e tivemos a oportunidade de desenvolver nossa pesquisa.

1.3 DO PROGRAMA SAÚDE DO ADOLESCENTE EM ÂMBITO NACIONAL AO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO ADOLESCENTE

Em cumprimento à Constituição Federal, anteriormente referida, o Ministério da Saúde em 21 de dezembro de 1989, oficializou o Programa Saúde do Adolescente – PROSAD, definindo seus objetivos, diretrizes e estratégias para sua implementação nacional. Esse programa tem como finalidade “promover, integrar, apoiar, e incentivar práticas nos locais onde será feita a implantação e aonde essas atividades já vêm sendo desenvolvidas, seja nos estados, municípios, universidades, organizações não governamentais e outras instituições” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989 p. 05).

A interação do PROSAD com outros setores faz-se muito importante no que diz respeito à promoção da saúde, à identificação dos grupos de risco, à detecção precoce dos agravos no tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos adolescentes, procurando agir sempre de forma integral, multisetorial e interdisciplinar.

Para o alcance das diretrizes supracitadas postas pelo Ministério da Saúde referente ao PROSAD, foram definidos os seguintes objetivos:

- Promover a saúde integral do adolescente, garantindo seu processo de crescimento e desenvolvimento, reduzindo danos e desajustes individuais e sociais;

- Normatizar as ações consideradas ns áreas prioritárias;
- Estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos programas estaduais e municipais, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características, respeitando as particularidades regionais e a realidade local;
- Promover e apoiar pesquisas multicêntricas relativas à adolescência;
- Estimular a criação de um sistema de informação e documentação dentro de um Sistema Nacional de Saúde, na perspectiva da organização de um centro produtor, coletor e distribuidor de informações sobre a adolescência;
- Contribuir com as atividades intra e interinstitucional, nos âmbitos governamentais e não governamentais, visando à formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989).

Segundo as normas estabelecidas no PROSAD, os objetivos citados deveriam ser cumpridos através da utilização de tecnologia simples, classificada no nível de atenção básica do município. Essa atenção oferecida ao adolescente deveria conter as seguintes atividades: “o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde escolar do adolescente, a prevenção de acidentes, o trabalho, cultura, esporte e lazer” (MINISTÉRIO DA SAUDE, 1989, p. 13).

Diante disso o programa mencionado foi implantado em diferentes estados brasileiros, de forma a possibilitar a proliferação dos conceitos de integralidade da saúde do adolescente em todo território nacional.

Em Santa Catarina a atenção à adolescência por meio de atendimento público iniciou –se em 1987, através da proposta de três profissionais do Posto de Assistência Médica – PAM: uma assistente social, uma pediatra e uma enfermeira.

Os trabalhos tiveram início através de um ciclo de palestras sobre adolescência e cuidados com a saúde, que tinha como público os adolescentes que estudavam nos colégios próximos do PAM – na época vinculado ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS. Uma das dificuldades encontradas neste período foi a falta de espaço físico para desenvolver as atividades junto aos adolescentes, pois dividiam o espaço com o Programa de Puericultura.

No final de 1988 a equipe de profissionais do “Programa de Atendimento ao Adolescente”, resolveu suspender suas ações e serviços devido às dificuldades encontradas, tanto relacionadas ao espaço físico inadequado quanto à inexistência de uma normatização específica para esse tipo de atendimento.

Em 1989, no entanto, com o aumento do número de profissionais, foi reaberto o ambulatório no PAM, reativando o atendimento aos adolescentes. Porém em 1990, após a normatização do PROSAD em Santa Catarina, inaugurou-se o ambulatório de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, tendo sua primeira sede no antigo PAM do INAMPS, que atualmente é designado como Diretoria do Posto de Assistência Médica – DAME. Em decorrência das alterações contidas nas normatizações do SUS, a nomenclatura foi mudada em agosto de 2002, deixando de ser Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, passando a ser Centro de Referência em Saúde do Adolescente.

Seguindo os critérios de classificação da Organização Mundial de Saúde, em que a adolescência é caracterizada como o período compreendido entre 10 e 20 anos de idade incompletos, é um momento peculiar na vida do ser humano, em que ocorre o processo de maturação e desenvolvimento psicológico, anatômico, fisiológico e social do adolescente. Assim, o Centro de Referência em Saúde do Adolescente tem como prioridade atender os adolescentes com faixa etária de 10 a 19 anos, todos procedentes da 18ª Regional de Saúde⁵.

Atualmente o Centro conta com uma equipe interdisciplinar que visa operacionalizar todo um conjunto de ações de saúde, buscando efetivar um atendimento integral a saúde do adolescente. Esta equipe é composta por:

- 02 assistentes sociais;
- 02 enfermeiras;
- 03 médicas, sendo 01 ginecologista e 02 pediatras;
- 02 pedagogos;
- 02 psicólogas;
- 01 funcionário administrativo;
- 02 estagiários de Serviço Social e

⁵ Os municípios que compõem a 18ª Regional de Saúde são: Águas Mornas, Alfredo Wagner, Angelina, Anitápolis, Antonio Carlos, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Palhoça, Paulo Lopes, Rancho Queimado, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José e São Pedro de Alcântara.

- 02 estagiários de Psicologia.

A demanda ao Centro de Referência em Saúde do Adolescente ocorre de forma espontânea ou por meio do encaminhamento realizado pelos Centros de Saúde, ambulatórios do SUS, instituições públicas ou privadas, e demais segmentos da sociedade civil que trabalham com questões relacionadas à adolescência e suas especificidades.

O adolescente que deseja inscrever-se ou que vem encaminhado ao Centro precisa dispor do número de inscrição do SUS (adquiridos nos Centros de Saúde), atender a faixa etária de 10 a 19 anos e residir na 18ª Regional de Saúde, cumprindo estes requisitos, o responsável ou o adolescente, deve comparecer à Central de Marcação de Consultas da DAME, para efetuar a abertura de um prontuário (Anexo A). Após ser efetuado esses procedimentos são realizados a marcação da consulta, sendo primeiramente para o Serviço Social, que realizará o atendimento através de uma entrevista “instrumental que possui uma operacionalidade na realidade da prática profissional, onde podem ser utilizados conhecimentos e ao mesmo tempo, e de onde podem ser obtidos dados para conhecer as situações sociais em que estão inseridos os usuários entrevistados, ultrapassando as aparências e indicando alternativas” (SILVA, 1995, p. 51).

Com intuito de obter uma linha única de atendimento os profissionais registram os dados obtidos durante a entrevista, através da metodologia SOAP⁶. Esta documentação serve como subsidio de informações para os demais profissionais pelo qual o adolescente será encaminhado, possibilitando o resgate dos dados levantados, conseguindo dar continuidade ao atendimento.

No Centro de Referência em Saúde do Adolescente a ação interdisciplinar é primordial em razão de que possibilita a troca de idéias e sugestões entre os profissionais que compõem a equipe, tornando as ações referentes ao desenvolvimento integral do adolescente mais efetivas, já que as problemáticas trazidas pelos adolescentes são de ordem biopsicossocial. Partindo desse pressuposto é necessário entender que para o trabalho interdisciplinar, procurou-se compreender melhor como acontece à articulação entre as distintas áreas do saber, considerando que “não há ciência que esgote o real, pois ela é sempre aproximativa” (COUTINHO apud VASCONCELOS,

⁶ A metodologia SOAP que compõe a ficha de evolução do adolescente significa: - S – Dados Subjetivos: são as informações e observações da família ou responsáveis, as queixas e sentimentos do próprio adolescente, suas reações e no que acredita, O – Dados Objetivos: observação clínica (sinais e sintomas), dados do exame físico, dados mensuráveis, resultado de exames ou tratamento e o que o profissional constatou, A – Análise dos Dados: explica os significados dos dados subjetivos, registra como definir o problema num maior grau de precisão, avalia ao mesmo tempo a evolução da conduta adotada, identifica novos problemas e explica as razões para manter uma conduta, e o P – Plano: mostra qual o tratamento, ensino (educação do cliente) ou que orientações/observações são projetadas para o futuro próximo.

2000, p. 37), além disso, reconhecer a necessidade da interdisciplinaridade e de olhares diferentes para um mesmo objeto.

De acordo com Severino (1989, p. 82):

A interdisciplinaridade é uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema de conhecimento, isto é, substituir a concepção fragmentaria pela unitária do ser humano.

A interdisciplinaridade pode ser pensada ainda, como uma “postura profissional” que possibilita transitar o espaço da diferença do saber, em busca de desvelar a pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar. Dentro desta perspectiva, o Serviço Social torna-se uma profissão interdisciplinar por excelência, visto que articulam de modo próprio, diferentes conhecimentos. Assim On (1995, p. 156) considera que:

A perspectiva interdisciplinar não fere a especificidade das profissões e tampouco seus campos de especialidade. Muito pelo contrário, requer a originalidade e a diversidade dos conhecimentos que produzem e sistematizam acerca de determinado objeto, de determinada prática, permitindo pluralidade de contribuições para compreensões mais consistentes, deste mesmo objeto, desta mesma prática.

Visando a integralidade das ações voltadas ao adolescente, os atendimentos seguem uma linha de evolução, na qual após ser atendido pela assistente social, o mesmo é encaminhado para consulta médico pediatra e de enfermagem. Porém, em alguns casos, fica evidente a necessidade de encaminhamentos para algumas especialidades da DAME como: nutricionista, oftalmologista, endocrinologista, entre outras especialidades.

Muitas vezes durante o atendimento com o adolescente fica evidente a necessidade de se entrevistar os pais e/ou responsáveis pelo adolescente com o objetivo de refletir sobre questões relacionadas à adolescência e suas características. Os atendimentos se fazem de maneira sistêmica, visto que a família é um tipo especial de sistema com estruturas, padrões e propriedades que organizam a estabilidade e a mudança.

Na estrutura de uma abordagem sistêmica, entende-se que cada pessoa contribui para a formação de padrões familiares. Mas também é evidente que a personalidade e o comportamento são moldados pelo o que a família espera e permite. É necessário trabalhar o adolescente dentro do contexto de sua família e de suas redes mais amplas, pois, os atendimentos isolados e sem conexão fragilizam as famílias.

O Centro de Referência em Saúde do Adolescente além do atendimento individual realiza-se um trabalho com grupos, no qual a participação do adolescente é opcional. Os adolescentes são divididos de acordo com a faixa etária, partindo da observação da maturidade e necessidade apresentada por cada um dos mesmos. Assim, os grupos compreendem as seguintes faixas etárias: dos 10 aos 13 anos e outra dos 14 aos 19 anos. Nesses espaços os adolescentes têm a oportunidade de socializar suas experiências e dúvidas pertinentes à essa fase da vida, assim como adquirir conhecimentos relacionados a sua saúde biopsicossocial.

Segundo Carreirão (2002, p. 59):

As atividades de grupo para adolescentes são importantes, porque as questões, quando refletidas em conjunto, diminuem a sensação de solidão e permitem melhor entendimento, tanto do que está acontecendo dentro de cada um, como da própria realidade que o cerca. Isto gera a possibilidade de discutir dentro do próprio grupo, sobre a melhor maneira de transformar essa realidade.

Os grupos educativos desenvolvidos seguem algumas temáticas prioritárias que estão divididas em:

- Crescimento e desenvolvimento;
- Sexualidade;
- Anticoncepção;
- Reprodução humana;
- Noções de anatomia e de fisiologia feminina e masculina;
- Gravidez, parto e puerpério;
- Higiene corporal;
- Saúde mental;
- Saúde bucal;
- Prevenção de uso de fumo, drogas e álcool;

- Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS;
- Nutrição e
- Vida social, entre outros.

A coordenação dos grupos educativos a tarde foi realizada pelas estagiárias de Serviço Social ou é realizada pelos próprios técnicos do programa. Assim no período de agosto a dezembro de 2004, a estagiária de Serviço Social desenvolveu o projeto: “Grupo Educativo – Proporcionando novos conhecimentos”, que teve como objetivo discutir com os adolescentes de 10 a 13 anos questões relacionadas à sua fase de desenvolvimento biopsicossocial tais como: desenvolvimento físico, sexualidade, drogas, família, direitos, deveres e cidadania.

O adolescente precisa discutir as razões para adotar um comportamento preventivo e aprender a resistir às pressões do seu dia-a-dia. Precisa também aprender a expressar seus sentimentos, dúvidas, inseguranças, opiniões, medos e preconceitos, e trabalhá-los de forma a que se possa enfrentar e resolver problemas e dificuldade que possam vir a aparecer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1989).

Pode-se dizer que o mesmo se caracteriza como sendo um “grupo sócio-educativo que tem como objetivo conhecer as crenças, idéias e sentimentos de seus participantes, visando sua reflexão, adaptação e/ou mudança, estimulando novas aprendizagens, utilizando-se o conhecimento prévio do grupo acerca dos temas que serão abordados, buscando desenvolver atividades que contribuam na formação biopsicossocial do adolescente” (AFONSO, 2003, p. 40).

Os encontros⁷ (Anexo B) aconteceram quinzenalmente, às terças-feiras com duração de aproximadamente 60 minutos cada encontro, nos quais foram abordadas algumas temáticas:

- Ser adolescente;
- Desenvolvimento físico;
- Auto-estima;
- Drogas;
- Família e
- Valores de vida e diversidade.

⁷ Para interar-se sobre os encontros desenvolvidos pela acadêmica com o Grupo Educativo, vide o Anexo B desse trabalho.

Ressalta-se que a coordenação deste grupo foi transferida para estagiária no primeiro semestre de 2005, a qual participou dos últimos encontros com a finalidade de se familiarizar com os adolescentes.

O Centro de Referência em Saúde do Adolescente visando integrar a família no processo de promoção, proteção e recuperação à saúde do adolescente oferece encontros mensais aos pais e/ou responsáveis, coordenados pelas profissionais que compõem a equipe interdisciplinar. Este espaço tem como finalidade repassar informações e orientações acerca desta fase de transição que é adolescência, como também realizar a troca das experiências vivenciadas pela família quando se tem um adolescente em casa.

No próximo capítulo apresentar-se-á o estudo acerca da contextualização da família e suas peculiaridades, aborda-se ainda a importância do equilíbrio familiar no processo de desenvolvimento e socialização do adolescente, assim como a adolescência: sua conceituação, características e manifestações ocorridas neste período da vida.

CAPÍTULO II - COMPREENDENDO A FAMÍLIA E A ADOLESCÊNCIA

2.1 CONTEXTUALIZANDO A FAMÍLIA

O tema “família” vem sendo muito estudado nas últimas décadas, com maior ênfase a partir da Constituição Federal brasileira de 1988, e mais profundamente no ano de 1994, promovido pelas Nações Unidas como Ano Internacional da Família, no qual se obteve atenção especial ao estudo da família e seu mundo, seja ele rural, urbano, ou indígena, com o reconhecimento da diversidade e multiplicidade dos arranjos existentes (KAYAYAN, 2002).

Abordar a problemática familiar constitui-se numa tarefa difícil e complexa, pois em torno da família muita coisa acontece. Então, faz-se necessária uma rápida incursão nas origens do termo família. Neste sentido para Osório (1996, p. 25) “a origem etimológica da família nos remete ao vocábulo latino *famulus*, que significa servo ou escravo, sugerindo que primitivamente considerava-se a família como sendo um conjunto de escravos ou criados de uma pessoa”.

No entanto hoje em dia na maioria das famílias esta idéia não expressa a realidade. Mas possui importante valor histórico. Atualmente não se conceitua família com o olhar voltado para um modelo único e ideal e sim, visando abarcar todos os tipos de arranjos familiares. Pois a família tem assumido formas e/ou mecanismos de funcionamento dos mais diversos, devido a influencias externas e internas que vêm sofrendo com o passar dos anos. Assim ao se pensar na estrutura familiar deve-se levar em consideração todo o processo de mutabilidade que acontece na sociedade, tanto ao nível de senso comum, quanto de produção científica, e ainda todo sistema político, social, cultural, religioso e, principalmente, econômico.

Corroborando com Ribeiro (1999, p. 07):

Falar sobre o tema família é uma tarefa complexa, pois facilmente caímos na armadilha de estarmos envolvidos em nossa própria realidade, nossa própria família. Para a grande maioria dos profissionais que trabalham com famílias, os valores, as crenças e a experiência pessoal ainda são a referência básica para intervenção.

Diante disso, os diversos tipos de familiares ganham forças e ares de legalidade. Tanto que hoje não mais existe um único modelo de família, e sim várias formas de arranjos, construídos no dia-a-dia, no meio-social, de acordo com os costumes e as crenças.

Assim para Miotto (1997, p. 120) “não é possível falar de família, mas sim de famílias. O uso do plural se faz no sentido de abarcar, dentro da concepção, a diversidade de arranjos familiares existentes hoje na sociedade brasileira”.

Neste sentido a mesma autora considera que:

A família pode ser definida como um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ele tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulado com a estrutura social na qual está inserido.

Dessa forma, embora seja predominante em todos os segmentos sociais o modelo de família monogâmica burguesa, podemos afirmar que não existe mais um modelo único de família, visto que esta é uma estrutura social que se modifica na história, ou seja, quando há alguma alteração de comportamento ou de valores na sociedade, a estrutura familiar é abalada, modificada. Assim, ela é uma “(...) construção histórica que se consolida, se modifica, se transforma sob influência recíproca com o meio social” (RIBEIRO, 1999, p. 08), ou seja, a família é um fato cultural condicionado através da história e da sua relação com a estrutura social a qual se insere (MIOTTO, 1997; RIBEIRO, 1999). Cada família constrói sua história de padrões culturais que definem a “cultura familiar” própria (SZYMANSKI, 2000).

Esta cultura familiar corresponde aos padrões estabelecidos para a conduta dos membros da família, que se constrói através da adequação entre os valores herdados família de origem, os partilhados na nova família, e os novos valores que são adquiridos no contato com outras pessoas e grupos da sociedade (SZYMANSKI, 2000).

As mudanças que vem ocorrendo na sociedade nos fazem refletir sobre a família contemporânea. Segundo Miotto (1997), o processo de modernização da sociedade, proporcionou mudanças significativas na configuração da família dos anos 90, que possui algumas características apontadas como: número reduzido de filhos, aumento da gravidez precoce,

aumento da co-habitação e da união consensual, aumento das famílias monoparentais e recompostas, das famílias extensas entre outras.

Portanto, a família tem sua significação própria, especial e indefinível, assim a diversidade de arranjos familiares existentes atualmente na sociedade brasileira apresenta-se como um novo retrato da sociedade. Rodrigues et al. (2000, p. 41-42), apresenta os seguintes tipos de família:

- Nuclear: também chamada de biparental, composta pelo pai, mãe e filhos.
- Extensas ou ramificadas: estão incluídas diferentes gerações na mesma família;
- Associativas: é o tipo de família que também estão inseridos como membros, pois existem estreitos laços afetivos;
- Adotivas: pessoas que ao se encontrarem, desenvolvem afinidades, passam a conviver considerando-se uma mesma família, independente de qualquer consangüinidade;
- Duas ou monoparentais: é formada por apenas dois membros: mãe-filho, pai-filho, esposo-esposa / companheira-companheiro;
- Ampliadas: são as famílias formadas sem necessidade de haver espaço físico comum, nem desempenhar todas as funções tradicionais em conjunto. As pessoas se consideram como parentes, “psicologicamente falando”;
- Recompostas: são àquelas famílias (marido, esposa e filhos ou um dos cônjuges e filhos), que após uma primeira experiência não bem sucedida, fazem uma nova tentativa com o mesmo ou outro cônjuge e,
- Homossexuais: este tipo de família resulta da união de pessoas do mesmo sexo. É uma prática que começa a se difundir na sociedade pós-moderna, conforme registros da imprensa falada e escrita.

Parte-se, portanto da idéia de que não existe um modelo padrão de organização familiar, não existe a família regular; pois pensar as famílias de forma plural pode significar uma construção democrática baseada na tolerância com as diferenças.

De acordo com Miotto (1997, p. 128):

A família é uma instituição social historicamente condicionada e dialeticamente articulada com a sociedade na qual está inserida. Isso pressupõe compreender as diferentes formas de famílias em diferentes espaços de tempo, em diferentes lugares, além de percebê-las como diferentes dentro de um mesmo espaço social, num mesmo espaço de tempo. Esta preocupação leva a pensar as famílias sempre numa perspectiva de mudança, dentro da qual se descarta a idéia de modelos cristalizados para se refletir as possibilidades em relação ao futuro.

No entanto apesar de ter ocorrido uma série de modificações nas relações familiares ao longo da história, conforme Reis (2001, p. 99) “é na família mediadora entre o indivíduo e a sociedade que aprendemos a perceber o mundo e nos situarmos nele”, pois é a partir da família que se dá o processo de internalização e aprendizagem. Dessa forma, ela contribui para a definição e conservação das diferenças humanas criando assim papéis básicos, sendo responsável pelo cuidado de seus membros.

Elsen (2002, p. 15) denomina este cuidado referente aos membros da família, como “cuidado familiar”, que é inter e intra-geracional e “é definido a partir do mundo de significados de cada família e desenvolvido ao longo do seu processo de viver, o que lhe dá um caráter de especificidade”.

As funções da família se inserem neste cuidado familiar, auxiliando no crescimento e desenvolvimento do ser humano. Isto pode ser observado nos indivíduos através do:

Bem-estar, sentimento de segurança, a existência de valores para guiar as decisões individuais e do grupo, sentir-se amado e respeitado, o fortalecimento do eu-individual e do nós-grupo, o sentimento de pertencente a uma comunidade, com uma história e identidade própria (ELSEN, 2002, p. 20).

Em meio a várias discussões a família continua sendo considerada como espaço privilegiado de cuidado e proteção ao ser humano, sendo indispensável para a garantia da sobrevivência, do desenvolvimento e da proteção integral às crianças, adolescentes e jovens, independentemente do arranjo familiar ou da forma pela qual se estrutura.

Segundo Kaloustian (1994), é a família que propicia os aportes afetivos e, sobretudo, materiais, necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. É nela que a criança inicia a formação de sua identidade e começa a olhar para o mundo, dentro dos valores e normas concebidos no grupo familiar. Portanto, a família deve ser descrita e não conceituada, apesar de ser vista como uma instituição na sociedade, essencial para a iniciação da socialização da criança e do adolescente, bem como para o exercício de sua cidadania, é considerada como espaço de garantia do pleno desenvolvimento e proteção dos seus membros, desempenhando papel fundamental na educação de base, na valorização da pessoa humana, na iniciação à cultura e na garantia de direitos e de sobrevivência.

Neste sentido existe a necessidade da valorização da família enquanto locus de produção da identidade social básica para qualquer criança, tendo em vista a formação de uma cidadania ativa. Os organismos internacionais destacam a necessidade da:

Recuperação da importância da família como lugar de busca de condições materiais de vida, de pertencimento na sociedade e de construção de identidade, principalmente nas experiências de insegurança, perda de lugar numa sociedade, de construção de identidade e de ameaça de pauperização trazidas pelo desemprego (WANDERLEY, 1997).

Além disso, enquanto mediadora das relações entre sujeitos e coletividade, a família encerra um projeto de vida baseado na solidariedade entre as gerações e, simultaneamente, é geradora de formas comunitárias de vida. Estas se tornam cada vez mais importantes e necessárias para que se evitem regressões e alienações, que são típicos das sociedades de capitalismo avançado (PAUGAM, 1999).

Porém conforme Minuchin (1992, p. 52), “(...)a família sempre tem passado por mudanças que correspondem às mudanças da sociedade, tem assumido ou renunciado a funções de proteção e socialização de seus membros em resposta às necessidades da cultura”. Neste sentido, as funções da família atendem a dois diferentes objetivos. Um interno – a proteção psicossocial de seus membros; o outro é externo – acomodação a uma cultura e a transmissão dessa cultura.

Sendo assim, a família deve ser extremamente flexível, pois segundo Whaley e Wong (1989), “a família é um sistema aberto, sendo que qualquer alteração ao nível interno ou externo

num dos componentes irá refletir-nos demais”. É um sistema em constante transformação, no qual os indivíduos interagem e se diferenciam por suas funções. Pois o “(...) sistema familiar diferencia e leva a cabo suas funções através de subsistemas que podem ser formados por geração, sexo, interesse ou função” (MINUCHIN, 1992, p. 58).

Mas estes subsistemas possuem regras que definem quem participa e como participa; assim para um funcionamento apropriado da família as fronteiras devem ser nítidas, permitindo que os membros do sistema levem a cabo suas funções. Assim sendo, cada família cria sua própria forma de comunicação, na qual cada indivíduo tem uma forma de comunicação, pois as diferenças individuais são características positivas e inerentes aos relacionamentos. Cada pessoa é única e possui uma história de vida, uma personalidade, ou seja, os indivíduos se diferenciam nas diferenças.

Diante disso o pensador sistêmico consegue analisar as conexões e a maneira específica pelas quais as partes são relacionadas, ou seja, ao trabalharmos com famílias devemos considerar não apenas uma pessoa isoladamente, mas a família num todo.

Então, segundo Baptista e Fortes (2004, p. 258):

Uma família saudável é sempre dinâmica e está em constante processo de evolução. Um funcionamento adequado depende de uma clara separação entre as gerações e da possibilidade de cada membro experimentar sentir-se parte de um todo seguro e acolhedor. Os padrões transacionais devem ser suficientemente flexíveis para permitir a introdução de padrões alternativos, atendendo as exigências externas ou internas as mudanças.

Diante disso é necessária a discussão sobre as formas de proteção à família que rompam com os modelos tradicionais de assistência, para que se possa atender aos anseios colocados na pauta das políticas sociais atualmente. Estas novas formas devem fazer superar, segundo Mioto (2001), as concepções estereotipadas de família e papéis familiares, a prevalência de propostas residuais, bem como as ações devem ser centralizadas nas situações cotidianas e não nas limites.

Para Takashima (1994), a família brasileira sempre foi tratada através de políticas sociais de atendimento centradas nas figuras da “maternidade e infância”, “menor abandonado, delinqüente”, “menino de rua”, “excepcional” e “idoso”. Ou seja, sempre foram desenvolvidos de forma descontextualizada e focados em apenas uma parte do problema. A família e o contexto em que vive têm recebido pouca atenção.

Desta forma, na ausência de uma política social específica para a família é comum deparar-se com diferentes políticas públicas focadas no indivíduo e não no grupo familiar como um todo. Isso dificulta o processo de proteção e qualidade de vida familiar. Assim, é possível dizer que embora não exista uma política específica de atenção à família, esta se insere, ainda que de forma fragmentada, nas distintas políticas públicas de áreas como saúde, educação e habitação, por exemplo, através dos diferentes segmentos que a compõem tais como mulher, idoso, criança e adolescente.

Assim, o termo “famílias desestruturadas” vem sendo utilizado para designar aquelas famílias que falharam no desempenho de suas funções de cuidado e proteção de seus membros, contrariando as expectativas sociais quanto aos papéis e funções familiares.

Tudo isso imprimiu ainda nas políticas sociais públicas uma outra característica, elas não se voltaram ao atendimento de todas as famílias,, mas apenas as famílias que falharam no cumprimento de alguma das funções que a sociedade espera que elas cumpram. Neste sentido afirma Miotto (2000, p. 219):

As ações públicas estão concentradas sobre as famílias que faliram no provimento de condições de sobrevivência, de suporte afetivo e de socialização de suas crianças e adolescentes. A falência é entendida como resultado da incapacidade das próprias famílias. Portanto as ações que lhes são destinadas têm o objetivo de torná-las aptas para que elas voltem a cumprir seu papel sem comprometer a estabilidade social.

Essa realidade restringe o funcionamento das políticas públicas que atingem diretamente a família, pois se encontram subordinadas às políticas vigentes no país, e, sobretudo, em função das políticas econômicas. Disso resulta a falta de recursos para desenvolver projetos sociais e a falta de ações concretas eficazes neste setor. Assim Takashima (1994, p. 82), ressalta que é possível perceber alguns descompassos no discurso político sobre a questão do atendimento à família, levando a uma série de dificuldades:

- Escassez de recursos financeiros tanto para o atendimento das necessidades institucionais (pessoal, administrativas), desqualificando o atendimento à mesma;
- Falta de articulação da rede (entre os programas existentes);

- Prevalência de serviços centrados nos “indivíduos problemas” (MIOTO, 1997, p. 123) com atenção voltada para apenas um membro da família (criança, adolescente, mulher, idoso, etc.);
- Má localização e condições precárias dos locais de atendimento às famílias;
- Burocratização dos serviços de atendimento e,
- Falta de qualificação, capacitação e competência apropriadas dos profissionais para o atendimento às famílias.

Diante dessa ineficiência das políticas sociais pode-se dizer que há muita coisa a melhorar, tanto no sentido de garantir os direitos da família, como também, articular políticas na busca de um melhor atendimento a elas. Isto porque as políticas sociais não têm se constituído como formas eficazes de apoio. Neste sentido Miotto (1997, p. 127) coloca que, “tendo em conta a fragmentação dentro da qual a família é tratada, é necessário um esforço no sentido de articular e integrar as políticas setoriais, para que possam facilitar e melhorar a qualidade de vida das famílias”.

Por isso é fundamental conhecer a família e a forma como a mesma é tratada na prática pelos profissionais. Pois, elas muitas vezes são pobres, frágeis e precisam dos serviços sociais. Cabe aos profissionais envolvidos, esclarecê-las sobre seus direitos melhorando com isso sua qualidade de vida e construindo a cidadania.

Considerando a família como principal espaço no desenvolvimento e socialização dos seus membros, no próximo item enfocaremos o papel da família no desenvolvimento do adolescente.

2.2 O PAPEL DA FAMÍLIA NO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE

Devemos considerar, segundo Kaloustian (1994, p. 05) que “a família é a principal responsável pela alimentação e pela proteção da criança e do adolescente”, pois é através da família que se iniciam os valores e as normas da sociedade na qual estão inseridos, participando de modo especial neste processo de desenvolvimento.

A família é, sobretudo, uma agência socializadora, cujas funções concentram-se na formação da personalidade dos indivíduos. Tendo perdido, ao longo da história, as funções de unidade de proteção econômica e de participação política, a família teria a função básica de socialização primária e de estabilização das personalidades adultas da população (AZEVEDO; GUERRA, 1997, p. 54).

A crise da adolescência é um período, no qual grandes transformações biológicas, psicológicas e sociais ocorrem exigindo da família um equilíbrio de relacionamento e uma preparação por parte dos pais, no sentido de saberem lidar com os filhos nesta fase de transição.

Segundo Levisky (1995, p. 115), “por mais que os pais tenham consciência das características dessa fase de desenvolvimento de seus filhos, sejam tolerantes e compreensivos, atravessam esse processo com um número de angústias, dúvidas, medos, incertezas, ciúmes, invejas e raivas ao lado de muito amor, admiração e orgulho por eles”. Pois muitas características de sua própria adolescência vêm à tona neste momento. Neste sentido, “a adolescência dos filhos reflete nos pais seus próprios conflitos adolescentes” (GOLDANI, 1994, p. 65).

Portanto, este período complicado pelo qual está passando o adolescente, muitas vezes interfere na dinâmica familiar e conjugal, podendo contribuir no desencadeamento de conflitos até então latentes na relação entre os pais. A família percebe então que a entrada do filho na adolescência desencadeia um movimento no âmbito das relações familiares, envolvendo reestruturações diferentes de cada membro do próprio grupo familiar, considerando a vivência de cada um e a própria mudança na dinâmica familiar.

Corroborando com Sagury (1999, p. 279):

Um lar em que predomine o equilíbrio, a justiça, a igualdade de tratamento, a harmonia e o respeito entre os cônjuges e entre pais e filhos, além da disponibilidade de tempo para ouvir com atenção, carinho e sem animosidade uns aos outros, é a mais poderosa arma para o desenvolvimento harmônico da personalidade. Por outro lado, uma família em que a tônica é a raiva, a desarmonia, a falta de compreensão, de amor, respeito e afeto, além da falta de interesse e tempo para ouvir, ver e entender os filhos pode ser um grave fator de desagregação e desequilíbrio.

Deste modo, a família é a instituição na qual são repassados os valores e condutas, através dos quais os adolescentes vão se identificar com a sociedade, fazendo suas escolhas, pois apesar de terem ocorrido uma série de modificações nas relações familiares ao longo da história, a família continua tendo o papel de intermediária entre o indivíduo e o social, pois é a partir da família que se inicia o processo de internalização e aprendizagem, dessa forma, ela contribui para a definição e conservação das diferenças humanas, criando papéis básicos. Conforme Aberastury (1992, p. 51) “nem todo o processo da adolescência depende do próprio adolescente, como uma unidade isolada num mundo que não existiria. Não há dúvida que a constelação familiar é a primeira expressão da sociedade que influi e determina grande parte da conduta dos adolescentes”.

Consideramos então que o adolescente depende muito da família para o seu processo de socialização, pois é ela que supre suas necessidades básicas vitais e transmite-lhe o padrão de cultura da sociedade na qual o adolescente está inserido. Vitiello (1988, p. 13), define dois tipos de cultura:

Contínua: o indivíduo deixa paulatinamente a infância e vai se revestindo de condições adultas de modo atraumático, suave e insensível, não há limites precisos entre o que é ser criança, ser adolescente e ser adulto. Nenhuma barreira social a ser transportada, nenhum adicional a ser despendido. O crescimento social flui em virtude da continuidade do condicionamento cultural; gradualmente o indivíduo vai adquirindo senso e o comportamento responsável, liberta-se de modo insensível da dependência e seguramente os papéis sexuais.

Nesta cultura os adolescentes são livres para fazer suas escolhas, tendo liberdade para buscar novos conhecimentos, visto que não é um ser diferente do adulto. Sua vida sexual neste contexto não é reprimida, pois é algo natural e agradável.

Descontínua: o que ocorre com o adulto é completamente vedado à criança, principalmente, quando o assunto é sexo. O crescimento se faz por saltos traumáticos e bruscos. São sociedades de “graduação de idade” cada grupo etário tem o seu comportamento típico, privativo e diferente de outros grupos. A mudança de “status” de um grupo para o outro implica, geralmente, no desaprender de atitudes antigas e no aprender de novos valores e padrões.

Já neste outro tipo de cultura, o adolescente não consegue buscar novos horizontes devido a sua faixa etária, pois cada grupo possui suas características. O sexo é tido como tabu, pois nos grupos tradicionais a virgindade e a abstinência sexual, principalmente das moças, são valores enaltecidos e desejáveis.

Notamos assim que é impossível compreender os adolescentes sem considerar a cultura na qual ele está inserido, visto que a cultura se configura num dos obstáculos para o pleno desenvolvimento do adolescente.

Porém, a família é o primeiro obstáculo que o adolescente tem de vencer para conquistar a sua independência pessoal e emocional, na medida em que deseja uma autonomia de ação, libertando-se da opressão dos pais. No entanto esta ruptura do “cordão-umbilical” familiar implica também na aspiração da independência financeira que lhe permitirá gerir sua própria vida.

Estudos retrospectivos da vida familiar de pessoas socialmente bem adaptadas, que alcançam o sucesso no trabalho e nas relações interpessoais, revelaram que a maioria se desenvolveu no seio de famílias estreitamente unidas e cujos pais sempre lhes proporcionaram apoio e estímulo. Este sucesso se deve a um perfeito equilíbrio entre, de um lado, o uso da iniciativa e da auto-confiança e, de outro lado, a capacidade de buscar ajuda quando necessário (SOUZA, 1989, p. 07).

Diante deste contexto, observamos que a família exerce um papel fundamental na formação dos filhos, evidenciando a importância do equilíbrio familiar principalmente naquelas famílias em que o adolescente é parte integrante do seu contexto, pois segundo Carvalho (1997, p. 90):

(...) na constituição da família, o segmento mais vulnerável é o adolescente, pois é neste ambiente que eles vivenciam o contato com a vida social. A família não é sem dúvida um âmbito privilegiado, uma vez que este tende a ser o primeiro grupo responsável pela tarefa socializadora. A família constitui mediações entre o homem e a sociedade.

No entanto, muitos pais não têm noção da função e importância da família no desenvolvimento de seus filhos, pois a família serve de base, esteio, de impulso e estímulo ao processo de formação da personalidade do adolescente.

Diante disso, o desenvolvimento da criança está muito ligado ao ambiente doméstico (casa, pais, parentes, empregados, vizinhos), pois a finalidade desse espaço é criar e educar a criança e o adolescente. Assim Mielnik (1993, p. 316-319) considera que existem dois tipos de pais:

Pais errados: acreditam que a criança deva corresponder plenamente a todos os planos, desejos e expectativas idealizados por eles. Neste caso, o filho tem que ser obediente, carinhoso, e aprender com facilidade o que os pais lhe ensinam, devendo achar que os pais sempre têm razão.

Pais certos: sentem a necessidade de conhecer a personalidade do filho, cujo desenvolvimento acompanha de perto, procurando tratar a criança com justiça, amor e compreensão.

Contudo podemos considerar que a família com filhos adolescentes passa por um processo emocional de transição, assim dependendo do tipo de família na qual o adolescente está inserido, a família consegue alterar alguns padrões de relacionamentos.

Tiba (1998, p. 33) atendendo adolescentes e suas famílias, classificou os cinco tipos de famílias, que de acordo com a sua atitude trariam problemas aos filhos adolescentes:

1. Família Infantilista: os pais vivem em função dos filhos, formando uma superproteção que dificulta o desenvolvimento das capacidades dos adolescentes.
2. Família sem limites: os pais não desenvolvem nas crianças qualquer tipo de responsabilidade. Podendo trazer sofrimentos ao adolescente, já que a família não o educou para a realidade da vida.
3. Família “adultista”: os pais dão responsabilidades que não condizem com a idade, assim quando adolescentes, sentem que sempre viveram de deveres pode sentir que sacrificou os prazeres da vida.
4. Família expulsiva: os pais criam os filhos na comparação e na competição entre si, estabelecendo uma dinâmica família do “patinho feio”; a diferença maior é porque não corresponde às expectativas dos pais.

5. Família desorganizada: é uma convivência sem um mínimo de limites, norma, deveres, direitos, sem definições de funções, sem estabelecimento de atribuições pessoais.

No entanto para Vitiello (1988, p. 30-31); “a família é um dos primeiros obstáculos que o adolescente tem que vencer para conquistar sua independência pessoal e emocional”. Para este autor há três grupos de pais que dificultariam o amadurecimento de seus filhos:

1. Pais super exigentes: que “cobram” dos filhos mais do que ele pode dar, possui uma verdadeira compulsão pelo aperfeiçoamento. Não aceitam como ele é, mas como gostariam que fosse.
2. Pais exagerados em atitudes de proteção: é o “super-pai” ou a “super-mãe” perpetuadores do “cordão umbilical psíquico” procuram agir e até pensar pelos filhos num processo traumático de escravização da personalidade.
3. Pais frios e distantes: são desinteressados, não dão importância pelo que os adolescentes fazem ou deixam de fazer.

Portanto é necessário compreender que as mudanças ocorridas na adolescência, bem como as diferenças individuais e as relações entre o comportamento do adolescente e o contexto no qual ele está inserido. Além dos vários tipos de famílias e pais existentes, encontramos também as funções familiares, destacando-se as biológicas, psicológicas e as sociais. Conforme Osório (1996, p. 20-21):

Funções biológicas: garantir não a reprodução, mas sim à sobrevivência da espécie através dos cuidados desde recém nascidos. A família deve garantir, principalmente o alimento e os cuidados com a saúde, além de estimular a criança e o adolescente para o seu pleno desenvolvimento físico e mental.

Funções psicossociais: estão relacionadas ao alimento afetivo, devendo cuidar das crises vitais (ansiedades existenciais), sendo a família o ambiente adequado para o aprendizado e transmissão da cultura.

Funções sociais: por sua relevância ao longo do processo civilizatório, está a transmissão das pautas culturais dos agrupamentos étnicos. A família também é delegada a função de preparação para o exercício da cidadania.

A família possui ainda funções básicas como: econômica, socializadora e a de reprodução ideológica:

Função econômica: distribui entre a família as funções múltiplas, sendo elas domésticas, escolares ou geradores de renda levando em consideração sexo, idade e posição na família.

Função socializadora: conhecida também como educativa tem como função primordial a formação da personalidade dos indivíduos. Nesta estão presentes todas as formas de relações.

Função ideológica: caracteriza a família como espaço de transmissão de hábitos, comportamentos, idéias, valores, sendo que a mulher possui um papel essencial para o cotidiano da vida familiar.

Partindo dos tipos de família, pais e das funções familiares, concluímos que a família é a base para o desenvolvimento da criança e do adolescente, sendo a principal responsável pela segurança e integridade da criança e do adolescente.

Um outro fator que devemos destacar nesse contexto é a escolaridade dos pais, que influencia no processo de socialização do adolescente, no seu desenvolvimento biológico e na sua visão de mundo.

Os pais que possuem escolarização maior passam a incentivar os filhos para obter instrução e também possuem conhecimento para socializar informações; e conseqüentemente, educar os filhos.

Educar não é apenas transmitir informações e conhecimentos, mas também ajudar a criança e o adolescente a desenvolver sua personalidade, sua inteligência e seu comportamento afetivo. Educar é desenvolver o espírito crítico, libertando as mentes dos preconceitos e orientando-as a compreensão objetiva dos fatos. Educar é também motivar o indivíduo para uma participação ativa na vida (VASCONCELOS, 1985, p. 181).

Desta maneira a educação está pautada no próprio desenvolvimento do ser humano, desde o seu nascimento. Assim sendo, é necessário que a criança e o adolescente sejam estimulados ao

máximo na sua compreensão de mundo, de sua alfabetização, no seu conhecimento, na sua forma de lidar com os fatos.

Então, à medida que a adolescência se aproxima, o jovem começa adotar um estilo de vida mais maduro que, não raro, colide com as expectativas dos pais a respeito deste comportamento. É necessário, então, que essas expectativas mudem. E isso não é fácil, porque os pais continuam a ver nos filhos os pequenos que devem ser protegidos, conduzidos e supervisionados. Mas a ânsia de autonomia e afirmação dos jovens não suporta mais a tutela e as expectativas parentais.

O adolescente deve convencer-se e aos seus pais que o vínculo entre eles não é mais o mesmo de quando eram crianças, levando em consideração os vários aspectos do processo da adolescência: puberdade, acesso à maturidade sexual, elaboração dos lutos e perdas sofridas nesta fase, que segundo Aberastury e Knobel (1992, p. 80-85), são três lutos básicos:

1. Luto pelo corpo infantil: refere-se às mudanças físicas e fisiológicas que acarretam na adolescência.
2. Luto pela identidade infantil: refere-se ao papel da criança dependente e segura, que deve ser abandonada para assumir um outro, desconhecido e difícil.
3. Luto pelos pais de infância: diz respeito a todas as fantasias infantis a respeito dos pais, de sua sabedoria, poder e amor, que devem ceder lugar a uma visão realística de seres humanos não sobrenaturais.

Entendemos, com isso, que o adolescente deve enfrentar uma progressiva separação dos pais, que neste período estão vivendo a crise da meia idade, o envelhecimento e a morte. Além disso, eles também devem elaborar lutos pela perda da relação infantil com o filho e abandonar a imagem idealizada do filho, aceitando seu caminha, suas realizações, sucessos e fracassos (ABERASTURY apud MIOTO, 1994, p. 65). Porém, apesar do adolescente ansiar sua autonomia e individualidade, este permanece dependente do contexto familiar de sua infância.

O adolescente por situar-se num período de transição entre a infância e a idade adulta perde a própria identidade e, por isso, sente-se angustiado. Numa tentativa de reencontrar-se como pessoa, adota atitudes e comportamentos estranhos e ambíguos, muitas vezes mal interpretados pelos pais, e que, no entanto, são absolutamente coerentes com essa fase da vida. Ele sofre transformações biológicas profundas e não tem posição social legalmente definida.

Segundo Knobel (apud FERREIRA, 1988, p. 508):

As boas imagens parentais internalizadas facilitaram aos adolescentes o exercício da genitalidade adulta e a passagem à maturidade. Por outro lado, quando as figuras dos pais não têm papeis bem definidos, nem são muito estáveis, o jovem se sente obrigado a buscar identificações com personalidades mais firmes e mais constantes.

A família como base de sustentação e instituição responsável pela socialização primária da criança e do adolescente, transmitindo-lhe os padrões sociais de comportamento, vem transferindo esse papel para outras instituições em decorrência das transformações societárias vivenciadas na contemporaneidade, pois a família sofreu mudanças significativas no que tange a divisão de trabalho, as responsabilidades, a distribuição de autoridade, a tomada de decisões, aos padrões de comunicação e relações emocionais.

A problemática se constrói mais especificamente, quando essa transferência ocorre, e as outras instituições não disponibilizam de meios para suprir as necessidades postas pelo adolescente neste período de desenvolvimento, que exige equilíbrio familiar para superar os conflitos que irão surgir de acordo com as necessidades desencadeadas pelo adolescente.

No próximo item abordaremos a adolescência: sua conceituação, características e manifestações ocorridas neste período da vida.

2.2.1 O ser adolescente

A adolescência em sua origem latina *adolescere* significa crescer até a maturidade. É um período em que, além das mudanças físicas, psicológicas e sexuais, o indivíduo enfrenta as demandas sociais e assume comportamentos de enfrentamento às crises e aos próprios conflitos.

Nem sempre no decorrer da história, obteve-se conceitos claros sobre a infância e a adolescência. A adolescência até o século XVIII se confundia com a infância. O estabelecimento de um limite estava mais ligado à dependência do que a puberdade e a única coisa que se

reconhecia era a sua fragilidade. Além disso, a criança era considerada como um adulto pequeno e tratada como tal.

Ariès (1978), em sua obra, a *História Social da Criança e da Família*, enfatiza que a distinção entre o mundo adulto e o mundo infantil surgiu apenas no final do século XVI e durante o século XVII. A criança era considerada um adulto miniaturizado, participando, por exemplo, do mundo do trabalho e dos mesmos jogos e brincadeiras do adulto, inclusive se vestindo como tal.

Com a reforma moral no século XVI e início do século XVII, começaram a aparecer mudanças nos hábitos e as diferenças entre a infância e a vida adulta, principalmente no que se refere à questão da sexualidade, surgindo a noção de fragilidade e inocência infantil. Nesta mesma época, a estrutura escolar se renova, considerando as particularidades da infância e assumindo a função de separar a criança do adulto.

Apesar de todas as transformações ocorridas através da história, das injustiças e discriminações que a criança e o adolescente vêm enfrentado, pode-se ressaltar a importância de Leis como o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990, resguardando e assegurando seus direitos individuais e coletivos e reafirmando seu valor como ser humano.

Com a Constituição de 1988, em seu artigo 227 e com o Estatuto da Criança e do Adolescente em seu artigo 4º, observa-se a consolidação das conquistas da luta pelos direitos humanos e sociais relacionados à criança e ao adolescente:

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

O Estatuto da Criança e do Adolescente é o instrumento legal que dá subsídios para a promoção, proteção e ampliação dos direitos de cidadania das crianças e dos adolescentes, garantindo-lhes melhores condições de vida conforme seu artigo 3º:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo de proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, 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.

Diante disso, em meio às variadas concepções literárias, pode-se considerar a adolescência como um momento crítico, já que pode ser vista como um sistema de transformações que envolve mudanças profundas na estrutura biológica, psicológica, corporal e social, que vem abalar o comportamento e as atitudes do jovem para a vida adulta.

Neste sentido podemos considerar essa etapa da vida como uma fase delicada, pois “em um curto espaço de tempo o jovem se vê em meio a novas relações consigo mesmo, com sua imagem corporal, com a família, com o meio em que vive e com os outros adolescentes” (TAKIUTI, 1997, p. 228).

Visto a importância e a preocupação que se tem hoje com a adolescência surgem muitas definições a respeito da adolescência:

Para Vitiello (1988, p. 01) “adolescente é o indivíduo que se encontra em fase peculiar de transição biopsicossocial, período esse caracterizado por transformações biológicas em busca de uma definição de seu papel social, determinado pelos padrões culturais de seu meio”.

Conforme Osório (1989, p. 10):

A adolescência é uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano. Nela culmina todo o processo maturativo biopsicossocial do indivíduo. Por isso não podemos compreender a adolescência estudando separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais ou culturais. Eles são indissociáveis e é justamente o conjunto de suas características que confere a unidade ao fenômeno da adolescência.

De acordo com Zagury (1996, p. 24) “a adolescência se caracteriza por uma fase de transição entre a infância e a juventude. É uma etapa extremamente importante do desenvolvimento, com características muito próprias, que leva a criança a torna-se um ser adulto, acrescida da capacidade de reprodução”.

Partindo dos conceitos já citados entende-se que a adolescência é uma fase da vida, na qual o ser humano passa por muitas transformações, mudanças e adaptações psíquicas, biológicas e sociais, determinadas pelo meio que está inserido, preparando-se para entrar na fase adulta. No entanto conforme Becker (1994, p. 26):

O período da adolescência permite a capacidade de engendrar possibilidades, formular hipóteses e pensar a respeito de símbolos sem base na realidade;

permite ao adolescente passar a especular, abstrair, analisar e criticar. Esta transformação na inteligência afeta todos os aspectos da sua vida, pois ele utiliza as novas capacidades para pensar a respeito de si mesmo e do mundo que o cerca.

Associando-se as manifestações ocorridas no período da adolescência é louvável considerar também esta fase como um processo de aprendizagem, que vem aguçar a capacidade crítica do jovem, dando-lhe a capacidade para questionar e levantar hipóteses sobre o universo que o cerca.

Portanto, é importante compreender que o desenvolvimento do adolescente está relacionado a muitos fatores, sejam eles de ordem biológica ou psicológica, pois “a conduta indeterminada e flexível adotada no período da adolescência é considerada normal, o que sob o ponto de vista da fase adulta é encarado como um processo anormal ou patológico” (ABERASTURY; KNOBEL, 1992).

Assim para facilitar a compreensão do adulto com relação aos procedimentos do jovem com a manifestação da adolescência, Aberastury e Knobel (1992, p. 29) estabelecem a teoria que chamam de “Síndrome da Adolescência Normal”, na qual o adolescente considerado normal passa pelas seguintes manifestações: 1) busca de si mesmo e identidade, 2) tendência grupal; 3) necessidade de intelectualizar e fantasiar; 4) crises religiosas que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso; 5) deslocalização temporal, onde o pensamento adquire as características do pensamento primário; 6) evolução sexual manifesta, que vai do erotismo até a homossexualidade genital adulta; 7) atitude social reivindicatória com tendências anti ou associadas de diversa intensidade; 8) contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta, dominada pela ação, que constitui a forma de expressão conceitual mais típica deste período da vida; 9) uma separação progressiva dos pais (luto pela perda da infância) e 10) constantes flutuações do humor e estado de ânimo.

Conforme Sagury (1999) as três características consideradas mais importantes no período da adolescência, sob o ponto de vista do crescimento intelectual e afetivo são:

- Antagonismo: é a capacidade do jovem de discordar e contestar das opiniões advindas dos adultos, principalmente quando se trata da autoridade dos pais;
- Instabilidade emocional: refere-se a alterações de humor. Proporcionadas pelas mudanças físicas, intelectuais, emocionais e sociais e,

- Inquietação: caracteriza-se como um momento caótico para o adolescente, pois, ao mesmo tempo, que este deseja torna-se adulto e adquirir sua liberdade, teme as responsabilidades e as cobranças que estão por vir, na medida que for amadurecendo.

Assim, a autora vem ressaltar que é aceitável que nesta fase venham a ocorrer atitudes de irritabilidade, mutismo, depressão leve, impaciência, espírito de contradição, teimosia, resistência passiva, dentre outras.

Podemos, então, conceituar a adolescência como sendo um período de mudanças, atravessadas para entrar no mundo adulto, no qual o adolescente está num constante processo de busca de alternativas para a sua vida. O adolescente, por situar-se num período de transição entre a infância e a idade adulta perde a própria identidade e, por isso, sente-se angustiado. Segundo Bolsanello (1980, p. 292):

A procura da identidade é o impulso existencial mais profundo do homem. No adolescente, essa busca é travada em meio ao conflito acumulado na transição da infância para a maturidade. Na raiz da hostilidade aos pais e educadores, está a angústia. A procura para viver o tribal, entre iguais e uma compensação para traumas afetivos.

Sendo assim é nesta fase que o adolescente descobre a sua identidade e define a sua personalidade, nesse processo manifesta-se uma crise, na qual reformulam os valores adquiridos na infância e se assimilam numa nova estrutura mais madura, apesar de ser uma época de imaturidade em busca da maturidade, pois no adolescente nada é estável nem definido, porque se encontra numa época de transição. Contudo, é nesta fase que o adolescente se transforma em adulto, não se tratando apenas de uma mudança na altura e no peso, nas capacidades mentais e na força física, mais também de uma grande mudança na forma de ser, de uma evolução na personalidade.

Na concepção de Aberastury (1992, p. 13), “entrar no mundo dos adultos – desejado e temido – significa para o adolescente a perda definitiva de sua condição de criança é o momento crucial na vida do homem e constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento que começou com o nascimento”.

Um dos fatores que marca a entrada na adolescência é a puberdade, porém nem sempre o início da puberdade coincide com o da adolescência, podendo, precedê-la ou sucedê-la. Segundo Osório (1992, p. 11):

A puberdade inicia-se com o crescimento dos pêlos, particularmente em certas regiões do corpo, tais como axilas e região pubiana, tanto nos meninos como nas meninas, como resultado da ação hormonal que desencadeia o processo puberal; estas e outras modificações corporais que então ocorrem dão-se principalmente a partir do desenvolvimento das gônadas, ou seja, testículos nos meninos e ovários nas meninas. É o amadurecimento das células germinativas masculinas e femininas que possibilita o surgimento de dois eventos que ocorrem com o advento da PUBERDADE: a menarca ou primeira menstruação nas meninas e a primeira ejaculação ou emissão de espermatozoides no menino.

Em vista disso, a puberdade é conjunto de alterações físicas e psicológicas que acontecem na vida dos meninos e das meninas que marcam o início de uma etapa muito importante: a adolescência. Neste período as meninas e os meninos apresentam características particulares a esta etapa do seu amadurecimento sexual. As características presentes nas meninas são: 1) aparecimento dos seios; 2) cintura afinada; 3) quadris alargam-se e arredondam-se; 4) ocorre a menarca (primeira menstruação). E nos meninos são: 1) ombros alargados; 2) crescimento dos testículos; 3) aparecimento dos primeiros fios de barba e pêlos corporais (axilas, virilhas e bigode); 4) a voz vai paulatinamente engrossando; 5) ocorre a primeira ejaculação.

O despertar para a sexualidade é um processo que acompanha as transformações corporais iniciadas na puberdade, para que o crescimento se dê de uma forma harmoniosa, satisfatória e completa é necessário que este processo seja acompanhado de maturação psicológica. Tudo se passa num tempo de descobertas e expectativas, em que o desejo e o prazer são novas sensações que podem despertar dúvidas, medos e angústias, por ser desconhecido o que está a acontecer. Assim segundo Vitiello (1988, p. 26); “na adolescência é importante que o indivíduo aprenda a controlar as suas emoções, atingindo finalmente a maturidade emocional”.

Porém, são muitos os fatores determinantes de problemas emocionais na adolescência; Vitiello (1988, p. 27); cita como principais fatores:

1 - o excesso de controle dos pais; 2 - a falta de independência financeira; 3 - as expectativas de comportamento (as pessoas estão sempre esperando que o jovem pense e aja como adulto), 4 - o reajustamento a novas posições sociais

(novos amigos, novas ocupações e ambientes), 5 – o fracasso escolar, 6 – o conflito com familiares e amigos, 7 – os problemas de ajustamento sexual, 8 – os problemas ligados à escolha da profissão (a conciliação entre as expectativas dos pais e a própria expectativa).

Devido a tantas peculiaridades, transformações e certas manifestações que ocorrem no período da adolescência é essencial que o adolescente conviva num ambiente familiar favorável ao seu desenvolvimento. Nesse período a família está vivenciando a fase adolescente, de acordo com o ciclo vital da família, pois, se o indivíduo passa por etapas a família também passa. Assim o ciclo da família é dividido em quatro etapas: 1) família em fase de aquisição; 2) família em fase adolescente; 3) família em fase madura e 4) família em fase última.

Dessa maneira, a família em fase adolescente é determinada pela entrada do filho na adolescência, nesta fase os pais passam a reviver sua própria adolescência, período este chamado de “segunda adolescência” (CERVENY; BERTOHOUD, 1997, p. 78).

Envolto nesse contexto trabalharemos no item a seguir o papel da família no desenvolvimento do adolescente, visto que nesta fase “os adolescentes trazem para a família uma gama de valores, atitudes e idéias novas. Famílias muito rígidas tendem a ter problemas e disfunções maiores, experimentando dificuldades ao identificar as novas necessidades e ao se readaptarem a essas situações” (CERVENY; BERTOHOUD, 1997, p. 88) em virtude de que a adolescência exige mudanças estruturais e, conseqüentemente, a renegociação dos papéis na família devido à busca de sua identidade e autonomia.

No capítulo seguinte apresentar-se-á a análise dos dados obtidos com o objetivo de responder a problemática que incitou a composição desse estudo e a prática profissional do assistente social no campo das situações encontradas junto aos adolescentes atendidos.

CAPÍTULO III - A PRÁTICA PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL FRENTE ÀS DEMANDAS DO CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO ADOLESCENTE

3.1 IDENTIFICANDO ALGUMAS SITUAÇÕES

Com a pesquisa realizada foi possível identificar as situações problemas apresentadas pelos adolescentes com relação a sua família e o contexto social no qual está inserido, assim como quanto ao seu desenvolvimento biopsicossocial. Nesse âmbito, Mioto (1997) reflete que “a família pode ser tanto um espaço de felicidade, quanto de infelicidade; tanto um espaço de desenvolvimento para si e seus membros como num espaço de limitações e sofrimento”.

Quadro: Número e porcentagem de adolescentes de acordo com as situações problemas encontradas em Florianópolis, agosto a dezembro de 2004

Situações Problemas	N.º de adolescentes
Conflitos familiares	23
Problemas escolares	33
Problemas de saúde	12
Isolamento	4
Gravidez na adolescência	3
Violência domestica	4
Dificuldade em aceitar a separação dos pais	18
Adolescente homossexual	1
Usuário de drogas	1
Adolescente com deficiência	3

Cometendo pequenos furtos	2
Dificuldade em aceitar morte na família	2
Presidiário (pai)	2
Usuário de drogas/álcool (pai)	6
Comportamento de risco social	3
Ansiedade, medo e fobias.	4
Problemas comportamentais	6
Ausência do pai	12
TOTAL	139

Fonte: Prontuários dos adolescentes atendidos no Centro de Referência em Saúde do Adolescente - 2004. Juliana Jordano.

De acordo com os dados levantados, notamos a maioria dos adolescentes apresentaram questões pertinentes à adolescência, agravadas pela existência de conflitos no espaço de proteção. No entanto o número total de adolescentes com situações problemas encontradas foi de 139, isso significa que em média cada adolescente apresentou mais de um problema, considerando que o universo analisado foi de 60 prontuários

Com base nestes dados, destacamos os problemas escolares, situação que se apresentou com maior incidência nos atendimentos realizados. Entretanto podemos verificar que está diretamente relacionado com os conflitos familiares, considerando que é difícil para os adolescentes obterem sucesso em outros segmentos do contexto social, quando convivem em ambientes familiares desequilibrados e permeados por necessidades e conflitos. Assim como outras situações encontradas não pertinentes a adolescência.

Partindo dessa premissa, compreende-se que o êxito no aproveitamento escolar depende de muitos fatores e que os conflitos familiares e sociais, apresentam-se como principal fator no baixo desenvolvimento escolar do aluno. Nesta direção Silva (1997, p. 84) afirma que:

As precárias condições sócio-econômicas dos pais para assistirem o aluno podem comprometer seriamente sua aprendizagem, isto pode afetar desde o fornecimento da estimulação adequada, até o fornecimento do material escolar.

Geralmente, a crise econômica gera tensões nos casais e, provavelmente muitas discussões, que são transmitidas ao filho. Quando o filho entra na sala de aula, não consegue separar os problemas de ordem emocional adquiridos em casa.

Para muitos adolescentes a participação da mãe ou do pai quanto aos questionamentos relacionados aos estudos é praticamente impossível, pois permanecem fora durante um longo período e ao retornarem do trabalho encontram-se tão estressados que chegam a evitar qualquer tipo de aproximação com os filhos. Menezes (1995, p. 52) expõe que:

Como um meio de sobrevivência, as mães dos lares mais modestos têm emprego em um expediente inteiro ou até dois, quase sempre sujeitas a horários e conduções, deixa o lar descoberto, cuida muito menos da casa e da educação dos filhos, pois fica menos tempo em casa.

Considerando o contexto de vida dos adolescentes no que se refere à família, devemos lembrar que “o ambiente de brigas e hostilidade poderá provocar insegurança e receios, comprometendo o rendimento escolar e proporcionando outros sinais de danos emocionais mais profundos” (SILVA, 1985, p. 39), em virtude de que muitos dos adolescentes apontaram dificuldades em se desprenderem das situações constrangedoras vividas no ambiente doméstico.

A família como base de sustentação e instituição responsável pela socialização primária da criança e do adolescente, vem transferindo esse papel para outras instituições em decorrência das transformações societárias vivenciadas na contemporaneidade.

A problemática se constrói mais especificamente quando essa transferência ocorre e as outras instituições não disponibilizam de meios para suprir essas necessidades. Pois, “considerando a escola como parte da vida e, portanto, uma continuação do lar, experiências negativas, principalmente pela figura do professor ocasiona problemas de adaptação e conseqüente fracasso escolar” (ZEK CER, 1985, p. 82). A escola deve considerar o contexto familiar, pois é por meio deste que se estabelecerão os valores dos alunos, suas dificuldades, suas necessidades, suas angústias e medos.

Uma outra situação que foi verificada em alguns atendimentos, conforme quadro anterior está relacionada aos problemas comportamentais abarcam: hiperatividade, dificuldade em aceitar

limites e indisciplina, problemas estes que também influencia no rendimento escolar dos adolescentes, principalmente os da faixa etária de 10-13 anos.

Um dos pontos relevantes apresentados pelos adolescentes foi com relação à ociosidade do tempo e a ausência dos pais, que passam a maior parte do tempo fora trabalhando. Estes apresentam como principal forma de lazer assistir televisão ou ficar na rua com os amigos, em razão de que passam apenas um período na escola. Os pais, no entanto, relatam que devido ao fato de permanecer pouco tempo ao lado de seus filhos, encontram dificuldades em estabelecer limites, não conseguindo dar conta dos filhos.

Muitos adolescentes, como referido anteriormente, apesar de apresentarem como demanda inicial os problemas escolares, traziam como “pano de fundo” problemas familiares que não são pertinentes à adolescência como: violência doméstica, pai alcoolista ou usuário de drogas, processo de separação dos pais e ausência dos mesmos.

O processo de separação dos pais foi o que representou maior incidência aparecendo com frequência no cotidiano dos adolescentes atendidos no Centro de Referência em Saúde do Adolescente, pois a maioria dos adolescentes menciona dificuldades em aceitar a separação dos pais. Em especial aqueles em que os pais passam por um processo recente de afastamento conjugal, no qual os filhos não aceitam a saída do pai ou da mãe do ambiente doméstico.

O processo de aceitação dos filhos pela separação se acentua quando os pais passam a conviver com um novo (a) companheiro (a) relacionado a essa situação Zagury (1999, p. 140), coloca que:

Uma separação que ocorre na adolescência pode ser difícil de aceitar. A entrada de uma outra pessoa na vida da mãe ou do pai pode agravar as coisas. Afinal, é um estranho que de repente entra na intimidade do lar, já abalado pela separação.

Diante disso, os adolescentes além de terem que vivenciar esta nova situação se vêm obrigados a conviver com uma pessoa pela qual sentem aversão e que nem sempre se interessam em conquistar a amizade e a confiança de seus enteados. Neste sentido Zagury (1996, p 140), afirma que:

Mesmo que os novos companheiros sejam muito abertos, eles não são o pai ou a mãe, ou seja, eles não são as pessoas que os filhos se acostumam a ver ao lado da mãe ou do pai, é preciso dar um tempo para que os filhos se ajustem a esses novos relacionamentos.

Apesar de pouca ocorrência, uma outra situação que identificamos nos atendimentos realizados e que alguns adolescentes fazem parte de um contexto familiar em que o pai ou padrasto é alcoolista. Podemos verificar que o consumo de álcool é agravado pela precariedade econômica a partir do momento em que o pai ou responsável sente-se impossibilitado de prover o sustento da família, situação que causa conflitos na estrutura familiar, pois como assegura Ramos (1991, p. 202):

Alcoolizações com conseqüente distúrbio de conduta são capazes de gerar numa família inúmeros sentimentos, tais como: ansiedade, vergonha, raiva e etc., que por sua vez levam a culpa e negação. Isto acaba por determinar o isolamento social, bem como um ambiente familiar com brigas e ressentimentos.

Através da pesquisa constatamos mesmo que com pouca incidência, porém de grande importância, que alguns adolescentes são vítimas da violência doméstica, que de acordo com Chauí (2002, p. 337), “a violência doméstica é entendida na cultura brasileira como sendo o uso da força física para obrigar alguém a agir de modo contrário a sua natureza e ao seu ser”. Para se caracterizar a violência é necessária a atitude de uma pessoa em relação à outra por meio do contato corporal ou não, visando causar física e/ou psicologicamente a outra pessoa algum dano.

Diante disso, consideramos que o fenômeno da violência doméstica está diretamente ligado às relações de poder na família. A posição de dominador na maioria das vezes é ocupada pela figura masculina. Em alguns arranjos familiares o homem que ocupa essa posição não é necessariamente o pai dos adolescentes, pode ser ocupada por outro parente, pelo padrasto, pelo primogênito ou pela própria mãe.

O adolescente independente do seu arranjo familiar ocupa a posição de obediência que se caracteriza pela autoridade que o adulto exerce sobre ela, dessa forma, segundo Cordeiro (1986, p. 61) o adolescente muitas vezes vem a se transformar “símbolo das pressões que o agressor vive e objeto sobre o qual ainda pode exercer seu poder. Sua impotência é descarregada sobre a

criança, que no momento, representa ser oponente, alguém que deve ser vencido, o que em geral acontece”.

Para Azevedo e Guerra (1995, p. 36) a violência doméstica pode ser definida como:

Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado, numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento.

Nessa perspectiva podemos classificar em quatro as formas de violência doméstica contra crianças e adolescentes: a psicológica, a negligência, a física e a sexual. Segundo Azevedo e Guerra (apud Centro Crescer sem Violência, 1999, p. 44) a violência psicológica pode ser definida como: “atitude constante do adulto (ou pessoa mais velha) em relação à criança de forma a depreciá-la, bloqueá-la em seus esforços de auto-aceitação, enfim, interferir de maneira negativa, causando-lhe sofrimento mental”.

Quanto à negligência esta:

Representa uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocionais de uma criança ou adolescente. Configura-se quando os pais ou responsáveis falham em termos de alimentar, de vestir adequadamente seus filhos, entre outras coisas, e quando tal falha não é resultado das condições de vida, como desemprego, baixa renda per capita, pois este motivo está além de seu controle.

No que diz respeito à violência física classifica como:

Qualquer ação única ou repetida, não acidental (ou intencional), perpetrada por um agente agressor mais velho, que provoque dano físico à criança ou adolescente, este dano causado pelo ato abusivo pode variar de lesão a conseqüências extremas como a morte.

Por fim quanto à violência sexual, define esta prática como sendo:

Todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual, entre um ou mais adultos e uma criança ou adolescente menor de 18 anos, tendo por finalidade estimular sexualmente a criança ou utilizá-la para obter uma estimulação sexual sobre sua pessoa ou de outra pessoa (AZEVEDO; GUERRA, 1989, p. 42).

Com relação à gravidez na adolescência, sobre a qual conseguimos observar que as gestações ocorreram por falta de informações das adolescentes devido à dificuldade de diálogo com a família, existindo então a dificuldade de uma orientação correta, pelos pais apresentarem acentuada desinformação com relação aos assuntos que são importantes discutir com os filhos nesta etapa da vida, como: sexualidade, gravidez, anticoncepção, etc.

Conforme Zagury (1996, p. 86) “é extremamente alto o número de pais que se abstém de conversar com os filhos sobre um tema tão fundamental, principalmente se considerarmos as graves implicações relativas à gravidez precoce”.

Independente do motivo que levou as adolescentes a engravidarem tão precocemente é válido considerar que uma gravidez não planejada interrompe os sonhos e interfere nos projetos de vida, assim como a interrupção dos estudos para se dedicarem aos filhos.

Para finalizar ressalta-se que o adolescente portador de algum problema de ordem biopsicossocial é o principal foco de intervenção do centro de Referência em Saúde do Adolescente. Por esta razão, justifica-se um atendimento específico junto a esses usuários, já que é expressivo o número de adolescentes que se identifica com alguma das situações analisadas acima. Neste sentido a atuação do Serviço social contribui de maneira efetiva, propondo medidas que venham transformar esta realidade.

No item seguinte apresentaremos a prática do assistente social frente a essas situações encontradas.

3.2 A PRÁTICA DO ASSISTENTE SOCIAL

A contemporaneidade marcada por intensas transformações na dinâmica societal, decorrentes da política neoliberal, da mundialização econômica e da intensa industrialização e urbanização acelerada, traz para o campo das profissões grandes desafios a respeito das diferentes áreas de intervenção, evidenciando que para se qualificar o futuro profissional de Serviço Social, tem que se ir além dos aportes teóricos adquiridos durante o período acadêmico; sendo preciso conhecer os desafios do cotidiano, e dentro disso buscar a superação das dificuldades da teoria com a vivência empírica da realidade.

Segundo Yamamoto (2001, p. 20); “um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver a sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativos, capazes de preservar e efetivar direitos, a partir das demandas emergentes no cotidiano”.

O Serviço Social nesse aspecto traduz-se como profissão socialmente necessária por atuar frente às expressões da questão social, junto ao processo de transformações societárias que o mundo contemporâneo vivencia, trazendo muitos desafios para a profissão.

Baseado no que coloca Bartlett (1976) o Serviço Social, em muitos momentos, incorpora conhecimentos utilizando-se de diversas fontes teóricas, promovendo a aplicação destes conhecimentos nos próprios processos em que se inclui, sendo assim, o assistente social através da construção teórico-prática, deve estar sempre pronto e preparado a lidar com situações diversas e imprevisíveis.

Neste sentido, Duarte (2005, p. 36) aponta:

É através do conhecimento teórico-prático, que as ações e encaminhamentos poderão ser realizados com precisão e chegaram à eficiência e a eficácia. Não podendo ser descartada, a importância de se conhecer, identificar e compreender valores, costumes, cultura, dinâmica familiar e social, entre outros aspectos que envolvem a vida e a fase vivenciada pelos adolescentes.

No Centro de Referência em Saúde do Adolescente o Serviço Social faz parte da equipe interdisciplinar que compõe o quadro de profissionais, buscando junto aos demais profissionais por meio da integralidade das ações; que tem como aspecto fundamental conhecer a realidade e o contexto geral em que o adolescente está inserido respostas às situações apresentadas pelos mesmos, visando romper com visões fragmentadas do ser humano, trabalhando o adolescente numa linha única de atendimento através de uma concepção unitária.

Os adolescentes comparecem ao programa de maneira espontânea ou através de encaminhamentos realizados por outras instituições e programas que trabalham com questões ligadas à própria adolescência: Conselho Tutelar, Escolas, Juizado da Infância e Juventude, Centro de Saúde, dentre outras.

Sendo assim, a prática profissional do assistente social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente está voltada às demandas trazidas pelos adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos, que são: conhecer e participar do programa, atendimento com clínico geral, ginecologista, oftalmologista, pedagogo, psicóloga, fonoaudióloga ou ainda receber orientação sobre a fase vivenciada. Porém, durante o atendimento são levantadas algumas situações problemas identificadas no item anterior, pertinentes a fase vivenciada ou ao contexto familiar no qual o adolescente está inserido.

Diante disso, podemos ressaltar os principais procedimentos e as ações desenvolvidas pelo Serviço Social do Centro de Referência em Saúde do Adolescente:

- Estabelecimento do primeiro contato com o adolescente por ocasião de sua admissão no Centro de Referência;
- Interpretação e informação dos objetivos e normas do Centro de Referência, bem como informar detalhadamente sobre as atividades desenvolvidas, sugerindo ao adolescente sua inserção nessas atividades;
- Preenchimento do prontuário sócio-econômico da família, para o conhecimento da situação familiar do adolescente, identificar dificuldades nesta área e promover o acompanhamento necessário;
- Orientação aos adolescentes sobre o acesso aos direitos sociais, como a viabilização do acesso à saúde e sobre os direitos e deveres conforme exposto pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, promovendo encaminhamento a outros setores da sociedade civil;
- Esclarecimentos e orientações sobre garantias relativas aos casos de separação conjugal para as mães que sofrem ameaça por parte de seus companheiros. Assim como, encaminhamento para órgãos comprometidos e viabilização de acesso à ajuda mútua aos adolescentes;
- Esclarecimento e orientação dos pais ou responsáveis sobre determinadas questões relacionadas à adolescência;
- Formação e acompanhamento de grupos de adolescentes;

- Formação e acompanhamento de grupo de pais; e
- Divulgação do programa nas escolas e associações comunitárias.

Para se efetivar esses procedimentos e ações o assistente social utiliza alguns instrumentos técnico-operativos no exercício de sua prática profissional. Com relação aos mesmos, Reuter (2004, p. 65) elenca como principais:

Entrevistas com adolescentes e com seus pais; elaboração de relatórios; estudo de caso; observação; trabalho com grupos educativos; recursos audiovisuais; disponibilidade de material didático; mobilização de recursos comunitários para encaminhamentos.

No plano teórico-metodológico, Reuter (2004, p. 65), aponta como principais referências:

Plano de ação do Serviço Social; Estudo da Constituição Federal do Brasil; Estudo da LOS (Lei Orgânica da Saúde); Estudo do Estatuto da Criança e do Adolescente; Conhecimento de políticas sociais ligadas à saúde, educação e família; Código de Ética; Apropriação de conhecimentos ligados à cidadania, democracia, direitos sociais, gravidez precoce, mundo do trabalho, conflitos familiares, exclusão/inclusão.

Assim, a ação profissional contém tanto uma dimensão operativa, quanto uma dimensão ética expressa no momento em que é realizado o processo de apropriação pelos profissionais dos fundamentos teórico-metodológicos e ético-políticos da profissão em determinado momento histórico.

Lima (2004, p.3 apud MIOTO2003); propõe que as ações profissionais podem ser estruturadas em torno de três eixos de intervenção que estão dialeticamente articulados e ancorados na dimensão investigativa; os três eixos norteadores consistem nos:

- Processos Políticos-Organizativos: tem como foco de intervenção a participação social, quer seja no associativismo civil, nos movimentos sociais e na esfera pública. Nele o trabalho do profissional se desenvolve basicamente através de diferentes abordagens como a grupal, a individual e a coletiva.

- Processos de Planejamento e Gestão: a intervenção consiste no desenvolvimento de ações de assessoria e consultoria nas instituições públicas e privadas voltadas a proposição e avaliação de políticas sociais.
- Processos Sócio-Assistenciais: a intervenção está orientada para a intervenção direta com os usuários, especialmente com famílias e segmentos sociais vulneráveis, acontecem privilegiadamente no contexto institucional e o processo interventivo se realiza a partir de demandas singulares. Seu objetivo é contribuir para que junto com os usuários se consiga responder às demandas colocadas na perspectiva da cidadania e dos direitos. Integram este eixo quatro categorias de ações: sócio-educativas, sócio-emergenciais, sócio-terapêuticas e periciais.

Diante disso, a intervenção realizada no Centro de Referência em Saúde do Adolescente enquadra-se no processo sócio-assistencial, visto que realiza ações sócio-educativas, de acordo com os compromissos ético-políticos propostos para profissão na perspectiva da defesa, garantia e efetivação dos direitos e da cidadania, buscando desenvolver um atendimento pautado na integralidade do sujeito em um processo de responsabilização técnica que se estabelece entre o profissional e o usuário de maneira a conferir, através das políticas sociais, resolutividades às demandas e materialidade à cidadania.

Visando cumprir o objetivo do Centro de Referência e atender às situações problemas apresentadas pelos adolescentes o primeiro atendimento realizado pelo assistente social acontece por meio de uma entrevista semi-estruturada, através de questões norteadoras (Anexo C), na qual são resgatados os pontos principais da história do adolescente. Esse instrumento é utilizado para conhecer as demandas dos adolescentes quando é providenciada a abertura do prontuário sócio-econômico, sendo documentado neste um relatório minucioso da entrevista, o qual somente os demais profissionais terão acesso. Visa à integralidade das ações, assim como respostas às necessidades do usuário.

Nos atendimentos realizados o diálogo serve como a base da entrevista, por tornar esta mais rica e consistente na obtenção das informações e através do qual a assistente social consegue conquistar a confiança do adolescente, transformando a entrevista num espaço de conhecimento mútuo; no qual através das informações trazidas pelos adolescentes o assistente social poderá ampliar sua visão sobre a realidade que o adolescente está inserido, possibilitando que o profissional realize os encaminhamentos necessários frente às questões apresentadas pelo mesmo.

Sendo assim, nos atendimentos individuais, a atuação do Serviço Social tem por objetivo possibilitar ao adolescente um espaço, no qual este pode expor seus problemas, conflitos, dúvidas, medos, angústias, tristezas, alegrias [...]; possibilitando uma reflexão sobre seu convívio familiar, situação escolar e adolescência – fase de transição pela qual está passando. Após conhecer o contexto que o adolescente está inserido e detectar as dificuldades que este está passando, o assistente social pode intervir contribuindo no resgate à convivência familiar, escolar e social, assim como realizando os encaminhamentos necessários.

Como o atendimento ocorre de forma sistêmica, buscando uma linha única de atendimento, após o adolescente ser atendido pelo assistente social, será encaminhado para consulta com o médico-pediatra e com a enfermeira, procedimento este obrigatório a todos adolescentes. É importante ressaltar que a enfermeira desenvolve atividades de promoção e prevenção da saúde do adolescente, através de consulta e trabalho com grupo educativo e a consulta com o médico-pediatra, trata questões ligadas a saúde. No caso de necessidade de alguma especialidade na área médica que a instituição não pode oferecer o adolescente é encaminhado a devida instância. Porém, se o assistente social detectar ou o adolescente expor a necessidade de atendimento com alguma especialidade da DAME, o encaminhamento pode ser realizado.

Apesar de o programa ser pontual, trabalhando somente as questões relacionadas à saúde integral do adolescente, o Serviço Social realiza os atendimentos baseados na teoria sistêmica, no qual o usuário não é visto como membro problema, mas sim como parte integrante de uma família, com história e dinâmicas singulares.

Assim, de acordo com a teoria sistêmica, um sistema não é a somatividade das partes e sim uma organização interdependente, inseparável, um todo coeso, cuja mudança numa dessas partes provocará mudanças nas demais. Na família o comportamento de um membro está relacionado com o comportamento de todos os outros, por ser um sistema aberto em transformação, no qual os indivíduos interagem, contribuindo para a formação de padrões familiares.

Segundo Minuchin (1992, p. 52):

A família sempre tem passado por mudanças que correspondem às mudanças da sociedade. Tem assumido ou renunciado a funções de proteção e socialização de seus membros em resposta às necessidades da cultura. Neste sentido as

funções da família atendem a dois diferentes objetivos. Um é interno – a proteção psicossocial de seus membros; e outro é externo – a acomodação a uma cultura e a transmissão dessa cultura.

Nos atendimentos realizados, são apresentadas diferentes situações problemas, portanto o assistente social deve tomar as medidas cabíveis a cada uma delas. Assim quando a situação problema está relacionada a problemas no universo escolar é realizado um acompanhamento psicossocial familiar pedagógico com o adolescente, trabalhando em conjunto com toda a equipe do Centro de Referência.

Nos casos em que os adolescentes comparecem ao Centro de Referência, encaminhados pelo Conselho Tutelar o assistente social entra em contato com o Conselho Tutelar para conhecer a questão vivenciada pelo adolescente, pois um outro fator imprescindível para o Serviço Social é o trabalho com redes, utilizado como uma estratégia de intervenção, uma vez que é freqüente o número de casos que exigem maiores providências extra-institucionais. Ademais, este tipo de trabalho surge como “possibilidade de romper com as formas cristalizadas de atendimento dos serviços que se defrontam com as demandas cada vez mais complexas, decorrentes das transformações societárias contemporâneas” (MIOTO, 2001). Nestes casos o Centro também realiza um trabalho em conjunto acompanhando o adolescente e sua família.

Além dos problemas escolares que aparecem com freqüência há outras situações relacionadas aos adolescentes, tais como: filhos de pais alcoolistas, pais em processo de separação, pais agressivos, dentre outros conflitos familiares, exigindo do Serviço Social um atendimento junto aos pais tendo como objetivo orientá-los, informá-los e refleti-los junto a estes sobre as transformações biopsicossociais ocorridas na adolescência, fase de transição pela qual seus filhos estão passando. Situação esta que exige da família muito equilíbrio, principalmente quanto à conduta dos pais, que muitas vezes não conseguem interpretar as mudanças que estão ocorrendo com seus filhos nesta fase.

De acordo com Minuchin (1992, p. 27):

Todas as famílias passam por períodos de transição. Os membros crescem e mudam, e os acontecimentos intervêm para modificar a realidade da família. Em qualquer alteração das circunstâncias, a família assim como os outros sistemas enfrenta o período de desorganização. Os padrões familiares não são mais adequados, e as novas maneiras de ser ainda não estão disponíveis [...]

Quando o Serviço Social atua diretamente com os pais visa desenvolver um trabalho preventivo, informativo e educativo, visto que o trabalho no âmbito da família se constitui como um dos objetivos do Centro de Referência em Saúde do Adolescente, uma vez que o usuário não é visto como membro-problema, mas sim como parte integrante da família. Pois esta deve ser vista como um todo, partindo das especificidades dos papéis: pai, mãe, responsável e filhos, e não através de uma visão fragmentada, que desencadearia um processo de trabalho fragmentado. Pois segundo Minuchin (1992, p. 22) “uma família é um tipo especial de sistema, com estrutura, padrões e propriedades que organizam a estabilidade e a mudança. É também uma pequena sociedade humana, cujos membros têm contato direto, laços emocionais e uma história compartilhada”.

A atuação do Serviço Social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente, não se limita somente aos atendimentos individuais, mas se destaca também nas atividades realizadas com o grupo de adolescentes, que ocorrem quinzenalmente, nos quais são abordados temas relacionados à adolescência, como citamos anteriormente.

Os trabalhos realizados em grupo visam viabilizar o processo de socialização do adolescente. Cada encontro é um espaço aberto, no qual todos os adolescentes podem expor suas opiniões, dúvidas e angústias, pois, nesta fase, os adolescentes acreditam que as mudanças que ocorrem e os conflitos que existem pertencem somente a eles. Assim esse grupo é destinado a informações, esclarecimentos e orientações aos adolescentes, propiciando a oportunidade de se identificarem com seus companheiros diminuindo a sensação de isolamento.

A participação do Serviço Social tem como objetivo garantir ao adolescente a oportunidade de discussão de assuntos ligados ao seu desenvolvimento biopsicossocial, buscando uma maior compreensão por parte do adolescente sobre a fase que está vivenciando, a fim de facilitar a sua vivência em sociedade e despertar a consciência de seus valores e o exercício de sua cidadania, através dos direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que em seu Artigo 4º prevê:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à

cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

O Serviço Social neste campo profissional desenvolve sua ação sob a ótica de serem estas famílias alvo da crise social, política e econômica que envolve a atual realidade brasileira. Segundo Miotto (2000, p. 223) existem situações familiares em que é exigida a intervenção do assistente social:

Situações familiares especiais: consiste em ações de cuidado direcionadas àquelas famílias que, em determinados momentos de sua história, vivenciam situações, para as quais as famílias devem encontrar novas respostas. Esta necessidade de transformação é colocada pelas demandas provenientes do contexto social (desemprego, migrações, prisões) e dos membros do grupo familiar, pelos diferentes processos de desenvolvimento (adolescência, envelhecimento) ou pelos acontecimentos próprios da vida (nascimentos, morte, separações e doenças).

Situações sintomáticas: engloba ações de cuidados voltadas para situações em que as famílias, não conseguindo encontrar soluções ou respostas adequadas para os desafios cotidianos, expressam sinais de sofrimento. Estes sinais se manifestam através de seus membros dependência química, alcoolismo, doenças mentais e físicas, depressão), através de relações destrutivas que se estabelecem nas famílias (violência) ou através de relacionamentos de seus membros com a sociedade (atos infracionais). Essas situações são de alta complexidade e demandam escolhas precisas de abordagens a serem adotadas para se compatibilizarem com uma perspectiva de atenção integral e responsabilidade social.

Neste contexto, o assistente social deve buscar subsídios para dar um retorno ao seu usuário, aprimorando sua competência técnica e consciência política, pois é por meio dos atendimentos, esclarecimentos e encaminhamentos que encaramos o adolescente, assim como os membros de sua família, como sujeitos de direitos e com os quais temos um compromisso profissional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do trabalho exposto, compreende-se que a saúde no contexto das intensas transformações societárias, principalmente nas décadas de 70 e 80, também foi alvo de grandes modificações que vieram se processando desde o Movimento de Reforma Sanitária até a regulamentação do Sistema Único de Saúde, a saúde neste contexto ganhou novos princípios, diretrizes e uma política organizacional específica.

No que se refere à saúde do adolescente, podemos verificar no decorrer deste trabalho que seu reconhecimento legal partiu da Constituição Federal de 1988, que propiciou em dezembro de 1989 a oficialização do Programa de Atenção à Saúde do Adolescente – PROSAD.

Compreendemos, portanto, que a Constituição Federal de 1988, o Sistema Único de Saúde e o Estatuto da Criança e do Adolescente constituem-se como indiscutíveis avanços legais na dimensão da garantia dos direitos ao adolescente e no exercício da sua cidadania, iniciando-se o processo de mudança no modo de olhar os grupos familiares, passando-se a enxergá-los em sua totalidade, embora ações fragmentadas ainda existam no bojo das políticas públicas voltadas aos adolescentes e às famílias. Porém, fica evidente que existem inúmeras problemáticas interceptoras que prejudicam e real efetividade desse processo.

Envolto neste contexto o Centro de Referência em Saúde do Adolescente, vem buscando respostas às situações apresentadas pelos adolescentes, garantindo os direitos dos mesmos.

No decorrer desse período, notamos durante os atendimentos realizados a importância da família no desenvolvimento biopsicossocial do adolescente e como estes se relacionam. Atualmente as famílias de um modo geral, passam por um processo de fragilização dos vínculos familiares, onde seus integrantes estão envolvidos com diversas questões que acabam por torná-los vulneráveis. Contudo, embora tenham ocorrido modificações nas formas de relação familiar, essa ainda não perdeu seu valor enquanto instituição fundamental na formação moral, cultural e social do ser humano.

Evidenciamos que os conflitos vivenciados no ambiente doméstico interferem não somente na vida social do adolescente como também no seu aproveitamento escolar, situação problema com maior incidência entre os adolescentes, sendo essa motivada pela existência de uma convivência familiar conflituosa, cujos fatores causais, podem estar ligados ao alcoolismo

dos pais, a questões relacionadas a separações conjugais, a violência doméstica, dentre outras. Entendemos, portanto, que essas situações são geradas muitas vezes pela situação política, econômica e social que assinalam a atual realidade brasileira, e que são fontes geradoras de tensões e conflitos nas famílias das camadas populares.

Concluimos, então que as problemáticas apresentadas pelos adolescentes estavam “diretamente” ligadas ao seu contexto familiar, mas precisamente aos pais, sendo necessário que esses compreendam esta fase de transição ou a “fase das descobertas” que o filho está atravessando, na qual se faz necessária orientação e direcionamento. A adolescência incorpora muitas transformações físicas, psíquicas e sociais, é um momento que o jovem procura estabelecer sua privacidade. Nesse período a família serve de base no processo de formação da personalidade do adolescente.

É necessário, partindo dessa realidade, identificar e caracterizar os dados iniciais apresentados pelos adolescentes, que de um lado se constituíram como fatores agravantes do processo de formação e, por outro lado, se transformaram em subsídio para equipe, na sua intervenção junto ao adolescente.

Sendo assim, consideramos que o papel do Serviço Social junto à família do adolescente é de grande importância, devendo levar em consideração a realidade apresentada pelo mesmo, não bastando somente identificar a sua situação problema, mas também propor ações concretas, buscando a ampliação de redes de apoio para ele e sua família, uma vez que a mediação entre os membros das famílias é realizada pela assistente social, que deve estar sempre se atualizado, acompanhando as transformações ocorridas na sociedade, buscando na pesquisa subsídios para intervenção.

A equipe de profissionais do Centro de Referência em Saúde do Adolescente trabalha na interdisciplinaridade, possibilitando a integração de idéias, informações e sugestões entre os profissionais, assim como a articulação entre distintas áreas do saber. O objetivo dos profissionais é a busca constante pela ampliação do conceito de cidadania, criando um ambiente de discussão e reflexão, visando integrar os adolescentes nas atividades e atendimentos dispostos pelo programa ou mesmo pela instituição.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, Arminda KNOBEL: Mauricio. **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- _____. **Adolescência**. 2ª ed. Tradução: Suzana Maria G. Balve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- AFONSO, Lúcia (Org). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Edições Campo Social, 2003.
- ALMEIDA, E.S.; CHIORO, A.; ZIONI, F. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: Antecedentes, Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde. In: WESTPHAL, M. F. E ALMEIDA E. S. (Orgs). **Gestão de Serviços de Saúde - Descentralização/Municipalização do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Edusp, 2001, p. 1-50.
- ARIÈS, P. Da Família Medieval à Família Moderna. **História social da criança e da família**. 2ª ed. Tradução: Dora Flaksman. Rio de Janeiro: LTC, 1978 p. 225-274.
- AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane N. A. (Orgs). **Infância e Violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. 2ªed. São Paulo: Cortez: 1997.
- _____. **A violência doméstica: na infância e na adolescência**. São Paulo: Robe, 1995.
- _____. **Crianças Vitimizadas: síndrome do pequeno poder**. São Paulo: Iglu, 1989.
- BARTLETT, Harriet Milton. **A Base do Serviço Social**. São Paulo: Pioneira, 1976.
- BRASIL. **Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS**. Brasília: MS, 2002.
- BRASIL. Constituição 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988.
- BRASIL. Lei 8069/90, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente.
- BRAVO. Maria Inês Souza. **O Serviço Social e a Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.
- BONSANELLO, Aurélio; BONSANELLO, Maria Augusta. Análise do comportamento humano em psicologia. In: **Adolescência como um período de transição**. v. 2, 2ª ed. Curitiba: Educacional Brasileira S/A, 1986.

CARREIRÃO, Elizabeth Callado de Oliveira. **O adolescente e o atendimento público a saúde: mudanças com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente**. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, UFSC. Florianópolis, 2002.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org). A priorização da política social. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org). **Família Brasileira: a base de tudo**. São Paulo: UNICEF/Cortez, 1994, p. 93-108.

CENTRO CRESCER SEM VIOLENCIA. **Infância e Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Apostila do Curso de Capacitação para Conselheiros Tutelares de Direito de Santa Catarina. Florianópolis: IOESC, 1999.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira; BERTHOUD, Cristina Mercadante Esper et al. **Família e Ciclo Vital: nossa realidade em pesquisa**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

CHAUI, Marilena. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ática, 2002.

CHIORO, Arthur & SCAFE, Alfredo. A Implantação do Sistema Único de Saúde. In: **Saúde e Cidadania**. Disponível em: <<http://www.consaude.com.br/sus.htm>>.

DUARTE, Gilmar. **Centro de Referência à Saúde do Adolescente: as repostas apresentadas pelos profissionais aos adolescentes envolvidos com a prática do ato infracional**. 2005. Trabalho de Conclusão do Curso (Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

DUTRA, Márcia Aparecida. **Conflitos familiares como fator agravante para as dificuldades no aproveitamento escolar: um estudo com os adolescentes atendidos nos Programa de Atenção Integral a Saúde do Adolescente**. 1999. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

ELSEN, Ingrid. Cuidado Familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, Ingrid; MARCONI, Sônia Silva; SILVA, Maria Regina Santos da (Orgs). **O viver em Família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: Eduem, 2002, p. 11-24.

FORTES, Sandra, BAPTISTA, Cristiana M. Família e Somatização: entendendo suas interações. In: FILHO, Julio de Mello, BURD Mirian (orgs). **Doença e Família**. São Paulo: ed. Casa do Psicólogo, 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Pesquisa Social: métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOLDANI, Ana Maria. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. In: **Caderno de Pesquisa**. São Paulo, ed. UNICAMP, n° 91, 1994.

KAYAYAN, Agop. Apresentação. In: KALOUTIAN, Silvio Manoug (Org). **Família Brasileira: a base de tudo**. 5ª ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF. UNICEF, 2002. p. 9-10.

LEVISKY, David Léo. **Adolescência** – Reflexos Psicanalíticos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

LIMA, T. C. S. de. **A intervenção profissional do Serviço Social no contexto da Cidadania e dos Direitos**: pensando as ações sócio-educativas. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Distrito Sanitário**: o Processo Social de Mudanças de Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec – ABRASCO, 1995.

MENEZES, Américo. **Pais permissivos, “filhos problemas”**. Rio de Janeiro: Artes e Contos, 1995.

MIELNIK, Issac. **Mãe, pai e Filhos**: encontros e desencontros. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). Ciência, técnica e arte. **O desafio da pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Petrópolis; Vozes, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (LM). **Programa de Saúde dos Adolescentes** – Bases Programáticas. Secretária Nacional de Programas Especiais de Saúde – Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil. Brasília, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Lei n.º 8.080**, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Senado Federal, 1990.

MINUCHIN, Salvador. Um modelo familiar. In: MINUCHIN, Salvador. **Trabalhando com famílias pobres**. Tradução: Magda França Lopes. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 52-69.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Módulo 4. O trabalho do assistente social e as políticas sociais. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000, p. 217-224.

_____. Novas propostas e velhos princípios: Subsídios para a discussão da assistência às famílias no contexto de programas de orientação e apoio sócio-familiar. In: **Revista Fronteiras**. Departamento de Trabajo Social. Montevideú, 2001.

_____. Família e Serviço Social. **Revista Serviço Social & Sociedade** n.º 55, São Paulo: Cortez, 1997, p. 114-130.

_____. Trabalhando com redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Revista Katálysis** nº1, Florianópolis: Edição UFSC, 2002, p. 51-58.

NETTO, Eleutério Rodriguez. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: **Incentivo à participação popular e controle social no Sistema Único de Saúde: textos técnicos para conselheiros de saúde**. Brasília: IEC, 1994.

NOGUEIRA, V.M.R. **O direito à saúde na reforma do Estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. 2002, 333f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

ON, Maria Lúcia Rodrigues. O Serviço Social e a Perspectiva Interdisciplinar. In: MATINELLI, Maria Lúcia (Org.) **O Uno e o Múltiplo nas relações entre áreas do saber**. São Paulo: Cortez, 1995, p. 152-158.

OSORIO, Luiz Carlos. **Família Hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PAUGAM, S. Fragilização e ruptura dos vínculos sociais: uma dimensão essencial no processo de desqualificação social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo: Cortez, ano 20 1999.

PUEL, Elisia. **Família e Alcoolismo**. Padrões de interação da família alcoólica. Rio de Janeiro: 1991. Mestrado em Serviço Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

RAMOS, Sergio de Paula. **Alcoolismo Hoje**. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

REIS, José Roberto Tozoni. Família, emoção e ideologia. In: LANE, SÍLVIA E CODO, Wanderley (Org). **Psicologia Social: homem em movimento**. São Paulo: Brasiliense, 2001, p. 99-124.

REUTER, Elaine Cristina da Silva. **O papel do Serviço Social na efetivação do direito ao atendimento público de saúde aos adolescentes: a experiência de estágio no Centro de Referência em Saúde do Adolescente**. 2000. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

RIBEIRO, S. M. S. **A questão da família na atualidade**. Florianópolis: IOESC, 1999.

RODRIGUES, Gizelly. **No cotidiano da profissão: a prática profissional dos assistentes sociais com famílias**. 2002. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social) - Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

RODRIGUES, M. S. P. et al. A família e sua importância na formação do cidadão. **Família, Saúde e Desenvolvimento**. Curitiba, v. 2, nº 2, 2000.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Educação, Ideologia e Contra-Ideologia**. São Paulo: E.P.U., 1989.

SILVA, Jurema A. P. O papel da entrevista na prática do Serviço Social. In: **Caderno da Faculdade de Serviço Social da UERJ**, nº. 6, 1995, p. 51-58.

SILVA, Maria C. **Aprendizagem e Problemas**. São Paulo: Ícone, 1997.

SILVA, Maria L. et al. **Alcoolismo**: um problema com o qual muitos convivem, porem poucos conhecem. São Paulo: Educon, 1985.

SOUZA, Ronald P. **Os filhos no contexto familiar e social**. Porto Alegre: Mercado Aberto, 1989.

SYMANSKI, Heloisa. Teoria e teorias de Família. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org). **A Família Contemporânea em Debate**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2000, p. 23/28.

TAKASHIMA, G. M. K. O Desafio da Política de Atenção à família: dar vida às leis – uma questão de postura. IN: KALOUSTIAN, S. M. (Org) **Família Brasileira**: a base de tudo. São Paulo: Cortez, 1994, p. 19-25.

TAKIUTI, Albertina Duarte. A saúde da mulher adolescente, 1993. In: MADEIRA, Felícia Reicher. **Quem mandou nascer mulher?** Estudos sobre crianças e adolescentes, pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1997.

TIBA, Içami. Saiba mais sobre maconha e jovens: um guia para leigos e interessados no assunto. 4ª ed. **Revista Ampliada Agora**. São Paulo, 1998, p. 25-41/120-131.

_____. **Disciplina** – limite na medida certa. 10ª ed. Editora: Gente, 1996.

VASCONCELOS. Ana Maria. **Intenção** – ação do trabalho social. 1ª ed. São Paulo: Cortez, 1985.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (Org). Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In: **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2002, p. 35-67.

VITIELLO, Nelson. **Adolescente Hoje**. São Paulo: Roca, 1988.

WANDERLEY, Luiz Eduardo W. A questão social no contexto da globalização: o caso latino-americano e caribenho. 2ª ed. In: CASTEL, Robert et al. **Desigualdade e a Questão Social**. São Paulo: Educon, 2000.

WHALEY, Lucil; WONG, Donnal. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção efetiva. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

ZAGURY, Tânia. **Encurtando a Adolescência**. Rio de Janeiro: Record, 1999.

_____. **O adolescente por ele mesmo**. Rio de Janeiro: Record, 1996.

ZCKER, Israel. **Adolescente também é gente**. São Paulo: Summus, 1985.

ANEXOS

ANEXO A - Prontuário

PERCEPÇÃO DO CLIENTE

OBSERVAÇÃO TÉCNICA: (EXAME FÍSICO, DADOS CONCRETOS)

DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

IMUNIZAÇÃO (S) (N)

() ESQUEMA BÁSICO

() RUBÉOLA

() TÉTANO

() CAXUMBA

ESQUEMA MATURAÇÃO SEXUAL

DATA	MAMA / GENTÁLIA	PÊLOS

DADOS COMPLEMENTARES



NOME	REGISTRO
------	----------

MOTIVO DA CONSULTA

PARÂMETROS CLÍNICOS GERAIS

<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> OBESIDADE
<input type="checkbox"/> ALTERAÇÕES VASCULARES	<input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS HEMATOLÓGICOS	<input type="checkbox"/> PATOLOGIA URINÁRIA
<input type="checkbox"/> CARDIOPATIAS	<input type="checkbox"/> DISTÚRBIOS VISUAIS	<input type="checkbox"/> PNEUPATIA
<input type="checkbox"/> CEFALÉIA	<input type="checkbox"/> DISRITMIA	<input type="checkbox"/> TABAGISMO
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS	<input type="checkbox"/> DIST. PSÍQUICOS	<input type="checkbox"/> TONTURAS
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS PÉLVICAS	<input type="checkbox"/> HEPATIPATIAS	<input type="checkbox"/> TUMORES
<input type="checkbox"/> CONVULSÃO	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO	<input type="checkbox"/> USO DE ANTICOAGULANTES
<input type="checkbox"/> DERMATOPATIAS	<input type="checkbox"/> INFERTILIDADE	
<input type="checkbox"/> OUTRAS		

ANTECEDENTES FAMILIARES

HIPERTENSÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	CEMELAR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
TUBERCULOSE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

ANTECEDENTES MENSTRUAIS - HISTÓRIA MENSTRUAL

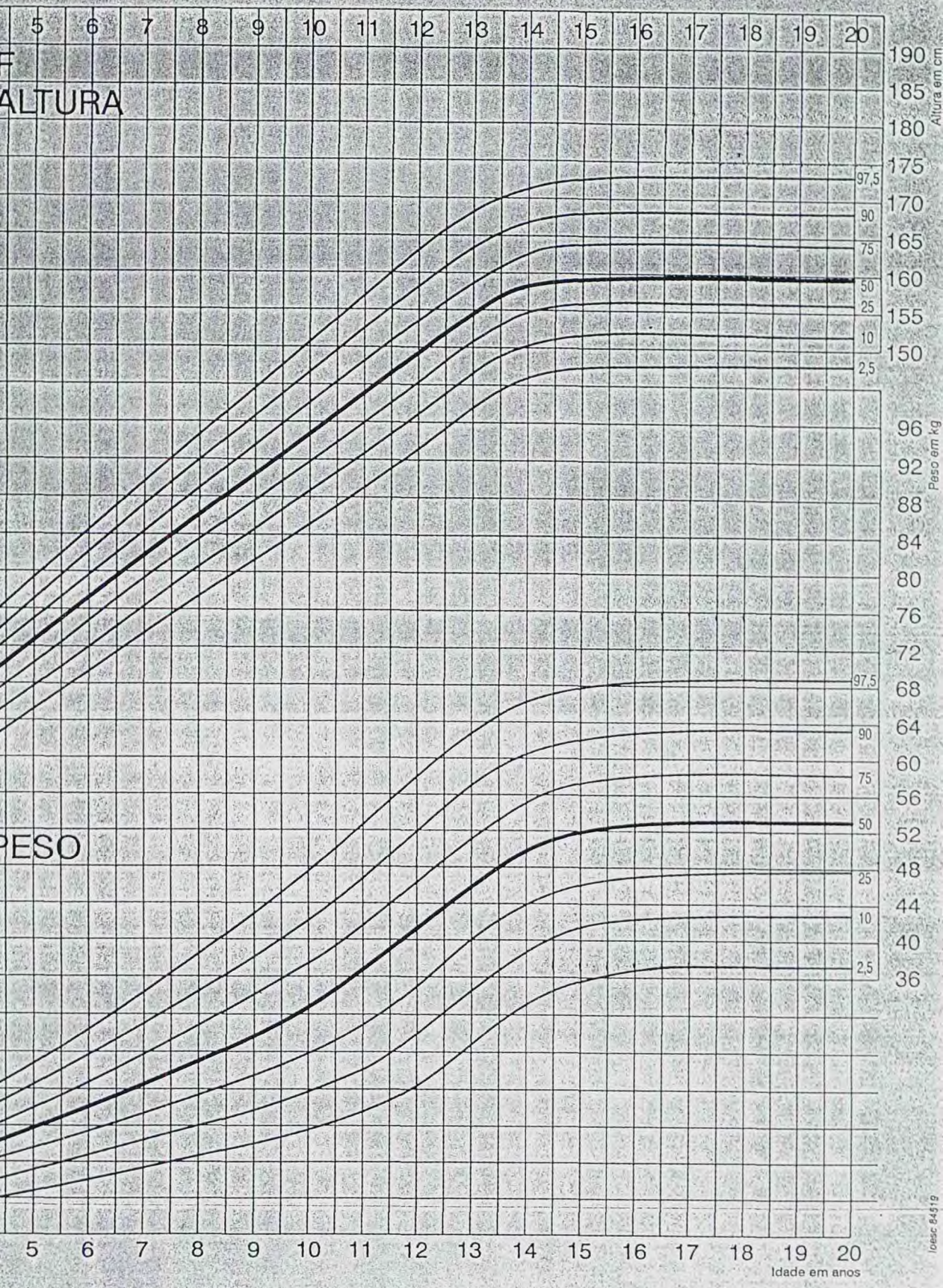
FLUXO MENSTRUAL DIAS	INTENSIDADE DO FLUXO <input type="checkbox"/> LEVE - (1/2 ABSORVENTES/TAMP. POR DIA) <input type="checkbox"/> INTENSO (5 OU + ABS./TAMP. POR DIA) <input type="checkbox"/> REGULAR (3/4 ABS./TAMP. POR DIA) <input type="checkbox"/> VARIÁVEL
SANGRAMENTO INTERMENSTRUAL <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> MÍNIMO/DIAS <input type="checkbox"/> MÁXIMO/DIAS	
DESCONFORTO MENSTRUAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	SÍNDROME PRÉ-MENSTRUAL <input type="checkbox"/> DISMENORRÉIA <input type="checkbox"/> TENSÃO
ÚLTIMA MENSTRUACÃO (DIA/MÊS/ANO) / / /	
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS: MAMAS <input type="checkbox"/> MASTALGIA <input type="checkbox"/> DESCARGA PAPILAR <input type="checkbox"/> NÓDULOS <input type="checkbox"/> OUTRAS PATOLOGIAS	

CORRIMENTOS VAGINAIS

<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	COR	INTENSIDADE
PRURIDO	ODOR	DURAÇÃO
TRATAMENTOS ANTERIORES		



CURVA DE PONDO ESTATURAL

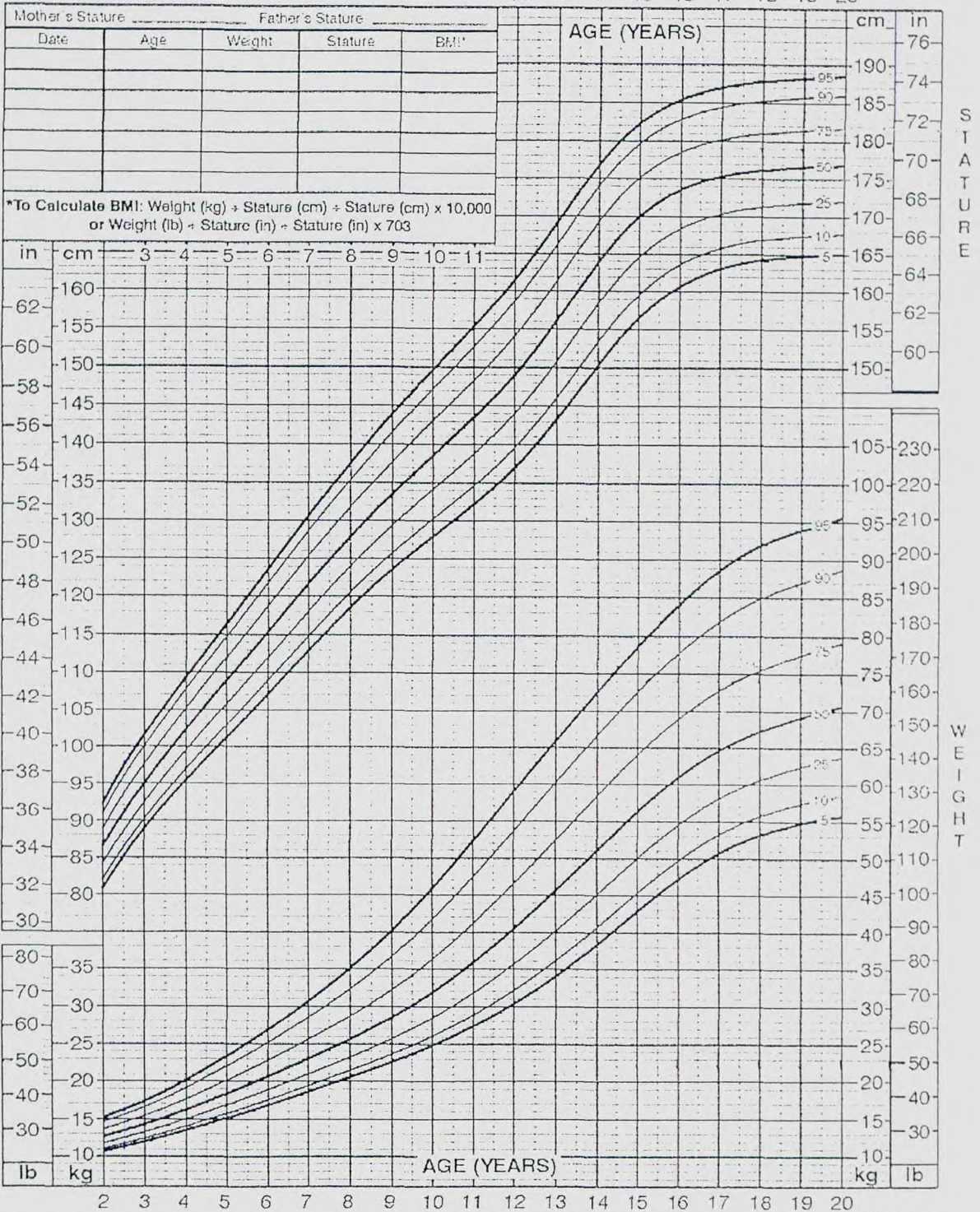


2 to 20 years: Boys
Stature-for-age and Weight-for-age percentiles

NAME _____

RECORD # _____

12 13 14 15 16 17 18 19 20



Published May 30, 2000 (modified 11/21/00)
SOURCE: Developed by the National Center for Health Statistics in collaboration with
the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (2000)
<http://www.cdc.gov/growthcharts>



SAFER • HEALTHIER • PEOPLE™

**ANEXO B - Relações das atividades desenvolvidas pela estagiária com o Grupo
Educativo de agosto a dezembro de 2004**

Dia 17/08/2004

Dinâmica: Adolescer

Objetivo: possibilitar aos jovens uma reflexão sobre como percebem o processo da adolescência.

Desenvolvimento:

1. O facilitador solicitará o grupo fazer um desenho representando como eles percebem a fase da adolescência.
2. Após a realização dos desenhos, solicitar os jovens e escreverem algo sobre: adolescência é.
3. Cada adolescente irá falar a respeito de seu desenho relatando como caracterizou a adolescência

Pontos para discussão:

- Vantagens de ser adolescente
- Desvantagem de ser adolescente
- Como o adolescente é visto pela sociedade

Resultados esperados:

- Ter promovido uma reflexão de como o adolescente define esta fase da sua vida

No final utilizando os desenhos que foram solicitados, discutimos o que significa ser adolescente, porem a maioria expôs que ser adolescente e ter liberdade, ou seja, acreditam que ao se tornarem adolescentes, devem poder ir aonde desejarem e principalmente sem possuir horários.

Considero que esta primeira oficina proporcionou-me conhecimento a respeito de como se sentem os adolescentes com os quais trabalharei de quinze e quinze dias, durante o meu período de estágio. Nesta oficina consegui ampliar minha visão sobre como devo conduzir as dinâmicas e com que tipo de adolescentes está trabalhando, pois cada um possui uma característica específica.

Dia 31/08/2004

Dinâmica: Espelho Mental

Objetivo: Auxiliar o adolescente a tomar consciência da imagem que ele tem do seu próprio corpo.

Desenvolvimento:

1. Pedir a todos os participantes que andem pela sala (descalços) ao som da música seguindo as instruções do facilitador:

- Andar na ponta dos pés
- Andar apoiando o corpo no calcanhar
- Andar na chuva
- Andar em uma superfície quente
- Andar passando por uma porta estreita
- Andar em câmera lenta
- Andar em marcha ré

Os adolescentes não deverão tocar o corpo do outro colega.

2. Pedir a todos que parem onde estão, fechem os olhos, pensem na parte do corpo que acham mais bonita e atrativa, e guardem mentalmente esta imagem consigo.

Trabalho individual

Tempo: (10 minutos)

1. Solicitar cada participante a sentar, a pegar sua folha de papel sulfite e procurar esquematizar no papel a imagem captada pelo seu cérebro, sem colocar o nome.
2. Lembrar que é somente um esquema e não um desenho artístico.

Trabalho em grupo:

Tempo: (35 minutos)

1. Pedir a cada participante que vire o esquema para baixo e aguardem
2. Quando todos terminarem, pedir que façam as folhas circularem com o esquema para baixo.
3. Pedir-lhes que parem de passar quando as folhas tingirem a metade do círculo, e que conseguiu passar de sua imagem mental.
4. Quando todos terminarem a tarefa, pedir que façam circular todos os esquemas, para serem vistos.
5. Cada participante guardara sua folha.

Pontos para discussão:

- a) Os homens e as mulheres estão satisfeitos com suas formas físicas?
- b) A forma como nos sentimos em relação ao nosso corpo é influenciado pelo que as pessoas do outro sexo acham interessante ou atraente?
- c) Existem partes do nosso corpo que podemos modificar. Por que e para que:

Resultado esperado:

Os adolescentes terão vivenciado a oportunidade de tomar consciência das suas mudanças físicas.

Ao fim da atividade solicitada, discuti como os adolescentes se sentem e como se vêem perante a sociedade.

Através desta dinâmica consegui observar os adolescentes estão satisfeitos consigo, através da exposição verbal feito por eles, todos conseguiram relatar qual parte do corpo, mas admiram, assim como o que gostariam de mudar em sua aparência.

Referente a como se vêem perante a sociedade, discutimos sobre o corpo ideal e a partir disso, as comparações que são realizadas, neste momento refletimos a respeito de aceitarmos as diferenças e que cada um tem a sua beleza individual e que devemos nos amar como somos.

Os adolescentes em geral ainda não são bem informados sobre as mudanças físicas que experimentam e ficam com o sentimento de que não são atraentes ou normais.

A imagem corporal é a maneira como representamos mentalmente o nosso corpo. Ela é tão importante que faz parte de nossa identidade.

O foco central sobre a imagem corporal tem a ver com dois aspectos:

1. O adolescente ainda não formou claramente o seu senso de identidade como pessoa;
2. O adolescente ainda não tem bem estruturado o seu senso de auto-estima, decorrente de suas características pessoais, seus relacionamentos em suas realizações.

Portanto, o trabalho com o adolescente sobre aquisição de uma imagem corporal positiva é fundamental. Esta irá fortalecer o sentido de atratividade, de aceitação social, a capacidade de dar e receber afeto, a maneira como percebi a si e ao outro sexo principalmente aptidão para estabelecer e manter vínculos amorosos.

Desta reunião, sai realizada, pois percebi que os adolescentes saíram satisfeitos e que o resultado desta dinâmica foi positiva.

Um dos principais pontos desta oficina foi que houve a participação de todos.

Dia: 14/09/2004

Dinâmica: Beleza e Idealização.

Objetivo: encorajar o adolescente a aceitar seu próprio corpo e a atender que os ideais de beleza também são estabelecidos pela cultura.

Desenvolvimento:

1. Formar grupos pequenos só com meninos e outros grupos só com meninas.
2. Solicitar os grupos de meninos a conversarem entre si sobre o tipo de mulher que considera ideal.
3. Solicitar aos grupos de meninas a conversarem entre si sobre o tipo de homem que considera ideal.
4. Cada grupo devera fazer uma lista com as características que consideram importantes.
5. Cada grupo utilizando-se de revistas, lápis, cola e tesoura devera fazer uma colagem, identificando o tipo de homem e mulher ideal.
6. Cada grupo apresentara sua colagem.

Pontos para discussão:

- a) Aceitação da aparência física por homens e mulheres.
- b) Como é a idéia de beleza do grupo?
- c) As mudanças que eu sinto, em mim mesmo, sobre minha aparência e meu jeito de ser, por influência da opinião de outras pessoas.
- d) Como são criados os critérios de beleza?

Resultado esperado:

Ter promovido uma discussão sobre ideais de beleza e aceitação do seu próprio corpo como uma questão de auto-estima.

De acordo com o desenvolvimento do trabalho solicitado, consegui observar, que através da mídia, estabeleceu-se um padrão de beleza em nossa sociedade, o qual os sujeitos que fazem parte desta, estão sempre em busca do corpo tido com ideal.

Podemos considerar que o corpo e a personalidade mudam ao mesmo tempo na adolescência, surgindo às surpresas, o não saber o que vai fazer para esconder ou evidenciar mais estas mudanças, que trazem muitas dúvidas sobre a normalidade de suas ocorrências.

A síndrome do “Patinho Feio”, toma conta de ambos os sexos. Surgem as comparações com o corpo dos amigos. Ser livre conflitua-se com a necessidade de ser igual ao amigo.

A sociedade propõe estereótipos (modelos rígidos) de beleza. As pessoas passam a correr atrás desses modelos, que costumam ser associados ao sucesso, poder, desempenho sexual e plena aceitação social. Mas existe um outro lado também, que diz respeito à saúde que muitas vezes na luta por ideal de beleza e deixada de lado, ocasionando o desenvolvimento de doenças.

No entanto é preciso saber que para ser atraente e simpático, não é preciso ser bonito. O que vale é como expressamos nossos sentimentos aos outros. Mas para isso temos que nos gostar por inteiro e entender que o nosso corpo é o nosso fantástico instrumento de comunicação interpessoal e precisamos cuidar bem dele.

Dia 28/09/2004

Neste dia realizamos nosso quarto encontro. Compareceram quatro adolescentes, porém recebemos um grupo de 16 adolescentes de BEMFAM. A dinâmica trabalhada neste encontro foi: **Jogo dos Balões**.

Objetivo: proporcionar uma reflexão sobre o que conhecemos sobre drogas, qual a nossa visão do problema e como podemos fazer a prevenção ao uso indevido de drogas.

Desenvolvimento:

1. Dividir o grupo em seis subgrupos, de acordo com o número de participantes.
2. O facilitador do grupo dará o código individualmente para cada subgrupo.
3. Para cada subgrupo será dado um balão de cor diferente.
4. Cada subgrupo receberá seu código:
 - Grupo 1 – código: A visão que tem das drogas
 - Grupo 2 – código: O que você sabe sobre drogas
 - Grupo 3 – código: O que você pode fazer para prevenir o uso de drogas.

Grupo 4 – código: A visão que tem das drogas

Grupo 5 – código: A visão que tem das drogas

Grupo 6 – código: O que você pode fazer para prevenir o uso de drogas

5. O facilitador devera passar cada código aos subgrupos, certificando-se de que um grupo não saberá o código do outro.
6. Cada grupo fará uso da linguagem não verbal, podendo utilizar mímicas e gestos.
7. Após a apresentação de cada subgrupo, o grupo grande se reuniu novamente para identificar os códigos, favorecendo assim a discussão.

Pontos para discussão:

- a) Qual a dificuldade de se explicar sem utilizar palavras?
- b) O porque da certeza de que foram entendidos.
- c) Quanto se deve entender e conhecer de drogas?
- d) O que pode ser feito para se trabalhar prevenção?
- e) O que posso comprometer?

Resultados esperados:

Ter proporcionado uma reflexão sobre o que o grupo sabe a respeito de drogas, seu entendimento do problema e o que o adolescente pode fazer, como estudante e cidadão para evitar o uso.

O grupo aceitou com muito entusiasmo a proposta realizada. Sendo assim através do cumprimento da tarefa solicitada, tive a oportunidade de perceber que os adolescentes hoje têm uma visão ampliada sobre as drogas.

Pois, discuti-se, ouve-se e lê-se muito sobre droga. Mas o que é droga realmente?

Droga é tudo que é utilizado para amenizar a dor, baixar a ansiedade, diminuir as frustrações, aumentar a segurança e a fantasia. Porém até o momento não encontramos explicação satisfatória sobre a ação específica das drogas no organismo, mas o adolescente pode procurá-las por vários motivos: curiosidade, pressão do grupo, sofrimento, angustia e alegria.

Diante disso o grupo demonstrou que tem consciência das conseqüências que esta pode trazer ao usuário: como perda dos laços familiares, amigos, namoradas, além de prejudicar os estudos e a saúde, principalmente.

O grupo BEMFAM, que participou deste encontro era misto e com faixa etária de 13 a 16 anos, e trouxeram uma experiência muito rica para compartilhar conosco. Estes adolescentes fazem parte do Grupo de Jovens Multiplicadores, que se formam este ano na BEMFAM.

Dia 19/10/2004

Dinâmica: A Importância da Família.

Objetivo: discutir junto aos adolescentes os pontos positivos e negativos encontrados nas famílias.

Desenvolvimento:

1. O facilitador solicita que cada participante pegue uma caneta e uma folha;
2. O facilitador solicita que:
 - Cada um escreva ou desenhe o que gosta em sua família;
 - Cada um escreva o que não gosta em família;
 - Escreva o que é família e qual a sua importância.
3. O facilitador solicita que cada um leia ou explique (em caso de desenho) a sua resposta.

Pontos para discussão:

- a) O que não gostam em sua família?
- b) O que gostam em sua família?
- c) O que é família?
- d) Qual a sua importância?
- e) Como se sentem na sua família?

Resultado esperado:

Ter proporcionado uma reflexão da importância da família no desenvolvimento do adolescente junto ao grupo.

O resultado obtido foi:

- Sheila (12 anos): “a única coisa que não gosto em minhas famílias é quando meu pai e minha mãe brigam comigo”. (sic)
- Bruna (11 anos) “na minha família gosto dos meus avós, primas, minha mãe, meu pai e quando obedeço e estou feliz. Não gosto quando minha avó enche o saco”. (sic)
- Pedro (12 anos): “gosto do meu quarto e do meu pai. Não gosto dos meus primos, pois tem inveja de mim” (sic).
- Edson (12 anos): “não gosto quando meus pais brigam comigo toda hora, não saem para passear e nem me deixam brincar. Gosto quando meu pai e minha mãe me tratam bem” (sic).
- Luiz (13 anos): “gosto dos meus primos” (sic)

Com a relação à importância da família o grupo formou a seguinte opinião: A família é a base de tudo, é união e seus componentes devem ser amigos.

E sobre os conflitos que existem nas famílias, disseram que é porque os pais têm opiniões diferentes, e muitas vezes não abrem espaço para discussão, pois “o que é ruim na família são as brigas” (Sheila – sic).

Com todas estas declarações foi possível perceber que todos se sentiram mais familiarizados com as problemáticas que cada um enfrentava em sua família, pois muitos foram encorajados a falar, devido ao sentimento de identificação que tiveram com os outros participantes.

Dia 09/11/2004

Dinâmica: A Mudança do Corpo Físico.

Objetivo: proporcionar um melhor entendimento sobre as mudanças físicas ocorridas no período da adolescência.

Desenvolvimento:

1. O facilitador solicita que o grande grupo se divida em dois grupos: masculino e feminino.
2. O facilitador solicita que cada grupo desenhe o seu corpo físico, com as modificações que estão percebendo, nesta fase que estão vivenciando.
3. Depois de 20 minutos cada grupo explicara como esta recebendo estas modificações.

Pontos para discussão:

- a) Quais as mudanças que estão ocorrendo?
- b) Como estão aceitando esta transformação?
- c) Que duvidas os adolescentes tem perante o seu corpo que esta se modificando?
- d) Como aceitam estas transformações?

Resultado esperado:

Ter conseguido esclarecer as dúvidas sobre a formação do novo corpo físico.

O grupo demonstrou aceitação da dinâmica proposta e realizou o exercício solicitado como muito animo, porém durante a construção do corpo físico, houve alguma timidez (a maior por parte dos meninos), com relação aos órgãos genitais. Após a construção do corpo os adolescentes refletiram sobre as mudanças que esta ocorrendo no corpo de cada um, as diferenças e tiraram dúvidas pertinentes ao assunto abordado e a sexualidade.

ANEXO C - Questões Norteadoras para a entrevista do Serviço Social no Centro de Referência em Saúde do Adolescente

I – Identificação

Nome
Data de Nascimento
Idade
Endereço
Telefone
Bairro e Cidade

II – Questões escolares

Onde estuda?
Qual a série que frequenta?
Já reprovou?
Apresenta dificuldade escolar?
Como está seu aproveitamento escolar?
Como se dá seu relacionamento com professores e colegas?

III – Recreação e Lazer

O que faz para se divertir, durante a semana e nos finais de semana?
Participa das atividades diárias da família?

IV – Relacionamento Familiar

Como você considera seu relacionamento familiar?
O que poderia mudar, por quê?
Como você se sente na sua família?

V – Sexualidade

“Já ficou” com alguém? Como foi?
O que faz quando fica?
Gosta de alguém?
Tem namorado? Se tiver, há quanto tempo?
Sente atração física?
Já teve relação sexual?
Usa ou usou algum método contraceptivo?
Alguém conversa sobre sexo com você?

VI – Educação para a saúde

O que faz para manter sua saúde?
Considera-se capaz de cuidar de si?