

ADOLESCÊNCIA & Psicologia

Concepções, práticas e reflexões críticas



Expediente

Diretoria CFP

Presidente
Odair Furtado

Vice-Presidente
Ana Luíza de Sousa Castro

Secretário
Miguel Angel Cal González

Tesoureiro
Francisco José Machado Viana

Ministério da Saúde - SAS

Coordenação do Projeto
Maria de Lourdes Jeffery Contini

Organizadoras
Maria de Lourdes Jeffery Contini
Sílvia Helena Koller
Monalisa Nascimento dos Santos Barros

Colaboradores
Alexandra Ayach Anache
Ana Luíza de Souza Castro
Ana Regina Noto
Bronia Liebesny
Clarissa De Antoni
Dulce Maria Fausto de Castro
Eroy Aparecida da Silva
Lucas Neiva-Silva
Maria de Lourdes Jeffery Contini
Marisa Lopes da Rocha
Monalisa Nascimento dos Santos Barros
Rosalina Martins Teixeira
Sergio Ozella
Sílvia Helena Koller
Suyanna Linhales Barker

Ministério da Saúde

Ministro da Saúde
José Serra

Secretário de Políticas de Saúde
Claúdio Duarte da Fonseca

Diretoria do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas

Coordenação da Área de Saúde do Adolescente e do Jovem
José Domingues dos Santos Júnior

Ilustrações de:
Ivan Lima

Projeto gráfico:
Stilo Comunicação

Distribuição Gratuita
Cópias autorizadas desde que citada a fonte.

Os artigos publicados são de inteira responsabilidade dos autores.

Direitos para esta edição:
Conselho Federal de Psicologia
SRTVN Q. 702 - Conjunto 4024 - A
Edifício Brasília Rádio Center
CEP 70719 - 900 - Brasília - DF
Fone: (0xx61) 429 -0100
Fax (0xx61) 328 - 1728
Home page: www.pol.org.br

Tiragem: 40.000 exemplares

**Maria de Lourdes Jeffery Contini
Sílvia Helena Koller
Monalisa Nascimento dos Santos Barros**

Adolescência e Psicologia

**Concepções, práticas e
reflexões críticas**

**Brasília
Conselho Federal de Psicologia
Ano 2002**

A239 Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas /
Coordenação Maria de Lourdes Jeffery Contini; organização Silvia
Helena Koller. - Rio de Janeiro.
Conselho Federal de Psicologia, 2002.
144 p.; 23 cm

ISBN: 85-89208-01-X

1. Adolescentes - Psicologia. I. Contini, Maria de Lourdes Jeffery.
II. Koller, Silvia Helena.

CDD: 649.125

Sumário

Apresentação – Conselho Federal de Psicologia.....	09
Apresentação – ASAJ – Ministério da Saúde.....	10
Prefácio – Psicologia, saúde e adolescência: um desafio para a atuação do psicólogo <i>Maria de Lourdes Jeffery Contini, Coordenadora do projeto</i>	11
Parte I - A psicologia e a adolescência	
Capítulo 1 - Adolescência: uma perspectiva crítica <i>Sergio Ozella</i>	16
Capítulo 2 - Contexto do adolescente <i>Marisa Lopes da Rocha</i>	25
Capítulo 3 - O psicólogo e a ação com o adolescente <i>Monalisa Nascimento dos Santos Barros</i>	33
Parte II – O momento da adolescência: práticas em campo	
Capítulo 4 - Saúde sexual e reprodutiva <i>Monalisa Nascimento dos Santos Barros</i>	46
Capítulo 5 - A questão da adolescência numa perspectiva “antimanicomial” <i>Rosalina Martins Teixeira</i>	55
Capítulo 6 - Projeto de vida na promoção de saúde <i>Bronia Liebesny e Sergio Ozella</i>	62

Parte III – Situações de vulnerabilidade

Capítulo 7 - O psicólogo e a promoção de saúde do adolescente que apresenta deficiência <i>Alexandra Ayach Anache</i>	70
Capítulo 8 - Gravidez na adolescência: dando sentido ao acontecimento <i>Suyanna Linhales Barker e Dulce Maria Fausto de Castro</i>	78
Capítulo 9 - Violência doméstica e comunitária <i>Clarissa De Antoni e Sílvia Helena Koller</i>	85
Capítulo 10 - Dependência química, adolescência e família <i>Ana Regina Noto e Eroy Aparecida da Silva</i>	92
Capítulo 11 - Adolescência e Aids <i>Monalisa Nascimento dos Santos Barros</i>	99
Capítulo 12 - Adolescentes em situação de rua <i>Lucas Neiva-Silva e Sílvia Helena Koller</i>	112
Capítulo 13 - Os adolescentes em conflito com a lei <i>Ana Luiza Souza Castro</i>	122
Carta dos adolescentes.....	130
Centros de assistência, ensino e pesquisa.....	137
Sobre os autores.....	140

Apresentação

É com satisfação e orgulho que o Conselho Federal de Psicologia entrega essa publicação aos profissionais de Psicologia e outros interessados que atuam na área da saúde e que se dedicam ao trabalho com jovens.

O Conselho Federal de Psicologia, a convite do Ministério da Saúde, dedicou-se à elaboração desta cartilha, visando à atualização dos psicólogos que trabalham com a população adolescente no Brasil. Aceitamos esse convite por considerarmos de fundamental importância contribuir para uma atuação profissional cada vez mais qualificada e comprometida com as transformações sociais necessárias ao país.

A adolescência hoje, no Brasil, carrega o estigma da violência e da impunidade, quando, na verdade, trata-se do oposto: os jovens são, de longe, as maiores vítimas da violência, muitas vezes chegando à morte, em decorrência de uma sociedade que os exclui de todas as formas.

Buscamos profissionais que, em universidades, se dedicavam e se dedicam ao estudo da juventude e da adolescência, em diferentes abordagens e áreas. Fizemos nossa busca pelos grupos de pesquisa cadastrados no CNPq, o que nos garantiria a qualidade e atualidade dos conteúdos que se consolidariam na publicação. A PUCSP, a UERJ, a UFMS e a UFRGS estiveram, assim, compondo o grupo de trabalho que produziu esta cartilha que, com certeza, contribuirá para o trabalho daqueles que, no seu dia a dia profissional contribuem, a partir da Psicologia, para a promoção da saúde dos jovens da sociedade brasileira.

Esperamos que nossa colaboração possa ser útil, proporcionando reflexões, novas idéias e debates, reforçando uma prática psicológica que respeite o adolescente em sua subjetividade e diferenças de etnia, de gênero e de classe social, e exigindo o cumprimento integral do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), especialmente no que tange à prioridade absoluta na implementação de política sociais públicas inclusivas.

Estamos convictos da necessidade de construir um futuro mais humano, generoso, solidário e de inclusão para nossos adolescentes. A Psicologia e os psicólogos têm um papel importante a cumprir nessa construção.

Brasília, Maio de 2002.

Ana Mercês Bahia Bock

Presidente do CFP – gestão 1998-2001

Odair Furtado

Presidente do CFP – gestão 2001-2004

Apresentação

O Conselho Federal de Psicologia assinou convênio com a Área Técnica de Atenção à Saúde do Adolescente e Jovem (ASAJ) do Ministério da Saúde, com a finalidade de desenvolver um trabalho de atualização em saúde dos adolescentes brasileiros para psicólogos que trabalham diretamente com esse segmento da população.

Este trabalho visa a qualificar os psicólogos que atuam na saúde, preparando-os para prestar a assistência básica à população de adolescentes. Através deste trabalho, poderá ser possível desconstruir mitos de que atender adolescentes é trabalhoso e complexo. Com profissionais qualificados e sensibilizados que saibam acolher os adolescentes, torna-se possível construir uma agenda de promoção de saúde com essa população.

A atualização dos profissionais de Psicologia se fará através da distribuição deste material. Convênios semelhantes e com a mesma filosofia de trabalho foram celebrados com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com a Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FREBASGO) e com a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Com o envolvimento dessas entidades, a ASAJ sugeriu que, quando possível, atividades pudessem ser feitas em parceria entre as sociedades.

Qualificando melhor a base de sustentação da atenção à adolescência e aumentando o número de profissionais sensibilizados, a ASAJ prevê a melhoria da assistência à saúde dos adolescentes brasileiros, porque “promover o desenvolvimento saudável da juventude é um dos mais importantes investimentos que uma sociedade pode fazer. É preciso entender que o jovem não é um problema, mas solução. O preço social e econômico a pagar, quando uma nação deixa de fazê-lo, é muito alto” (Saúde e Desenvolvimento da Juventude Brasileira - Construindo uma Agenda Nacional, ASAJ/M.S.,1999).

Área Técnica de Atenção à Saúde do Adolescente e do Jovem - ASAJ

Prefácio

A Adolescência e Psicologia: práticas e reflexões críticas

Maria de Lourdes Jeffery Contini
Coordenadora do projeto

O Conselho Federal de Psicologia, em parceria com o Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde/Área de Saúde do Adolescente e do Jovem, desenvolveu o projeto “Atualização dos psicólogos que atuam com adolescentes no Brasil”, tendo como objetivo construir reflexões críticas e ações integradas que pudessem propiciar transformações no pensar/fazer dos psicólogos, na sua prática cotidiana com os adolescentes. O projeto foi desenvolvido por um grupo de profissionais de Psicologia, que buscou confeccionar um material contendo reflexões e metodologias que possibilitasse discussões, por parte dos psicólogos, a respeito da sua atuação junto aos adolescentes brasileiros.

Para cumprir com o objetivo proposto, buscamos, através deste trabalho, apontar as relações existentes entre adolescência, saúde, conhecimento psicológico e práticas psicológicas, dentro de uma contextualização histórico-social.

Procuramos também, ao longo do trabalho, contemplar, nas nossas discussões, os preceitos da Lei nº 8069/90, que criou o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA. Sabemos que essa Lei foi o resultado de uma luta muito ampla dos setores sociais organizados que buscaram criar um novo espaço político e jurídico para a criança e o adolescente brasileiros. O ECA vem substituir o Código de Menores, apontando para uma legislação que visa ao desenvolvimento integral das crianças e dos adolescentes. É a chamada “Doutrina de Proteção Integral”.

A criança e o adolescente, nessa perspectiva de “Proteção Integral”, são considerados pessoas, cidadãos com direitos a serem garantidos pelo Estado, pela Sociedade e pela Família. Direito de serem educados, direito aos cuidados de saúde, direito de serem amados, direito ao lazer, direito de serem acolhidos, especialmente quando lhes faltam condições fundamentais para sobreviver. Parece-nos importante, no entanto, apontar que nessa nova configuração jurídica, os deveres também estão presentes, pois ao considerar *dever de todos* – família, sociedade e Estado – crianças e adolescentes são partes dessa sociedade e, portanto, submetidos também ao dever de garantir os direitos humanos e as liberdades individuais, especialmente os das próprias crianças e adolescentes.

Para alcançar o objetivo da “Proteção Integral”, é prevista no Estatuto da Criança e do Adolescente a criação de uma ação conjunta entre governo e sociedade, materializada na criação de Conselhos dos Direitos da Criança e Adolescentes em todos os âmbitos - federal, estadual e municipal - articulando um grande projeto entre as regiões e o País como um todo. É a tentativa de viabilizar uma política de proteção em toda a nação, tendo a participação efetiva da sociedade nos rumos traçados e nós, psicólogos, teremos que ter uma participação comprometida com essa política.

Ao desenvolvermos um trabalho como este, tomando como ponto de referência o próprio Estatuto, entendemos que é necessário realizarmos também uma reflexão crítica dentro da própria Psicologia, pois não há como negar que, durante muito tempo, a Ciência Psicológica se vestiu de uma suposta neutralidade, descolando o fenômeno psicológico do contexto social que o constitui. Por isso buscamos reelaborar, na perspectiva da Psicologia, dois conceitos fundamentais que vão permear as nossas discussões neste trabalho: o conceito de saúde e o conceito de adolescência.

A construção da conceituação de saúde, ao longo da história, esteve associada às respostas que o homem buscava para o fenômeno da vida e da morte. A medicina grega desenvolveu-se através dos filhos de Asclépio, que eram os homens que praticavam a cura baseada no conhecimento empírico. Será desses asclepiadas laicos que irá surgir a tradição hipocrática na medicina ocidental, culminando com a produção do *Corpus hippocraticum*, volumosos escritos deixados por diferentes corporações asclepsianas. No livro *Ares, Água e Lugares*, um dos mais significativos do *Corpus hippocraticum*, já aparece claramente o que hoje chamamos de ecologia humana. A definição de saúde, exposta nos escritos hipocráticos, aponta para a busca de um estado de equilíbrio entre as diferentes influências ambientais, que geram modos de vida e os vários componentes da natureza humana. Como é possível observar, há 2.500 anos já havia sido esboçada uma conceituação de saúde que demonstrava a relação direta entre meio ambiente, corpo e mente.

Num segundo momento, devido a novas organizações sociais em curso, aparece o desenvolvimento da fisiologia experimental, especialmente as descobertas realizadas por Galeano (131-201 d.C.), na dissecação de órgãos. Essas dissecações possibilitaram análises comparativas de órgãos bons com os defeituosos. As descobertas fizeram com que predominasse o estudo das patologias, em detrimento da investigação sobre a higidez. Dessa forma, o percurso da estruturação da nosologia dos sintomas e natureza das patologias ganhou muitos adeptos, principalmente com os vários estudos realizados na Idade Média. Iniciou-se, assim, uma conceituação negativa da saúde, enquanto ausência de doença, visto que a medicina começou a acumular mais conhecimentos sobre a doença do que os indicadores e atributos que pudessem definir a sanidade física e mental.

Somente em meados do século XX começaram a surgir definições de saúde não restritas aos aspectos orgânicos, mas procurando abarcar a totalidade do homem envolto com o seu meio ambiente, o que parece ser um retorno ao tratado ecológico de Hipócrates. Mas será em 1946 que a conceituação de saúde começa oficialmente a mudar: a Organização Mundial de Saúde, na

publicação dos seus documentos básicos, expõe no preâmbulo da sua Constituição uma nova definição, reconhecendo que a saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de distúrbios ou doença.

Mas, apesar do avanço na definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, o fato é que essa conceituação proposta pela OMS é ampla, subjetiva. Para o médico sanitário Carlos Gentile de Melo, essa definição aparece como algo inatingível, utópico, pois não leva em conta as imperfeições humanas e as infidelidades do meio. Parece, então, importante apontar que a relação saúde/homem se dá através da instrumentalização do ser humano pela via da informação, que possa potencializar o seu enfrentamento frente às adversidades da vida contemporânea, ou seja, o seu devir, a sua história.

Surge, dessa forma, a visão social de saúde, passando a compreender que o homem é, geralmente, mais um produto das suas relações com o seu ambiente do que somente com os seus dotes genéticos, ou seja, a saúde de um povo pode ser determinada não só por sua raça, mas por suas condições de vida.

Dentro dessa visão, passa a existir uma nova conceituação do processo saúde-doença, na qual são levados em conta os determinantes sociais do adoecimento, assim como os “modos de vida” como desencadeador ou não da higidez.

E a Psicologia? Como se insere nessa questão? O que se pode dizer é que a Psicologia tem sido, em grande parte, ancorada no estudo do desvio, do patológico, o que a coloca dentro de uma visão quase sempre conservadora de saúde. No Brasil, só recentemente começaram a surgir pesquisadores preocupados com uma conceituação mais ampla de saúde. Um dos resultados que já aparecem dessas reflexões é a definição da atuação do psicólogo, hoje, enquanto um profissional de saúde, entendida esta saúde agora, não apenas como ausência de doença, mas na direção de uma visão sistêmica de saúde, privilegiando uma atuação coletiva, junto com outros profissionais, para buscar instrumentalizar a comunidade com o objetivo de promover a saúde da população.

A promoção de saúde, dentro da Psicologia, é definida, na visão sistêmica de saúde, através da compreensão de que fatores relacionados ao modo de vida dos homens estarão atuando de forma direta nas reais possibilidades de uma vida saudável ou não. Com isso, a concepção de saúde é ampliada para além dos limites da ausência de doença e está ligada a vários aspectos presentes na vida do homem, como moradia, lazer, educação, trabalho, etc. Será o equilíbrio desses componentes da vida diária que irá formar o grande mosaico da saúde humana.

Mas, para o psicólogo atuar nessa direção, ele deve ter clareza sobre a concepção de fenômeno psicológico que abarca essa visão. O fenômeno psicológico deve ser compreendido como algo constituído nas e pelas relações sociais e materiais. Essas relações não são entendidas como algo *externo* que influencia o fenômeno psicológico que é *interno*, mas como aspectos de um mesmo movimento de construção. Dessa forma, não é possível falar em mundo interno sem falar do mundo social que o constitui.

Especificamente neste nosso trabalho, discutiremos sobre um determinado sujeito psicológico, diante de um momento da sua vida: a adolescência. Quem é, para nós, psicólogos, esse adolescente que se constrói através das relações de sua vida com os

outros? É o adolescente concreto que se caracteriza basicamente por sua condição de pertencer à natureza, sua condição de ser social, ou seja, é definido pelo conjunto dessas relações sociais, sua condição de ser histórico, em que o seu grau de desenvolvimento dependerá da estrutura social mais ampla na qual ele se encontra inserido e finalmente, sua condição de pertencer à natureza, mas poder se diferenciar dela através da possibilidade de produzir meios de sobrevivência, que serão as matrizes geradoras de todas as relações humanas estabelecidas e, conseqüentemente, da produção da cultura e do conhecimento. É com esse olhar que buscamos desenvolver nossas reflexões sobre o fenômeno da adolescência neste nosso trabalho.

Ao longo dos capítulos, serão discutidos diferentes tópicos, através de três grandes eixos temáticos: 1. Psicologia e adolescência: uma revisão crítica, 2. práticas em campo: questões emergentes da adolescência e 3. situações de vulnerabilidade.

Na “Psicologia e adolescência: uma revisão crítica” privilegiou-se uma visão crítica e histórica nas discussões, buscando superar a visão naturalizante e a-histórica, ainda muito presente na Ciência Psicológica, destacando uma visão contextualizada, na Psicologia, para poder compreender as condições concretas da vida social que geraram a construção do fenômeno da adolescência.

Já nas “práticas em campo: questões emergentes da adolescência”, são apontadas situações com as quais o psicólogo se depara e as possibilidades de intervenção que apontam para uma ação interdisciplinar, por entender que a Psicologia por si só não dá conta do complexo fenômeno humano, necessitando de outros interlocutores. Dentre essas situações complexas, encontramos questões como: sexualidade, DST/AIDS, gravidez na adolescência, saúde física e mental e projetos de vida dos adolescentes e jovens.

E, finalmente, nas “situações de vulnerabilidade” aparecem questões envolvendo circunstâncias que colocam o adolescente em ‘situação de risco’ pessoal e social, incluindo os usuários de drogas, adolescentes em conflitos com a Lei, adolescentes institucionalizados. Essas situações fazem parte do cotidiano em nosso país, envolvendo milhares de adolescentes e jovens e tornam-se um desafio para uma atuação crítica e comprometida, do profissional de Psicologia, diante de um contexto tão complexo e contraditório.

Esperamos que este material possa contribuir para desencadear discussões e reflexões entre nossos colegas psicólogos e psicólogas, no seu cotidiano junto aos adolescentes brasileiros. Longe de pretender esgotar o assunto, o nosso maior desejo é que este trabalho se torne uma pequena abertura para futuras interlocuções.

Parte I

A Psicologia e a adolescência

Capítulo I

Adolescência: Uma perspectiva crítica

Sergio Ozella



A concepção vigente na psicologia sobre adolescência está fortemente ligada a estereótipos e estigmas, desde que Stanley Hall a identificou como uma etapa marcada por tormentos e conturbações vinculadas à emergência da sexualidade. Essa concepção foi reforçada por algumas abordagens

psicanalistas que a caracterizaram como uma etapa de confusões, estresse e luto também causados pelos impulsos sexuais que emergem nessa fase do desenvolvimento. Erikson (1976) foi o grande responsável pela institucionalização da adolescência como uma fase especial no processo de desenvolvimento ao introduzir o conceito de moratória, identificando essa fase com confusão de papéis e dificuldades de estabelecer uma identidade própria, e como um período que passou a “ser quase um modo de vida entre a infância e a idade adulta” (p. 128). A partir dessas fontes, instalou-se uma concepção naturalista e universal sobre o adolescente que passou

a ser compartilhada pela psicologia, incorporada pela cultura ocidental e assimilada pela homem comum, muitas vezes através dos meios de comunicação de massa.

Debesse (1946) é um dos autores que mais claramente marca essa posição naturalista e universal ao propor uma essência adolescente. Para o autor, a adolescência não é uma simples transição entre a infância e a idade adulta; ela possui uma mentalidade própria com um psiquismo característico dessa fase. Chega a afirmar que é

“erro pensar que a juventude muda conforme as épocas ... acreditar que ela se identifica com sucessivos vestuários de empréstimo e que cada geração tem sua juventude é uma ilusão de moralista amador e apressado ... por detrás do aspecto da juventude existe a juventude eterna, notavelmente idêntica a si própria no decurso dos séculos ...” (pp.15-16).

Na América Latina e, particularmente, no Brasil, Aberastury (1980) e Aberastury e Knobel (1981) são um marco histórico no estudo da adolescência na perspectiva psicanalítica. Sem dúvida, influenciaram muito e são fontes de referên-

cia para todos os que se preocupam com esse tema. Aberastury considera a adolescência como “um momento crucial na vida do homem e constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento” (1980, p. 15). Além disso, destaca esse período como de “contradições, confuso, doloroso” (p. 16). Ainda mais, afirma que a “adolescência é o momento mais difícil da vida do homem...” (p. 29). Knobel, ao introduzir a “síndrome normal da adolescência”, traz uma grande contribuição dentro dessa perspectiva, mas que merece algumas considerações.

Apesar de enfatizarem que “toda a adolescência leva, além do selo individual, o selo de meio cultural e histórico” (Aberastury, 1981, p. 28), ambos acabam incorrendo no artifício de condicionar a realidade *biopsicossocial* a circunstâncias interiores ao afirmarem uma “crise essencial da adolescência” (p.10). Além disso, Knobel parte de pressupostos de que “o adolescente passa por desequilíbrios e instabilidades extremas” (p. 9) e que o “adolescente apresenta uma vulnerabilidade especial para assimilar os impactos projetivos de pais, irmãos, amigos e de toda a sociedade” (p. 11). Esses desequilíbrios e instabilidades extremas e essa vulnerabilidade especial é o que colocamos em dúvida. Essas características, colocadas como inerentes ao jovem, é que nos incomodam. Elas pressupõem uma crise preexistente no adolescente. Essa tradição que considera a adolescência como uma fase crítica é que colocamos em questão e que deveria ser mais bem discutida. Estaremos aqui refletindo sobre a concepção de adolescência da qual a psicologia tradicional se apropriou e que marca esse *período*

de maneira universalizante, naturalizante e crítica.

Santos (1996), em um estudo que mapeou historicamente as concepções de infância e adolescência incluindo a Teologia, a Filosofia, a Psicologia e as Ciências Sociais, identifica em Rousseau a *invenção da adolescência* como um período típico do desenvolvimento, marcado pela turbulência, no qual o jovem não é nem criança nem adulto. Também aqui estariam as raízes de uma visão naturalista, na medida em que a infância e a adolescência são vistas como um estado, e não como uma condição social. O autor destaca, também, o fato de haver uma tendência à formulação de grandes teorias que construiriam conceitos amplos que podem ser questionados em sua



relevância social. Dentro dessa perspectiva, Santos cita como exemplos Freud e Piaget que, segundo ele, apresentam deficiências pelo fato de desprezarem o contexto social e cultural, tendendo a identificar bases universais em suas proposições. Apesar de mencionarem uma inter-relação entre o biológico e o cultural, enfatizam as estruturas internas

como propulsionadoras do desenvolvimento. As crianças (e adolescentes) parecem nascer e viver em um *vacuum* sociocultural.

Em estudo em fase de conclusão, que investiga as concepções dos profissionais de psicologia que trabalham com adolescentes sobre esta categoria, Ozella (1999) encontrou uma ênfase naturalizante caracterizada por uma visão da adoles-

cência mais como uma fase inerente ao desenvolvimento do homem do que como um processo que se constrói historicamente.

Apesar de estudos antropológicos que, desde Margareth Mead (1945), têm questionado a universalidade dos conflitos adolescentes, a psicologia convencional insiste em negligenciar a inserção histórica do jovem e suas condições objetivas de vida. Ao supor uma igualdade de oportunidades entre todos os adolescentes, a psicologia que se encontra presente nos manuais de Psicologia do Desenvolvimento, dissimula, oculta e legitima as desigualdades presentes nas relações sociais, situa a responsabilidade de suas ações no próprio jovem: se ideologiza (Bock, 1997; Climaco, 1991).

Osório (1992), ao colocar a questão de a adolescência ter um caráter universal, responde afirmativamente, apesar de fazer algumas ressalvas, considerando que, ao se referir à crise de identidade do adolescente, localiza-a naqueles jovens de classes sociais mais privilegiadas que não têm a preocupação com a luta pela sobrevivência. Entretanto, a seguir faz considerações que indicam alguma contradição. Afirma ele:

“Mesmo em condições de vida extremamente adversas, desde que assegurada a satisfação das necessidades básicas de alimentação e agasalho, podemos encontrar a seqüência dos eventos psicodinâmicos que configuram o processo adolescente e a crise de identidade que o caracteriza” (p. 21).

Peres (1998), ao investigar a concepção de adolescente/

adolescência no discurso da Saúde Pública, identifica também a noção de universalidade do fenômeno, bem como a noção da adolescência como um período crítico no desenvolvimento humano. Da mesma forma, Bock (1997), considera que a universalidade “traz implícita a idéia de uma evolução natural do ser humano, linear, independente das condições concretas de sua existência” (p. 64). Por outro lado, Peres ressalta que a idéia da adolescência como um período de *crise* se sustenta pela concepção da ciência positiva que permeia a psicologia, que exclui a contradição, no sentido de que:

“a noção de crise permite dar a idéia de um desarranjo, pois a “harmonia” é pressuposta como sendo de direito ... A “crise” serve, assim, para opor uma ordem ideal a uma desordem real, na qual a norma ou a lei é contrariada pelo acontecimento ... Na concepção de adolescência, essa leitura faz sentido, na medida em que, dentro da evolução referida, a crise é apresentada como um desvio ou perigo do curso natural do desenvolvimento, que deve ser cuidado para a retomada da ordem natural (social)” (p.72).

Estudiosos na Espanha levantaram a questão da insistência em considerar a adolescência como um momento de crise. Herrán (1997) considera que haja alguma concordância entre autores e linhas teóricas sobre o fato de a adolescência ser um período de transição marcado por mudanças físicas e cognitivas. O mesmo ocorre no que diz respeito à construção de uma identidade nova (o que acontece durante toda a vida, pois

a identidade está em constante transformação). O mesmo se dá quando se referem à adolescência como um prolongamento do período de aprendizagem que permitirá sua inserção no mundo adulto. Observa entretanto que esse período tem sido marcado por estereótipos que caracterizariam uma suposta síndrome normal da adolescência, na qual se enfatizam: a rebeldia, a instabilidade afetiva, a tendência grupal, as crises religiosas, as contradições, as crises de identidade (Knobel, 1981), para citar apenas algumas *marcas* da adolescência. Uma das marcas mais

fortes nessa concepção de adolescência – a rebeldia – é enfatizada por Osório (1992) com a afirmação de que...“Sem rebeldia e sem contestação não há adolescência normal... O adolescente submisso é que é a exceção à normalidade” (p. 47).

Santos (1996) faz algumas reflexões interessantes sobre as implicações contemporâneas das concepções modernas de infância

e adolescência que podem ser assim resumidas:

1. Haveria uma *desconexão e dessintonia* entre os compromissos teóricos e os fatos, que têm como consequência uma dicotomização (inato x adquirido, universal x particular, racional x emocional, etc.) e uma tendência à ideologização;



2. Um *presentismo* caracterizado pela utilização de conceitos ou concepções do passado nas proposições atuais.
3. *Generalizações inconsistentes* a partir de estudos sem rigor metodológico ou de concepções vigentes em todas as culturas ou com base em atitudes e comportamentos identificados nas relações pais-filhos;
4. Ligada ao aspecto anterior, a presença de uma relativização extrema no sentido de que os estudos sobre adolescência são fundamentados em um único tipo de jovem, isto é: *homem-branco-burguês-racional-ocidental*, oriundo, em geral, da Europa Centro-Occidental ou dos Estados Unidos da América, nunca do Terceiro Mundo. Isto é, o adolescente estudado pertence à classe média/alta urbana e nunca a outras classes sociais, etnias, ou a outros contextos, como o rural, por exemplo;
5. As concepções são marcadas pelo *adultocentrismo*, isto é, o parâmetro é sempre o adulto.

Alves (1997), em sua tese de doutoramento, levantou alguns aspectos de profissionais variados que têm contato com os jovens e aqui destacamos pontos que marcam a sua visão sobre o mundo adolescente. Para eles, os jovens reproduzem os papéis sociais dos adultos, apesar de considerarem o mundo adulto muito distante deles e não os utilizarem como modelo; são pouco politizados e estão alienados das questões sociais; valorizam o estudo como forma de ascensão, mas não gostam de estudar; encaram o trabalho como outra forma de ascensão (particularmente os jovens de classe menos favorecida) e se-

guem uma ideologia do esforço pessoal, não tendo uma consciência muito crítica da sua condição social; são extremamente consumistas ou desejam consumir, mesmo quando não têm condições para isso e apresentam problemas, principalmente nas áreas e relações amorosas ou de outros vínculos, apresentando sinais de solidão. Apesar de algumas referências às condições socioeconômicas e de classe, os profissionais não enfatizam essas características ao falar sobre o mundo adolescente.

Em contrapartida, ao trabalhar com a visão dos próprios adolescentes a condição de classe trabalhadora parece interferir de alguma forma. A maneira como encaram a escola é sintomática: os jovens trabalhadores fazem associação entre escola e trabalho como forma de adquirir autonomia, enquanto os jovens de classe mais elevada a consideram como útil, mas ligada a aspectos sociais e até de lazer. Quando são questionados sobre o seu projeto de futuro, os jovens de classe mais privilegiada apresentam menor preocupação, apesar de alguns já terem esboçado um objetivo a atingir. Por outro lado, os jovens trabalhadores encaram o futuro como um desafio que depende muito de seu esforço pessoal e de seu sucesso nos estudos. Em relação ao sentimento de solidão, ele aparece mais forte nos jovens de classe mais elevada (Alves, 1997).

No mesmo estudo, surge um aspecto interessante no que se refere à concepção (mais geral) sobre os outros adolescentes e à própria auto-imagem. Grande parte dos jovens, independentemente da condição socioeconômica, tem uma visão estereotipada e negativa dos outros adolescentes (vândalos,

drogados, rebeldes), mas, ao mesmo tempo, se definem como *adolescente-padrão* e este aspecto é bem marcado na classe trabalhadora.

As concepções presentes nas vertentes teóricas da psicologia, apesar de considerarem a adolescência como um fenômeno biopsicossocial, ora enfatizam os aspectos biológicos, ora os aspectos ambientais e sociais, não conseguindo superar visões dicotomizantes ou fragmentadas. Dessa forma, os fatores sociais são encarados de forma abstrata e genérica, e a influência do meio torna-se difusa e descaracterizada contextualmente, agindo apenas como um pano de fundo no processo de desenvolvimento já previsto no adolescente. Essa situação é identificada por Bock dentro de uma concepção liberal, na qual o homem é concebido a partir da idéia de natureza humana: um homem apriorístico que tem seu desenvolvimento previsto pela sua própria condição de homem, livre e dotado de potencialidades (Bock, 1997).

Temos buscado uma saída teórica que supere a visão naturalizante e patologizante da adolescência presente na Psicologia. Uma saída que supere a visão de homem, baseada na ideologia liberal, que vê o homem como autônomo, livre e capaz de se autodeterminar. Que, resumidamente, vê a adolescência como uma fase natural do desenvolvimento, apontando nela características *naturais* como rebeldia, desequilíbrios e instabilidades, lutos e crises de identidade, instabilidade de afetos, busca de si mesmo, tendência grupal, necessidade de fantasiar, crises religiosas, flutuações de humor

e contradições sucessivas. Enfim, um conjunto de características que têm sido tomadas como uma *síndrome normal da adolescência* (Aberastury & Knobel, 1981).

Dessa forma, consideramos que a adolescência é criada historicamente pelo homem, enquanto representação e enquanto fato social e psicológico. É constituída como significado na cultura, na linguagem que permeia as relações sociais. Fatos sociais surgem nas relações e os homens atribuem significados a esses fatos. Definem, criam conceitos que representam esses fatos. São marcas corporais, são necessidades que surgem, são novas formas de vida decorrentes de condições econômicas, são condições fisiológicas, são descobertas científicas, são instrumentos que trazem novas habilidades e capacidades para o homem. Quando definimos a adolescência como isto ou aquilo, estamos constituindo significações (interpretando a realidade), a partir de realidades sociais e de *marcas* que serão referências para a constituição dos sujeitos.

A adolescência não é um período natural do desenvolvimento. É um momento significado e interpretado pelo homem. Há *marcas* que a sociedade destaca e significa. Mudanças no corpo e desenvolvimento cognitivo são *marcas* que a sociedade destacou. Muitas outras coisas podem estar acontecendo nessa época da vida no indivíduo e nós não as destacamos, assim como essas mesmas coisas podem estar acontecendo em outros períodos da vida e nós também não as marcamos, como por exemplo, as mudanças que vão acontecendo em nosso corpo com o envelhecimento.

Reconhecemos, no entanto, que há um corpo se desenvolvendo e que tem suas características próprias, mas, nenhum elemento biológico ou fisiológico tem expressão direta na subjetividade. As características fisiológicas aparecem e recebem significados dos adultos e da sociedade. A menina que tem os seios se desenvolvendo não os vê, sente e lhes atribui o significado



de possibilidade de amamentar seus filhos no futuro. Com certeza, em algum tempo ou cultura isso já foi assim. Hoje, entre nós, os seios tornam as meninas sedutoras e sensuais. Esse é o significado atribuído em nosso tempo. A força muscular dos meninos já teve o significado de possibilidade de trabalhar, guerrear e caçar. Hoje é beleza, sensualidade e masculinidade.

Da mesma forma, o jovem não é algo *por natureza*. São características que surgem nas relações sociais, em um processo no qual o jovem se coloca inteiro, com suas características pessoais e seu corpo. Como parceiro social, está ali, com suas características que são interpretadas nessas relações, tendo um modelo para sua construção pessoal. É importante frisar que o subjetivo não é igual ao social. Há um trabalho de construção realizado pelo indivíduo e há um mundo psíquico de origem social, mas que possui uma dinâmica e uma estrutura própria. Esse mundo psíquico está constituído por configura-

ções pessoais, nas quais significações e afetos se mesclam para dar um sentido às experiências do indivíduo. Os elementos desse mundo psíquico vêm do mundo social (atividades do homem e linguagem), mas não são idênticos a ele.

Dentro de uma perspectiva sócio-histórica (Bock, 1997), só é possível compreender qualquer fato a partir de sua inserção na totalidade, na qual este fato foi produzido. Totalidade esta que o constitui e lhe dá sentido. Assim, a adolescência *deve* ser compreendida nessa inserção. É importante perceber que a totalidade social é constitutiva da adolescência, ou seja, sem as condições sociais, a adolescência não existiria ou não seria essa da qual falamos. Não estamos nos referindo, portanto, às condições sociais que facilitam, contribuem ou dificultam o desenvolvimento de determinadas características do jovem. Estamos falando de condições sociais que constroem uma determinada adolescência.

E como foi construída historicamente a adolescência? Clímaco (1991), considera que, na sociedade moderna, o trabalho, com sua sofisticação tecnológica, passou a exigir um tempo prolongado de formação, adquirida na escola. Além disso, o desemprego crônico/estrutural da sociedade capitalista trouxe a exigência de retardar o ingresso dos jovens no mercado e aumentar os requisitos para esse ingresso. A ciência, por outro lado, resolveu muitos problemas do homem e ele teve a sua vida prolongada, o que trouxe desafios para a sociedade, em termos de mercado de trabalho e formas de sobrevivência.

Estavam dadas as condições para que se mantivesse a

criança mais tempo sob a tutela dos pais, sem ingressar no mercado de trabalho. Mantê-las na escola foi a solução. A extensão do período escolar, o distanciamento dos pais e da família, e a aproximação de um grupo de iguais foram as consequências dessas exigências sociais. A sociedade assiste, então, à criação de um novo grupo social com padrão coletivo de comportamento – a juventude/a adolescência. Outro fator importante é que a adolescência pode ser entendida também como forma de justificativa da burguesia para manter seus filhos longe do trabalho.

A adolescência refere-se, assim, a esse período de latência social constituída a partir da sociedade capitalista, gerada por questões de ingresso no mercado de trabalho e extensão do período escolar, da necessidade do preparo técnico e da necessidade de justificar o distanciamento do trabalho de um determinado grupo social.

Essas questões sociais e históricas vão constituindo uma fase de afastamento do trabalho e de preparo para a vida adulta. As *marcas* do corpo e as possibilidades na relação com os adultos vão sendo pinçadas para a construção das significações, para a qual é básica a contradição, que se configura nesta vivência entre as necessidades dos jovens, as condições pessoais e as possibilidades sociais de satisfação delas. É dessa relação e de sua vivência, enquanto contradição, que se retirará grande parte das significações que compõem a adolescência: a rebeldia, a moratória, a instabilidade, a busca da identidade e os conflitos. Essas características, tão bem anotadas pela Psicolo-

gia, ao contrário da naturalidade que se lhes atribui, são históricas, isto é, foram geradas como características dessa adolescência que aí está. Entende-se, assim, a adolescência como constituída socialmente a partir de necessidades sociais e econômicas e de características que vão se constituindo no processo.

Os meios de comunicação de massa e a concepção de adolescente

A partir dessa concepção de adolescência, entendida como uma construção histórica e não como uma fase natural do desenvolvimento, e considerando os meios de comunicação de massa como um determinante importante na construção de vários significados sociais, não podemos ignorar a participação da mídia nessa construção da concepção de adolescência nos próprios jovens imersos nesse caldo de informações transmitidos pela mídia. Isto é, um modelo de adolescente está sendo passado pelos meios de comunicação que permite ao adolescente a constituição de uma identidade *própria*, bem como contribui para um posicionamento dos pais na mesma direção. Se não veiculam uma definição única, fornecem ao menos uma contribuição para a manutenção de algumas noções do que seja o adolescente. Os meios de comunicação, portanto, desempenham um papel importante na veiculação dessas concepções, já que há um compartilhar pelos adolescentes dessas informações.

Apesar de não haver um consenso na literatura a respeito do papel social dos meios de comunicação, há uma tendência geral de reconhecer que eles devem ser considerados. Intencionalmente ou não, as informações veiculadas afetam em algum grau a visão de mundo, e de si mesmo, que o jovem constrói.



Gostaríamos de destacar que o fato de a mídia influenciar a audiência ou seus consumidores não significa que o adolescente esteja passivo diante dessa situação, apenas absorvendo o conteúdo transmitido. Entretanto, não podemos negar que a possibilidade de uma leitura crítica e de uma transformação do conteúdo recebido não são muito facilitadas, considerando a

massificação de informações transmitidas por ela.

O que gostaríamos de destacar é que os estudos sobre os efeitos dos meios de comunicação, particularmente, a televisão, dão pouca ênfase aos conteúdos transmitidos. Eles ficam mais no nível da frequência em que as crianças (mais do que adolescentes) ficam expostas à televisão, características dos programas, ideologia das mensagens, etc. Sem dúvida, esses são pontos interessantes e importantes, mas não avançam na questão específica da relação: conteúdo, adolescente, linguagem.

Referências

- Aberastury, A. (1980). *Adolescência*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Aberastury, A. & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Alves, C. P. (1997). *Eu nunca vou parar de buscar nada: emancipação frente à colonização e políticas de identidade na adolescência*. Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo - SP.
- Bock, A. M. B. (1997). *As aventuras do Barão de Münchhausen na Psicologia: Um estudo sobre o significado do fenômeno psicológico na categoria dos psicólogos*. Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo - SP.
- Clímaco, A. A. de S. (1991). *Repensando as concepções de adolescência*. Dissertação de Mestrado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Educação. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo - SP.
- Debesse, M. (1946). *A adolescência*. São Paulo. Europa-América.
- Erikson, E. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro. Zahar.
- Herrán, J. Ig. M. (1997, Maio). *Quando hablamos de adolescencia, hablamos todos de lo mismo?* Anais do VII Congresso INFAD (pp. 125-132). Oviedo - Espanha.
- Mead, M. (1945). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Buenos Aires. Editorial Abril.
- Osório, L. C. (1992). *Adolescente hoje*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Ozella, S. (1999). *Concepções de adolescente/adolescência: Os teóricos e os profissionais*. Relatório apresentado para concurso de promoção na carreira docente não publicado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo - SP.
- Peres, F. & Rosenburg, C. P. (1998). Desvelando a concepção de adolescência/adolescente presente no discurso da saúde pública. *Saúde e Sociedade*, 7(1),53-86.
- Santos, B. R. dos (1996). *A emergência da concepção moderna de infância e adolescência. Mapeamento, documentação e reflexão sobre as principais teorias*. Dissertação de Mestrado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Ciências Sociais (Antropologia). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo - SP.

Capítulo II

Contexto do adolescente

Marisa Lopes da Rocha



Se pretendemos trabalhar com o adolescente concreto, ou seja, se buscamos dar um caráter sócio-histórico ao conceito generalizante, constituído por etapas de desenvolvimento psicológico e pedagógico, é imprescindível falar em condição juvenil como ponto de partida, a fim de facultar a compreensão da

heterogeneidade de situações e experiências que marcam a diversidade de modos de inserção social. Assim, questões como o que é ser criança e adolescente nessa comunidade, o que se constitui como questão para eles, o que vem servindo de elo entre eles, criando um código comum que serve de suporte para o enfrentamento dos conflitos atravessados nas suas vidas cotidianas, são importantes para o conhecimento da população com a qual trabalhamos, facultando a adequação do planejamento (Rocha, 2001).

A contextualização da adolescência é fundamental,

considerando que o processo de formação nos dias atuais se vê diante de fatores de diferentes ordens: a instantaneidade temporal provocada pela velocidade tecnológica, que acarreta uma certa superficialidade na aquisição de conhecimentos, a cultura do consumo, geradora de múltiplas necessidades rapidamente descartáveis, o quadro recessivo, que amplia a exclusão social, associado à pulverização das relações coletivas, levando à individualização e ao desinteresse na esfera pública e política. A partir desse panorama, ocorre o desmapeamento, ou seja, a perda de referenciais que se configuram, enquanto efeito, significando a fragilização frente à vulnerabilidade das referências e dos laços sócio-culturais (Castro, 1998). E novas questões se colocam para as diferentes instituições que trabalham com adolescentes como possibilidade de encontrar alternativas: o que favoreceria a experiência social dos adolescentes? Em torno de que interesses e práticas se viabilizaria a construção de grupos solidários com certa estabilização, desdobramento e avaliação de ações, possibilitando formas comuns de compreensão da realidade?

A saída da infância ocorre na interação permanente entre

agências socializadoras encarregadas de preparar o jovem para a vida adulta. A diversificação de laços e referências em contínua relação com o mundo familiar trará aos adolescentes a possibilidade de construir sua autonomia. Nesse sentido, o processo de singularização do sujeito se inscreve na relativização das referências familiares, o que implica que a instituição familiar não se constitua apenas como *nós*, mas também na presença do outro, condição indispensável da existência do nós. À família enquanto rede de proteção, de amparo, núcleo estruturante, cabe abrir espaço para o outro, acolhendo as novas experiências e a aceitação do conflito que se instala entre os vínculos de pertinência e relações de apego estabelecidas no espaço doméstico e as investidas para a construção da autonomia. Será criando oposições que, gradativamente, o adolescente se irá diferenciando, fazendo do conflito uma ferramenta indispensável para tornar-se sujeito (Ribeiro & Ribeiro, 1995).

Se é durante a adolescência que se intensificam as produções de projetos de vida e que se desenvolvem as estratégias e ações para que sonhos se transformem em realidade, como favorecer a expressão de ideais, de frustrações, considerando os limites e as possibilidades do contexto em que vive o jovem? O que se constitui para os adolescentes desafios e problemas na sociedade atual? Que diferenças trazem a partir das suas condições concretas de existência e das diversas experiências vividas no seu cotidiano em relação com a família, com os amigos e com a escola?

As transformações aceleradas da vida contemporânea

e a crescente complexidade social trazem como consequência as dificuldades de compreender a realidade na sua transformação e a diversidade de formas de existência que se atualizam nas múltiplas redes de valores, afetos, tradições e perspectivas. A fragilização dos espaços públicos pela violência, insegurança e pelo individualismo exacerbado, vem gerando a multiplicação das práticas de autodefesa, de desagregação social, reduzindo a oportunidade de intensificação da convivência, de trocas e de experiências. Do mesmo modo, o aumento das dificuldades econômicas e suas consequências sobre a inserção social e profissional de grande parcela da população atingem de forma dramática os jovens no meio urbano (Valla & Stotz, 1996).

É nesse contexto que os serviços de atendimento à saúde e os especialistas passam a se constituir uma escuta privilegiada dos jovens e famílias isolados de uma rede de solidariedade. Em meio à multiplicação das demandas por cuidados, questões essenciais precisam ser problematizadas nos serviços.

As famílias, principalmente de classes populares, pela precarização de recursos e informações, pelo excesso de trabalho e escassez de tempo, vivem relações de abandono, de insegurança e de dúvidas no trato com os filhos. Para buscar modificações na situação dos adolescentes num mundo tão conturbado como o atual, é de fundamental importância pensar o adolescente na família e não isoladamente, o que aponta para uma atuação com o jovem e com o núcleo ao qual pertence, estabelecendo o que se constitui como vulnerabilidade e como

possibilidades. Pela sua função de núcleo socializador da prole, o exercício da autoridade dos pais comporta tanto relações assimétricas, quanto complementares, e nem sempre tem se mostrado uma tarefa fácil estabelecer os limites do que é ou não negociável nas relações domésticas. Nesse sentido, atuar junto à família é favorecer o conhecimento sobre os recursos de que dispõe para ajudar os adolescentes e a si própria (Ribeiro & Ribeiro, 1993).

A sociedade contemporânea apresenta questões que não podem ser desprezadas para a compreensão do que se passa na vida privada, e aqui podemos ressaltar as relações entre gênero, entre gerações, as influências dos meios de comunicação, dos discursos e práticas médicas, pedagógicas, jurídicas. Assim, a família constitui um espaço de complexidade e não pode ser pensada de forma isolada e nem descontextualizada, na medida em que outras esferas intervêm na sua intimidade, retirando muitas de suas funções e impondo modelos de funcionamento normatizados e normalizadores. É importante perceber que tendemos a reconhecer como núcleo doméstico aquilo que nos é familiar, fruto de nossas experiências, o que inviabiliza o reconhecimento de referenciais diversos advindos de outros modos de existência. Naturalizamos modelos de relações e passamos a classificar o que se apresenta diante de nós como normal ou patológico, não levando em conta que a família se define pelas relações de sentido que consegue estabelecer entre seus membros (Szymanski, 1992). A questão é: o quanto potencializam ações que compatibilizam o reconhecimento de cada um e a

existência do próprio núcleo?

O conjunto de profissionais que atua com famílias precisa ter em mente que o discurso que fazemos sobre essa instituição, o modo como a encaramos, estabelece o sentido de nossa ação. Esse é o caminho para que possamos potencializá-la a enfrentar suas vulnerabilidades, sem reforçar os dispositivos de poder que atuam sobre elas, culpando-as. A questão está em como ouvimos os anseios e necessidades dos adolescentes em suas relações



com os pais, levando em conta o mundo em que se situam, seus compromissos e responsabilidades. O desenvolvimento de práticas com famílias envolve não só as questões sobre a ampliação de suas condições concretas de existência, como a representação que temos delas e o modo como elas próprias se vêem.

Elas constroem uma idéia de si, no enfrentamento de suas experiências, mas também a partir de como delas se falam. A expressiva desigualdade social produz marcas profundas na auto-imagem de grande parte da população que se apresenta nos serviços públicos, isto porque a inferioridade naturalizada, a imagem de núcleo doméstico incompetente, incompleto, faz com que acreditem menos nas possibilidades de contribuir para criar saídas, ficando mais fragilizadas frente aos discursos instituídos sobre elas.

Direitos e afetos compõem uma noção de família, que

possibilita pensar em um projeto mais democrático de sociedade, implicando serviços que têm como desafio a construção de uma cidadania ativa, em que reivindicações de si e dos outros estão em pauta, produzindo alternativas compartilhadas entre profissionais e comunidade assistida. Assim, interessa-nos indagar em relação às famílias: quais suas questões e que iniciativas vêm adotando para o enfrentamento das problemáticas que surgem no dia-a-dia? Que experiências vêm fortalecendo os seus vínculos internos e com a comunidade, auxiliando na formação de redes solidárias?

A educação escolar, para grande parte da população brasileira, produz um conjunto de relações marcadas pela tensão, descontinuidade e desvalorização das crianças e dos adolescentes que nela ingressam. O que ocorre é um desencontro entre as esperanças construídas pelas famílias em torno do valor da escola e as aspirações juvenis – ascensão social, melhoria das condições de vida. Para o jovem, o desencontro das expectativas iniciais gestadas na família e a experiência cotidiana vivida nas escolas, que nega essas aspirações, pode gerar desinteresse, indisciplina e violência, na medida em que a trajetória na escolarização gera insucesso e exclusão. Dependendo do seu modo de funcionamento, a escola pode ou não vir a contribuir para a estruturação efetiva de referências e a questão está na sua capacidade de propiciar arranjos que assegurem um conjunto de relações sociais significativas para os adolescentes e suas famílias (Patto, 1993).

Em sua forma de funcionamento tradicional, a escola não

vem agenciando uma ação socializadora sobre grande parte de seus alunos, crianças ou adolescentes, que mantêm, antes, uma relação hierárquica de distanciamento construída na condição de aluno. Porém, é importante evidenciar que tal perspectiva não incide somente sobre o aluno, pois o modo de gestão e a organização do processo de trabalho escolar estão atravessados pela exclusão do próprio professor, que não interfere nas regras de seu próprio ofício. Se está na relação professor-aluno grande parte das expectativas de inserção do aluno e de mudanças no processo de ensino-aprendizagem, é de fundamental importância que o professor possa conquistar um outro lugar no interior da escola (Machado & Souza, 1997). A questão não se reduz, então, a sugerir um novo/velho aparato técnico para o cotidiano educacional. O desafio é a gestão coletiva do sentido da vida escolar, ou seja, da política que orientará aquela comunidade e o processo de ensino-aprendizagem a partir do qual serão estabelecidos os objetivos do trabalho, o modo de funcionamento dos dispositivos criados e a dinâmica de relação e intervenção dos diferentes segmentos.

A mudança no sistema educacional tem que partir da resignificação de conceitos como *cooperação*, *autonomia* e *eficiência*, que hoje estão baseados em concepções imediatistas vinculadas à lógica empresarial. Tais conceitos são utilizados para acelerar processos de mudança, mas trazem como correlato a segregação, o desprestígio e a precarização da tarefa docente. O ato de cooperar, que deveria estar ligado a uma prática coletiva construída através da análise da realidade, de seus conflitos e

da elaboração de alternativas, está vinculado à execução de tarefas. A autonomia dos indivíduos é uma construção que tem início no processo de autonomização dos grupos que, pelo exercício ético-político de suas práticas, criam sentidos comuns para seu fazer. A eficiência esperada a partir da burocracia funcional não está na qualidade do processo, mas vinculada à competitividade e à racionalização que, na prática, se traduzem pelo menor tempo e menor custo em obter o máximo de resultados, sendo que estes se referem às estatísticas de aprovação. Desse modo, a mudança da realidade escolar está implicada com a possibilidade de um trabalho institucional na escola, cuja meta está na organização de processos de análise e discussão com os diferentes segmentos, sobre as condições de trabalho, seus efeitos para a saúde/adoecimento, constituição de projetos, contextualização das práticas, em fim, no estabelecimento de um processo de gestão coletiva, que articule direitos e afetos da comunidade envolvida (Rocha, 2001).

Para falarmos de saúde de educadores, de alunos e de familiares, é fundamental mapear a noção de *saúde* de forma mais aprofundada. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde não se caracteriza unicamente pela ausência de doença, mas implica um estado de bem-estar físico, mental e social integral. A partir dessa perspectiva, Dejours, Dessors e Desrioux (1993) questionam o que seria um estado de completo bem-estar, tendo em vista ser humanamente impossível atingir tal ponto de plenitude. Mais fecundo seria pensar a saúde como um objetivo a ser atingido. Dejours e colaboradores ressaltam a

variância a que estão submetidos os organismos humanos e, portanto, que não há nada de fixo ou de constante em um organismo vivendo normalmente, mas um constante movimento. A saúde não pode ser descrita como um estado ideal, uniforme, mas como a busca permanente de mobilização das forças ativas, das energias necessárias para viver. Desse modo, falar em saúde é falar de uma sucessão de compromissos que assumimos com a realidade, e que se alteram, que se reconquistam, se definem

a cada momento. Saúde é um campo de negociação cotidiana para tornar a vida viável.

Se a promoção de saúde dos educadores está diretamente ligada à organização do trabalho, pois dela dependem a viabilização das alternativas de atuação dos trabalhadores e a reapropriação do saber e do poder decisório do



trabalho, isso não é diferente para os trabalhadores dos serviços de saúde.

Reconstruindo modos de funcionamento na saúde

A construção de relações entre os membros de um serviço tem início no estabelecimento dos problemas comuns, na aglutinação de profissionais e de idéias e na análise coletiva do cotidiano. É com a perspectiva de conhecer e articular novas

questões que se consolidam vínculos que possibilitam buscar outras vias de ação. Assim, a problematização coletiva das questões deve nortear as práticas da equipe multidisciplinar (incluindo também os profissionais de nível médio e elementar) frente às diferentes demandas individualizadas ou institucionais, norteadas por novas relações com a família, com a escola e com outros grupos institucionais. Não se trata somente de conhecimentos e habilidades a dominar, ou seja, de competências específicas a desenvolver, mas, antes de tudo, de viabilizar um trabalho de equipe que possibilite uma metodologia de ação que permita ao grupo estabelecer metas, buscar novas informações, análises e soluções para as problemáticas permanentemente construídas (Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, 1999, 2000). Alguns fatores ajudam na organização dessa metodologia:

- compreender a dimensão ampliada do conceito de saúde e o da origem multifatorial dos agravos à saúde;
- identificar as principais problemáticas de saúde na região, buscando informações sobre seus determinantes e agentes possíveis de saúde. Todos os trabalhos realizados com adolescentes precisam ter uma extensão do projeto aos familiares. A organização de grupos de discussão com famílias atingidas pelas problemáticas em análise favorece as trocas de experiência e a organização de redes solidárias que, em muitos casos, passam a recorrer aos especialistas apenas como suporte para as ações e não mais como intermediadores permanentes de relações;
- considerar a diversidade sociocultural dos adolescentes

e de suas famílias no desenvolvimento das ações. Isso é conseguido muito mais facilmente pela organização de grupos de trabalho e discussão, abordando as diferentes questões atravessadas nas vidas dos jovens e focalizando os modos singulares de viver e lidar com as experiências;

- criar mecanismos de capacitação continuada da equipe, visando ao aperfeiçoamento das práticas, favorecendo as trocas de experiências e conhecimentos entre serviços e regiões;
- desenvolver propostas para a formação de multiplicadores, ou seja, informar-se para informar, aprender a prevenir para ensinar a prevenção, abrindo espaço para a formação de novas redes.

Essa é uma necessidade devido ao acúmulo de trabalho delegado aos serviços de saúde. Quando uma escola, por exemplo, faz solicitações pontuais, como atendimentos ou palestras, seria importante, a partir dessas demandas, constituir, com os educadores da região, uma formação operativa (oficinas, estágios, trabalhos coletivos teórico-práticos) que permita a multiplicação de agentes na consolidação de mecanismos propiciadores de saúde. Quando os profissionais do serviço não têm os recursos humanos e materiais para o desenvolvimento de ações multiplicadoras, é fundamental o estabelecimento de parcerias com secretarias municipais e estaduais, com organizações não-governamentais e grupos organizados como estratégias pertinentes para o desenvolvimento da ação;

- desenvolvimento de uma política de atendimento com critérios visíveis, estabelecidos coletivamente por todos os que

fazem parte do processo;

- finalmente, o estabelecimento de processos avaliativos periódicos é de importância vital para a qualidade de vida nos próprios serviços. Questões como: O que vem funcionando como potencializador do trabalho articulado? O que faz com que muitos projetos fracassem? Quais as ressonâncias importantes dos diferentes projetos de ação no serviço e de intervenção em outras instituições?

Nas experiências em curso em diversos serviços, tem sido por intermédio da construção de redes de multiplicadores—

adolescentes, familiares, escolas e profissionais de diferentes qualificações e funções, o que mais vem constituindo uma solução para o acúmulo de trabalho e os agendamentos infundáveis de cuidados. O que podemos verificar é que a mola propulsora dessas iniciativas está na fala, na socialização de informações, na circulação das ações e das emoções. A possibilidade do exercício



permanente de práticas solidárias, na construção de parcerias, na saída do isolamento e da fragmentação intra e extra muros, possibilita a ampliação de recursos materiais e humanos para o enfrentamento das adversidades presentes na vida contemporânea. Para o trabalho com os adolescentes, nada mais

importante do que uma ação cuja base real é uma rede de ações integradas.

A constituição de várias iniciativas cidadãs que pressupõem uma participação ativa politicamente, ou seja, que atuam na definição do sentido das práticas e não somente na execução de atividades, criando redes interpessoais e interorganizacionais, é o palco fecundo para a gênese, difusão e fortalecimento de novos valores.



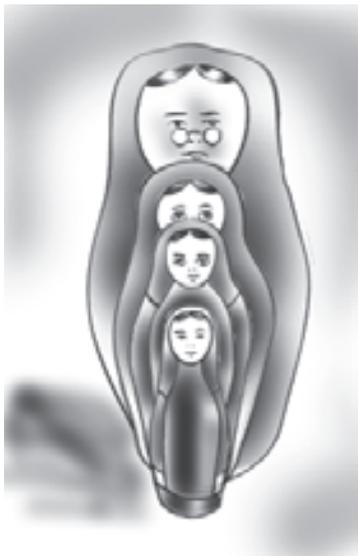
Referências

- Castro, L. R. (Org.). (1998). *Infância e adolescência na cultura do consumo*. Rio de Janeiro - RJ. Nau.
- Dejours, C., Dessors, D. & Desriaux, F. (1993). Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*, 33, 99-101.
- Machado, A. M. & Souza, M. P. R. (1997). *Psicologia escolar: Em busca de novos rumos*. São Paulo - SP. Casa do Psicólogo.
- Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente. (1999). *Catálogo Projeto Prisma. Região Sudeste* (2 ed.). Brasília - DF. Ministério da Saúde/NESA/UERJ.
- Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente. (2000). *A saúde de adolescentes e jovens. Uma metodologia de auto-aprendizagem para equipes de atenção básica de saúde*. Brasília - DF. Ministério da Saúde/NESA/UERJ.
- Patto, M. H. S. (1993). *A produção do fracasso escolar*. São Paulo - SP. Queroz.
- Ribeiro, I. & Ribeiro, A. C. (1993). *Família e desafios na sociedade brasileira. Valores como ângulo de análise*. Rio de Janeiro - RJ. Centro João XXIII.
- Ribeiro, I. & Ribeiro, A. C. (Orgs.). (1995). *Família em processos contemporâneos: Inovações culturais na sociedade brasileira*. São Paulo - SP. Loyola.
- Rocha, M. L. (2001). Educação e saúde: Coletivização das ações e gestão participativa. Em I. M. Maciel (Org.), *Psicologia e educação: Novos caminhos para a formação*. Rio de Janeiro - RJ. Ciência Moderna.
- Szymanski, H. (1992). *Trabalhando com famílias. Cadernos de Ação, 1*. São Paulo. CBIA.
- Valla, V. V. & Stotz, E. N. (Orgs.). (1996). *Educação, saúde e cidadania* (2 ed.). Petrópolis - RJ. Vozes.

Capítulo III

O psicólogo e a ação com o adolescente

Monalisa Nascimento dos Santos Barros



Existem inúmeros psicólogos atuando com adolescentes na rede pública de saúde do país. Entretanto, até o momento, não há uma normatização ou organização comum ao funcionamento e às possibilidades dessa assistência. Romano, em 1999, avaliando os dez anos de inserção do psicólogo na rede hospitalar, afirmou que “a instituição continua com interesse

no psicólogo, mas ainda não sabe o que pedir, o psicólogo não sabe o que oferecer” (p. 19).

O psicólogo é um profissional de saúde, mais especificamente, de saúde mental, independente do âmbito de sua ação. Entendido que a noção de saúde mental se destina à otimização da qualidade de vida das pessoas, através da consideração dos fatores emocionais que agem contra ou a favor do seu bem estar psíquico e, portanto, da sua vida como um todo.

A influência dos fatores psicológicos, sociais e culturais nas doenças, no adoecer e nos conflitos é cada vez mais evidente e aceita pelos diversos profissionais de saúde e pela comunidade. O próprio conceito de saúde vem sendo reformulado, pois ser pessoa não é simplesmente ter saúde, mas é saber enfrentar saudavelmente a doença e a saúde.

O conceito de saúde proposto pela OMS como “um estado de bem estar total, corporal, espiritual e social e não apenas a inexistência de doença ou fraqueza” é praticamente inalcançável. Dificilmente alguém pode se considerar nesse estado de bem-estar total.

Preferimos o conceito que Leonardo Boff (1999) nos apresenta em seu livro “Saber Cuidar”. “Saúde não é a ausência de danos. Saúde é a força de viver com esses danos. Saúde é acolher, amar a vida assim como ela se apresenta, alegre e trabalhosa, saudável e doentia, limitada e aberta ao ilimitado que virá além da morte. O que significa cuidar do corpo” (p. 29). Alguns chamam a isso resiliência, que é a capacidade de manter-se saudável em condições desfavoráveis.

O psicólogo que atua na rede de saúde pública precisa

estar convicto do seu papel e da importância da sua assistência. Nesse texto, não queremos oferecer uma linha de ação ou uma abordagem teórica a ser seguida. Apresentaremos diversos tipos de intervenção norteadores do trabalho do psicólogo que atua na rede de saúde pública com adolescente, sem necessariamente indicar um arcabouço teórico a ser adotado pelo mesmo.

O enquadre

O enquadre é definido como a soma de todos os procedimentos que organizam, normatizam e possibilitam o funcionamento do atendimento. O enquadre (*setting*) terapêutico tem sido uma grande questão nos serviços de saúde pública. Em geral, os serviços mal dispõem de uma sala, mesa, cadeiras e armário. Toda a rotina conhecida é a do atendimento médico. Os auxiliares de enfermagem, na maioria das vezes, se sentem autorizados a abrir a porta sob qualquer pretexto. Não há normatização específica, até o momento, quanto ao registro em prontuário que, normalmente, é compartilhado com outros profissionais e permanece no arquivo geral da unidade, com acesso franqueado a diversos funcionários.

É necessário estabelecer uma delimitação de papéis e posições entre o que é desejável e o que é possível. A presença, ainda nova em alguns lugares, de profissionais de psicologia, faz com que seja requerido desse profissional certo grau de delicadeza em delimitar seu espaço e conquistar conforto básico para o atendimento específico da sua clientela.

Algumas sugestões podem facilitar esse trabalho: criar um código de acesso para o auxiliar, registrar no prontuário apenas o que seja relevante aos demais membros da equipe, mantendo um registro da assistência prestada, criar um outro registro do atendimento -mais aprofundado- que ficaria sob responsabilidade do próprio psicólogo. Não podemos nos esquecer de que esse é o *setting*, onde se reexperimentam e ressignificam fortes, antigas e atuais experiências emocionais e precisa ser planejado e cuidado adequadamente.

Orientação e aconselhamento

O aconselhamento é uma prática de promoção de saúde que favorece uma reflexão do indivíduo, tornando-o sujeito ativo do processo de prevenção e cuidado de si. Constitui uma ferramenta de educação para a saúde, pela qual o adolescente é levado a refletir sobre seus problemas, encorajado a verbalizar suas dúvidas e receios e a identificar situações de vulnerabilidade e risco.

“O aconselhamento é um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no adolescente. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando ao resgate dos recursos internos do adolescente para que ele mesmo tenha possibilidade de reconhecer-se como sujeito de sua própria saúde e transformação” (Coordenação Nacional de DST/Aids, 1997, p. 11).

O processo de aconselhamento implica apoio emocional,

troca de informações sobre prevenção e tratamento e favorece a reflexão acerca de atitudes e condutas, com avaliação de riscos e planejamento de ações que objetivem a redução desses riscos. Como não pressupõe uma continuidade sistemática, pode ser oferecido à livre demanda. Esse tipo de assistência é muito bem recebido por parte do adolescente, que é encorajado a procurar o serviço quando tem qualquer dúvida sobre a sua saúde física ou emocional, na ocorrência de um conflito ou necessidade de escolha ou no surgimento de alguma patologia.

No âmbito da saúde pública, essa é a intervenção com maior demanda, uma vez que pode ser oferecida a qualquer usuário do serviço. Antecede o estabelecimento do vínculo psicoterápico e favorece a adesão ao serviço e/ou tratamento, além de permitir a redução do nível de estresse. É mais comumente utilizada nas situações de revelação de diagnóstico e quando a mudança de comportamento do adolescente é fundamental para a eficácia terapêutica.

“O aconselhamento se pauta em uma relação de confiança entre o profissional e o usuário e se estabelece por meio de uma atitude de escuta e de uma comunicação clara e objetiva. Trata-se de uma relação interpessoal, face a face, orientada para o apoio de ordem emocional e a transmissão de conteúdos informativos e preventivos de maneira a serem apropriados e gerenciados por cada adolescente segundo suas vivências e singularidades” (Coordenação Nacional de DST/Aids, 1999b, p. 11).

É uma abordagem não-interpretativa e centrada na pessoa, pautada na não-diretividade e na mudança de

comportamento. É uma relação dual, parte de um processo e pode se desenvolver por várias sessões, não se reduzindo, necessariamente, a uma única intervenção. O aconselhamento é uma ferramenta extremamente útil em qualquer serviço de saúde, pois resgata o adolescente para o centro das questões relativas à sua vida e à sua saúde.

Psicoterapia individual

O atendimento psicoterápico em saúde pública está na dependência da demanda espontânea do adolescente e/ou solicitação de outros profissionais, podendo ser de longa ou curta duração. Entretanto, é mais comum o estabelecimento de pro-



cessos de curta duração, talvez pela especificidade do atendimento público ou por questões de enquadre ou mesmo pelo excesso de demanda.

Faz-se necessária uma compreensão mais aprofundada do que é psicoterapia de curta duração. “O tempo no nosso contexto não é um nome, uma medida; é um processo, a pessoa é

senhora e, não, vítima de si mesmo e o inconsciente não é estático, é dinâmico” (Ribeiro, 1999, p. 16). Não podemos confundir curta ou longa duração com menos ou mais profundo ou

mesmo com pouco ou muito efetivo. Quanto à abordagem teórica a ser adotada, existe uma vasta literatura acerca das mais variadas técnicas psicoterápicas.

Estando habilitado, o psicoterapeuta, de qualquer abordagem, facilitará ao adolescente apropriar-se de sua doença e compreender que o curso do adoecer depende única e exclusivamente de suas atitudes, ou seja, é a promoção da ampliação de suas possibilidades de autocompreensão e determinação. As ações podem ser focais, mas não devem de modo algum preterir de profundidade nem de qualidade.

A psicoterapia é uma intervenção mais profunda e sistemática do que o aconselhamento, pressupondo vínculo com o psicoterapeuta e/ou instituição e pedido de atendimento por parte do adolescente. Na psicoterapia, há sempre a necessidade de facilitar ao adolescente reconhecer as “máscaras” que o impedem de manter contato genuíno com os outros e com as suas necessidades mais profundas. Ter respondido à pergunta sobre qual é o contexto da sua existência que faz com que em determinado momento uma motivação ou comportamento prevaleça sobre os demais o ajuda a encontrar-se com o seu desejo. Entretanto, reconhecer a existência de máscaras nem sempre serve para retirá-las. Algumas necessitam ser mantidas.

“Desmascarar” as causas e os motivos psicológicos subjacentes não é o foco principal. É mais importante considerá-los em relação àquilo que, na existência humana, precisa manter-se “escondido”, pois é profundo, misterioso e talvez vulnerável demais para ser exposto diretamente à luz da consciên-

cia” (Hycner, 1991, p. 58).

Hycner (1991) fala, ainda, da coexistência do que pode ser revelado e do que deve ser escondido como uma condição humana, e que a patologia ocorre quando há um desequilíbrio entre essas duas dimensões.

Na psicoterapia com adolescentes, é preciso ficar claro com quem está o vínculo. Quando o adolescente vem trazido pelos pais, pode haver a desconfiança de que o vínculo foi estabelecido com os adultos, o que compromete o processo psicoterápico. Outra especificidade é o reforço da garantia de confidencialidade, pois, em geral, esse serviço é o mesmo frequentado por seus pais, parentes, amigos do bairro, o que pode ser uma fonte de ansiedades e fantasias.

Monitoramento e avaliação psicológica

O monitoramento é feito através de entrevistas psicológicas com o adolescente, acompanhado pela equipe, com intervalos de três, quatro, seis meses, dependendo da necessidade dos membros da equipe e da patologia tratada. As entrevistas, em geral, são solicitadas pelos outros profissionais e têm como objetivo verificar a ocorrência de outras patologias, principalmente psiquiátricas e/ou neurológicas.

Equivaler a uma avaliação psicológica intermitente com uso ou não de testes psicológicos. Não pressupõe vínculo terapêutico duradouro ou demanda para psicoterapia. Às vezes, o adolescente não tem uma demanda para psicoterapia,

mas vem sendo acompanhado regularmente pela equipe do serviço da qual o psicólogo faz parte. Nesses casos, a consulta com o psicólogo não garante uma continuidade a intervalos pequenos como numa psicoterapia, mas consultas espaçadas podem contribuir para a elaboração de um plano terapêutico, por parte da equipe, de forma mais eficaz.

O monitoramento pode promover o entendimento dos co-fatores que aumentam a predisposição ao desenvolvimento de quadros patológicos outros e possibilitar o encaminhamento do adolescente para o acompanhamento do profissional devido. Esse tipo de intervenção psicológica é bastante útil no trabalho de equipes interdisciplinares e enriquece o entendimento da patologia, além de ampliar a compreensão sobre o adolescente.

Trabalho com grupos

Um grupo pode ser operativo, psicoterápico, de apoio ou comunitário. Independente do tipo, algumas características comuns podem ser descritas. É preciso que o coordenador estabeleça os critérios de seleção dos indivíduos que comporão o grupo (idade, interesse, patologia, sexo, escolaridade, etc.), atendendo para o fato de que uma motivação frágil pode acarretar uma participação pobre ou um abandono prematuro. O enquadre, horários, duração dos encontros e frequência precisam estar estabelecidos. Questões como: ser heterogêneo ou homogêneo, fechado ou aberto, duração limitada ou ilimitada, número máximo de participantes, precisam estar definidas antes do iní-

cio do funcionamento do grupo.

O psicólogo deve ter clareza sobre o que pretende com o grupo e como este será operacionalizado, sob pena de não ter seu objetivo alcançado e colocar-se num clima de confusão e mal entendido. Quando se trata de trabalhos com adolescentes, isto pode ser ainda mais comprometedor, uma vez que, para eles, o psicólogo representa uma figura que detém o saber e coordena o grupo, o que por si só já acarreta resistências e críticas.

Na condução do grupo, o psicólogo deve manejar as resistências, as transferências, os *acting-outs*, estar atento aos



papéis e vínculos estabelecidos e, no caso do grupo terapêutico, contar com a atividade interpretativa como seu instrumento. O condutor precisa ser continente e

ter capacidade de integração, síntese e liderança.

Os adolescentes já têm uma forte tendência a agrupar-se. Estão freqüentemente em turmas, senão em gangues. O grupo funciona como um objeto e espaço transicional. A turma propicia a formação da identidade e é intermediária entre a família e a sociedade. A tendência a agrupar-se pode, ainda, esconder o temor às críticas diretas. O grupo seria, portanto, uma proteção. Eles confiam muito nos valores de seus pares e assim reasseguram a auto-estima com base na imagem que os

outros lhes remetem.

O trabalho de grupo propicia um jogo de projeções e introjeções que pode facilitar a adesão dos adolescentes ao atendimento e fazer com que se sintam mais fortes e unidos uns aos outros. “Adolescentes apresentam uma resistência menor à abordagem grupal. (...) O trabalho de grupo é a técnica psicoterápica de mais ampla possibilidade na adolescência” (Zimmerman & Osório, 1997, p. 329).

O trabalho de grupo pode, ainda, ser entendido como uma forma de socializar mais a prestação do serviço do psicólogo, uma vez que permite atender a um número maior de pessoas em um contexto de serviço, muitas vezes, estrangulado pela alta demanda. O aproveitamento maior dos serviços existentes para o desenvolvimento dos trabalhos de grupo atenderia a uma inquestionável necessidade da comunidade.

**Grupo de promotores de saúde/adolescentes
multiplicadores/protagonistas
juvenis ou grupo de pares**

Para ampliar os fatores de proteção à saúde entre os adolescentes, o Ministério da Saúde, através da Área de Saúde do Adolescente, encontrou na educação para a saúde a linha mestra de suas ações voltadas para esse segmento populacional. Desde 1991, a capacitação de adolescentes como educadores em saúde para que desenvolvam ações de promoção e prevenção mostrou-se uma estratégia das mais eficazes (Ministério

da Saúde, 2002).

O modelo teórico-metodológico utilizado na educação para a saúde tem como foco central o desenvolvimento da pessoa, apoiado no conhecimento de si mesma, na auto-estima positiva e na utilização do potencial criativo onde se busca a transformação social e as mudanças de atitudes e comportamentos individuais que levam ao autocuidado e à percepção da necessidade de adotar um estilo de vida de baixo risco.

Esse entendimento e prática é o fundamento da noção de promoção de saúde. “A promoção de saúde se concretiza através do acesso ao conhecimento que leve o indivíduo a compreender sua inserção na sociedade e as multi-determinações da constituição da sua existência, possibilitando uma atuação que aponte para uma compreensão/conhecimento do mundo” (Contini, 2001, p. 92).

Fica cada vez mais evidente que a educação de pares otimiza os efeitos de qualquer programa que tenha como foco o adolescente. Há um potencial enorme na força produtiva e criativa dos jovens para a promoção à saúde de seus pares. A coordenação de grupos promotores de saúde pode ser uma via de acesso a um trabalho preventivo extramuros, com grandes ganhos para a comunidade.

As lideranças adolescentes são, em geral, vistas como exemplos por seus colegas. A idéia de capacitar adolescentes para desenvolver atividades educativas em prevenção e promoção de saúde junto aos seus colegas da escola e da comunidade surgiu como uma solução para a abordagem aos jovens.

É importante que essas atividades sejam percebidas pelos adolescentes como relevantes e úteis para promoverem uma mudança de comportamento. Os adolescentes, em geral, têm dificuldades em ver o comportamento de risco sobre o mesmo prisma dos adultos. O grupo de adolescentes deve se submeter a uma seleção e, logo após, receber uma capacitação específica na área de atuação requerida (prevenção de drogas, prevenção de DST/Aids, prevenção de gravidez na adolescência, redução de danos etc.). A capacitação não deve ser exclusivamente técnica, mas deve levar em consideração e aprofundar o seu sentir/pensar/querer e agir. Deve incluir técnicas de comunicação e exercício de dramatização de situações difíceis a serem enfrentadas nas ações educativas na comunidade.

O trabalho dos jovens multiplicadores deve ser desenvolvido em duplas ou grupo, porque assegura uma compensação nas possíveis lacunas de conhecimento que eles possam ter. A supervisão deve estar prevista no programa a ser desenvolvido e o coordenador deve manter uma agenda com encontros regulares com o grupo de multiplicadores. Esses encontros servem para aprofundar o conhecimento, discutir as ações e suas dificuldades e facilidades, e fortalecer o compromisso do grupo, além de avaliar os resultados.

Os adolescentes que participam de programas como esses vêem favorecido o seu amadurecimento emocional, elevada a sua auto-estima e facilitada a formação de líderes na construção de um jovem cidadão.

Suporte emocional à família/comunicantes

A família é um sistema dinâmico e auto-organizador. Define fronteiras, norma de funcionamento e estabelecimento de papéis. A cada modificação individual ou das condições externas ou internas corresponde um reajuste de papéis. Se há uma patologia ou conflito que demande o atendimento do mem-



bro adolescente por parte do serviço, a família tende a desenvolver mecanismos de defesa que podem ir desde um sentimento de culpa, punição e incapacidade até a mudanças nos papéis familiares, sentimento de perda do controle, ameaça, isolamento ou desinteresse reativo. Esses mecanismos estão freqüentemente

associados ao incremento da ansiedade e à dificuldade de compreensão e colaboração com o processo terapêutico.

Há um papel reconhecido da família no processo de adoecer. A ansiedade familiar será maior se a instalação da patologia/conflito se deu de forma súbita, se há incerteza quanto ao prognóstico ou mesmo quanto à duração da crise. “Na realidade, doença, hospitalização, procedimentos diagnósticos, terapêuticos e/ou cirúrgicos ameaçam o sistema familiar, seus papéis, seus canais de comunicação” (Romano, 1999, p. 74).

Na estrutura de funcionamento dos serviços de saúde

pública, muito dificilmente encontramos um profissional que tome a família como seu tema. Sendo assim, freqüentemente, a interação com a família é percebida como estressante, limitada, insatisfatória. Não há espaço adequado para esse encontro, nem tempo disponível para ele. A falta de formação para lidar com a família pode ser determinante no excesso de escrúpulos ou mesmo na pouca importância dada a esse apoio.

O suporte à família deve aproximar a equipe multiprofissional daquelas pessoas que são responsáveis pelo cuidado direto ao adolescente, mas, dependendo de como é feita essa abordagem, pode facilitar ou dificultar a adesão ao tratamento e à compreensão das terapêuticas recomendadas. Uma abordagem adequada facilita a reestruturação cognitiva, aumentando a percepção, por parte da família, do apoio social e da própria equipe. Esse suporte pode ser oferecido através de aconselhamento ou de grupo de apoio, ajudando os familiares a perceber que não estão sós, reduzindo a ansiedade e facilitando a compreensão da doença/conflito/crise e dos cuidados a serem dispensados. No grupo de apoio aos familiares, o psicólogo condutor pode contar com a participação de outros profissionais. O grupo deve ajudar a identificar aqueles familiares que queiram algum tipo de acompanhamento individual, o que pode ser oferecido em dia e hora acordados.

O suporte familiar é um facilitador para a criação de vínculos entre a família e os adolescentes com o serviço. Não podemos esquecer que a doença/conflito é experienciado coletivamente e não individualmente, mas que o vínculo primordial

do psicólogo é com o adolescente que ele atende. Qualquer dúvida do adolescente de que esse vínculo esteja estabelecido com ele pode acarretar abandono do atendimento, ressentimentos e mal-entendidos.

Intervenção hospitalar

“O sujeito não vem sozinho ao hospital; com ele, vêm a doença, seus familiares e todas as implicações com relação a papéis, necessidades adaptativas, revisão de vínculos etc” (Romano, 1999, p. 21).

Na intervenção hospitalar, evidencia-se por demais a necessidade do trabalho multi-profissional. O psicólogo, no contexto do hospital, tem sua atenção focalizada no paciente e seus familiares. É seu interlocutor, um observador qualificado que vai ser um tradutor dos anseios do adolescente, das limitações de sua condição e das normas da instituição.

De acordo com Romano (1999), o psicólogo hospitalar deve interessar-se por quatro tipos de relações: da pessoa com ela própria (valores, condições sociais, procedência), da pessoa com os grupos (família, equipe e demais pacientes), da pessoa com o processo de adoecimento e internação e da pessoa consigo mesmo (demandas, anseios e fantasias).

O psicólogo, na instituição hospitalar, é um profissional fundamental para minimizar possíveis desencontros de informações na equipe, além de colaborar no fechamento do diagnóstico e nas escolhas de estratégias adequadas ao tratamento

e/ou no desenvolvimento do plano terapêutico.

De acordo com Lima (1994), o psicólogo hospitalar possui três níveis essenciais de atuação: o psicopedagógico, o psicoprofilático e o psicoterapêutico. No nível psicopedagógico, cabe ao psicólogo fornecer as informações precisas e simples sobre a enfermidade, os procedimentos a serem vivenciados. “Informar tudo o que está ao alcance do saber está protegido pelo princípio ético da autonomia” (Romano, 1999, p. 33). O nível psicoprofilático é freqüentemente consequência das ações psicopedagógicas, uma vez que o fornecimento de informações hábeis e adequadas favorece a redução do estresse e dissipa ou atenua as fantasias e o medo, reforçando sentimentos de cooperação, confiança e esperança. A intervenção no nível psicoterápico é a mais clara para o psicólogo, está definida na graduação e na prática clínica, mas esta não deve ser a única a ser utilizada. Independente do nível no qual ele atue, é importante fazer uma adaptação técnica do instrumental teórico, levando em conta a realidade institucional.

Assistência domiciliar terapêutica

Dentro de uma visão de assistência integral ao paciente, o Ministério da Saúde implantou o programa de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT). O programa é desenvolvido por equipe multiprofissional permanente de ADT – com pelo menos assistente social, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico e psicólogo.

O programa de ADT tem como objetivo proporcionar assistência integral aos pacientes, promover a melhoria da qualidade de vida e a adesão ao tratamento, reduzir a duração e a demanda de internação hospitalar, reduzir as infecções, estabelecer mecanismos de referência e contra-referência com hospitais e ambulatórios, desenvolver o papel do ‘cuidador’, reforçar os vínculos de familiares e amigos na assistência e convivência com o paciente acamado e organizar os recursos disponíveis, no que tange à saúde pública, promoção social e participação comunitária.



“Ao psicólogo cabe promover a melhoria das condições emocionais do paciente e do seu relacionamento com os familiares, amigos e comunidade, facilitando e ampliando a compreensão da doença e as suas implicações no dia a dia de cada um dos personagens do seu universo afetivo” (Coordenação Nacional de DST/Aids 1999a, p. 14).

Cabe ainda ao psicólogo a orientação à família quanto ao manejo adequado do adolescente e a facilitação da incorporação de voluntários para os cuidados dos adolescentes e seus familiares. Através desse acompanhamento, espera-se que o psicólogo possa identificar as demandas psicológicas do adolescente e familiares, observar e avaliar a dinâmica familiar e as suas formas de sociabilidade, elaborar um planejamento e

definir visitas de intervenção psicoterápica.

O psicólogo, como membro da equipe de ADT, responsabiliza-se pelo exercício do papel de facilitador da integração da equipe e da formação da rede de cuidadores na comunidade, podendo oferecer a estes apoio, supervisão e treinamento.

Trabalho com equipe multiprofissional

Há pelo menos dois olhares possíveis para quem trabalha em uma equipe multiprofissional. O primeiro, como membro, e o segundo como aquele que cuida dos cuidadores.

O psicólogo está inserido no grupo de profissionais e o trabalho da equipe multi-profissional suscita a discussão sobre como deve ser esse relacionamento. O psicólogo precisa de informações sobre a situação física do adolescente, a situação social, a rotina de exames e/ou terapias (fisioterapia, terapia ocupacional, serviços de enfermagem, etc.), sendo fundamental o intercâmbio de informações entre os diversos profissionais. Esse intercâmbio facilitará o tratamento psicológico e/ou médico, além de sensibilizar a equipe para os aspectos psicossociais que vêm favorecendo, impedindo ou dificultando a comunicação com o adolescente. As reuniões da equipe multiprofissional devem ser momentos de crescimento para todos os participantes, devendo ter sua frequência estabelecida por seus membros.

No trabalho em equipe dos serviços de saúde, é fre-

quente a ocorrência de desgastes (*burn-out*) que comprometem o envolvimento dos profissionais que atuam na assistência direta às pessoas, principalmente quando a assistência ocorre em situações específicas, por exemplo, UTI, serviço de assistência a renais crônicos, serviços oncológicos, DST/Aids etc.

Algumas intervenções do profissional de psicologia podem trazer grande melhoria na qualidade da assistência prestada. Reuniões, atividades de integração e capacitação de pessoal colaboram para o entendimento e a compreensão das causas do desgaste e na promoção de ações para minimizá-las.

Cuidar dos cuidadores exige também uma visão ampla dos diversos setores e de suas funções na unidade de serviço. “Através da compreensão do objetivo a que se destinam as diferentes unidades administrativas e físicas do serviço é possível identificar o tipo de contribuição, de ajustes metodológicos necessários para que seja eficiente e eficaz a atenção, bem como a contribuição do psicólogo” (Romano, 99, p. 27).

Participação no controle social

“Os esforços da comunidade constituem requisito fundamental para que os bloqueios que impedem as condições necessárias de saúde pública sejam desafiadas e enfrentadas” (Souza, 1987, p. 39).

Os psicólogos no Brasil têm, nos últimos anos, se envolvido cada vez mais nas questões de desenvolvimento comu-

nitário, ou seja, aquela visão estereotipada e elitista do profissional de consultório tem sido substituída pela do profissional comprometido socialmente, que tem uma responsabilidade com a comunidade, colocando o seu saber a esse serviço. Sendo assim, a participação nos organismos de controle social é apenas uma consequência dessa nova postura, mais coerente e dignificante da nossa profissão.

Mas o que é controle social? Esta expressão é utilizada para designar a influência do coletivo sobre as ações do Estado. É a capacidade de a comunidade interferir na gestão pública, orientando as ações e gastos públicos na direção dos interesses da mesma.

O psicólogo que atua na saúde pública tem os conselhos municipais e estaduais de saúde, de assistência social e dos direitos das crianças e dos adolescentes como campos de ação e de mecanismos de atuação social.

“A criação e fortalecimento de mecanismos de controle social e a democratização da gestão do fundo público se fazem urgente. (...) A saúde - condição vital - não pode ficar à mercê das leis do mercado. O SUS precisa ser retomado e consolidado” (Correia, 2000, p. 136).

O psicólogo tem um lugar a ocupar nesse processo; abster-se dele é reafirmar a estereotipização a que fomos relegados durante anos.



Referências

- Boff, L. (1999). *Saber cuidar. Ética do humano, Compaixão pela terra*. São Paulo - SP. Vozes.
- Contini, M. L. J. (2001). *O psicólogo e a promoção de saúde na educação*. São Paulo - SP. Casa do Psicólogo.
- Coordenação Nacional de DST/Aids. (1997). *Aconselhamento em DST/HIV e AIDS: Diretrizes e procedimentos básicos*. Brasília - DF. Ministério da Saúde.
- Coordenação Nacional de DST/Aids. (1999a). *Avaliação das ações de aconselhamento em DST/Aids*. Brasília - DF. Ministério da Saúde.
- Coordenação Nacional de DST/Aids. (1999b). *Diretrizes dos centros de testagem e aconselhamento, CTA: Manual*. Brasília - DF. Ministério da Saúde.
- Correia, M. V. C. (2000). *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro - RJ. Fiocruz.
- Hycner, R. (1995). *De pessoa a pessoa. Psicoterapia dialógica*. São Paulo - SP. Summus.
- Lima, A. M. C. (1994). O papel do psicólogo na instituição hospitalar. *Caderno de Debates Plural*, 3(8): 28-30.
- Ministério da Saúde. (2002). *Adolescentes promotores de saúde: Uma metodologia para capacitação*. Brasília - DF. Ministério da Saúde.
- Ribeiro, J. P. (1999). *Gestalterapia de curta duração*. São Paulo - SP. Summus.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo - SP. Casa do Psicólogo.
- Souza, M. L. (1987). *Desenvolvimento de comunidade e participação*. São Paulo - SP. Cortez.
- Zimmerman, D. E. & Osorio, L. C. (1997). *Como trabalhar com grupos*. Porto Alegre - RS. ArtMed.

Parte II

O momento da adolescência: Práticas em campo

Capítulo IV

Saúde sexual e reprodutiva

Monalisa Nascimento dos Santos Barros



A participação dos jovens e sua integração à sociedade requerem que eles estejam aptos a lidar com a vida sexual e reprodutiva de forma responsável e informada. “Atualmente, as necessidades e direitos dos adolescentes nessa área têm sido largamente ignorados pelos programas existentes e pela sociedade como um todo”

(Clairand, Damoiseau, Diaz, Merialdo & Nagalingon, 1991, p. 13).

A história da saúde sexual e reprodutiva no Brasil tem marco em 1983, quando as organizações feministas conquistaram uma importante vitória na formulação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tinha a perspectiva de integralidade, ampliava a atenção para além dos cuidados materno-infantis e incluía a educação para a saúde como um espaço para a construção da autonomia da mulher em relação a seu corpo e a sua sexualidade. Esse programa

nunca foi aplicado na íntegra, limitando-se à ampliação da oferta de contraceptivos.

Quando se fala de saúde sexual e reprodutiva, é comum restringir-se à oferta de serviços de planejamento familiar, de DST/Aids ou de pré-natal. Muito dificilmente encontramos no serviço público de saúde espaço para que as questões sexuais possam ser acolhidas, tais como dúvidas a respeito das práticas sexuais, queixas de disfunções orgásticas ou eréteis ou mesmo simples curiosidades. Mesmo o conceito de atividade sexual pode ter vários significados e implicar situações diferentes para cada adolescente. Enquanto para alguns a atividade sexual significa as poucas vezes em que ejaculou, para outros pode significar os primeiros jogos sexuais ou a primeira experiência sexual completa.

A atenção às doenças sexualmente transmissíveis passou a figurar como serviço efetivo com o advento da epidemia da Aids, principalmente pelo aumento do risco de contágio do HIV pelos portadores de DST comparado aos não portadores. “Apenas a partir de 1997 a coordenação Nacional de DST/Aids e a Coordenação de Saúde da Mulher demonstraram inte-

resse em trabalhar juntas, definindo estratégias comuns de integração DST/Aids e saúde reprodutiva, no sentido de mútua potencialização” (Villela & Diniz, 1998, p. 15).

Identidade, papel e orientação sexual

Todos os jovens passam pela grande aventura do desenvolvimento para alcançarem a autonomia. Os adolescentes não constituem um grupo homogêneo; a realidade é que eles crescem em diferentes culturas, o que torna necessário considerarmos formas variadas de alcançá-los. Jovens que lidam com diferentes situações têm diferentes necessidades.

A adolescência é a época da afirmação social da identidade e da consolidação da orientação sexual. Compreende-se por *identidade sexual* o sentimento e convicção interna de ser homem ou mulher. “A formação da identidade de gênero é um processo complexo que incorpora elementos conscientes e inconscientes associados ao sexo biológico e qualidades estabelecidas pela sociedade como adequadas à condição do masculino ou do feminino” (Baleeiro, Siqueira, Cavalcante & Souza, 1999, p. 70). Esse reconhecimento ou convicção dificilmente será modificado ao longo da vida. Baleeiro e colaboradores citam estudos que falam da existência de um ‘núcleo de base’ da identidade de gênero, que seria a condição biológica para adquiri-la, mas será a experiência sociopsicológica que vai favorecer a construção dessa identidade.

Os *papéis sexuais* estão mais na dependência de

padrões culturais e são os conjuntos de comportamentos e condutas esperadas do indivíduo, conforme seu gênero. Esses papéis modificam-se de acordo com a época, local e grupo, ainda que dentro de uma mesma cultura. Tem havido grandes mudanças nos últimos anos quanto aos papéis de gênero, mas ainda existem muitos estereótipos sendo perpetuados na educação (transferidos de pai para filho ou por instituições). Os estereótipos sempre acompanham a crise de identidade, e a necessidade de corresponder a eles pode gerar mais conflitos.

Ao direcionamento do desejo chamamos de *orientação sexual*. O desejo sexual pode ter como objeto pessoas do mesmo sexo (homossexualidade), do outro sexo (heterossexualidade)



ou de ambos os sexos (bissexualidade). A orientação sexual não pode ser a medida do valor de uma pessoa e não deve influenciar o julgamento moral de alguém. O adolescente deve compreender que, independentemente da escolha sexual, o mais importante é viver a sexualidade respeitando a si e ao outro. É muito comum

presenciar grandes sofrimentos psíquicos quando o comportamento do jovem não corresponde às expectativas sociais para o seu gênero. Sentimentos de angústia, rejeição, exclusão e menos valia estão presentes quando a crítica, o

deboche ou a recriminação não permite espaço para a discussão sobre a definição sexual e a elaboração interna desse processo. Quando os conflitos são profundos, a psicoterapia individual é um instrumento valioso. Outras vezes, o que o jovem precisa é apenas de um espaço para orientação e aconselhamento que facilite o recebimento de apoio para identificar sua orientação sexual e para encontrar a forma de integrar-se à sociedade, expressando-se plenamente. “... o maior sofrimento dos homossexuais masculinos e femininos é a clandestinidade gerada pelo preconceito e a intolerância para com a homossexualidade, cuja conseqüência é o medo terrível de se comunicar até com pessoas muito caras, como seus pais e amigos, sobre algo tão fundamental para a sua vida como é a vivência da sexualidade” (Sales, 2000, em Pinto & Telles, 2000, p. 42).

Há muitos anos, a homossexualidade foi retirada da classificação das enfermidades pela Organização Mundial de Saúde. O Conselho Federal de Psicologia considera que a forma como cada um vive a sua sexualidade faz parte da identidade do sujeito e deve ser compreendido na sua totalidade, não constituindo a homossexualidade doença, distúrbio ou perversão e que o psicólogo pode e deve contribuir com o seu conhecimento para o esclarecimento sobre as questões da sexualidade, permitindo a superação de preconceitos e discriminações. Com essa visão, editou a Resolução 01/99 de 22.03.99, na qual resolve que:

“Art. 1º - Os psicólogos atuarão, segundo os princípios éticos da profissão, notadamente aqueles que disciplinam

a não-discriminação e a promoção e o bem-estar das pessoas e da humanidade.

Art. 2º - Os psicólogos deverão contribuir, com seu conhecimento, para uma reflexão sobre o preconceito e o desaparecimento de discriminações e estigmatizações contra aqueles que apresentam comportamentos ou práticas homoeróticas.

Art. 3º - Os psicólogos não exercerão qualquer ação que favoreça a patologização de comportamentos ou práticas homoeróticas, nem adotarão ação coercitiva tendente a orientar homossexuais para tratamentos não solicitados.

Parágrafo único – Os psicólogos não colaborarão com eventos e serviços que proponham tratamento e cura das homossexualidades.

Art. 4º - Os psicólogos não se pronunciarão nem participarão de pronunciamentos públicos, nos meios de comunicação de massa, de modo a reforçar os preconceitos sociais existentes em relação aos homossexuais como portadores de qualquer desordem psíquica” (Conselho Federal de Psicologia, 1999, Resolução 01/99, p. 2).

Sexualidade e educação para a vida

Apesar dos novos Parâmetros Curriculares Nacionais incluírem a sexualidade como tema transversal, muitas escolas ainda tratam o assunto como conteúdo de biologia ou ciências.

Tratar apenas dos aspectos biológicos da sexualidade é reduzi-la ao mecanismo reprodutivo e esvaziá-la de afeto. Como sugere Paiva (2000), o principal objetivo dos programas de prevenção “deve ser estimular e colaborar para a autoconstrução do sujeito sexual e do cidadão (com direitos a serviços públicos de qualidade e a tomar decisões informadas)” (p.51). Entendemos a educação para a sexualidade como indispensável para a construção da cidadania.

São possíveis ações educativas dentro das unidades de saúde, desde que não reproduzam o discurso moral e inibidor contrário à educação libertadora. As ações podem ocorrer intra ou extra muros. Dentro do serviço, algumas experiências com grupos de apoio têm trazido grandes avanços para a inclusão da sexualidade integral como tema de saúde pública.

“O simples fato de estar em grupo conversando sobre sexualidade parece ter uma função de ruptura do isolamento social reservado ao tema sexo. Em todos os grupos que acompanhamos, sem exceção, a frase mais falada espontaneamente pelas mulheres é: *‘só de perceber que eu não sou a única assim já é um grande alívio’*. A socialização das idéias, fantasias e dificuldades relativas à sexualidade parece exercer uma influência intensa no sentido de perceber que a própria sexualidade não é *‘estragada’*, *‘sem valor’* e nem *‘anormal’* perante as outras pessoas.” (Riechelmann, 1993, citado por Ribeiro, 1993, p. 301).

É muito comum a escola solicitar palestras sobre sexualidade, prevenção da gravidez na adolescência, prevenção das

DST/Aids e outras ao serviço de saúde. Não havendo outras ações, a palestra por si só tem pouco valor, ela se encerra em si mesma. Mas, se a palestra servir como contato com a comunidade, servir para diminuir as dúvidas e encurtar o caminho até o serviço de saúde, pode ser de grande valia. A palestra pode ainda ser substituída por um bate-papo ou mesmo por uma capacitação para professores ou grupo de jovens multiplicadores.

O psicólogo precisa ter abertura, receptividade e interesse pelo tema e ter a capacidade constante de rever sua atitude e seus conhecimentos para melhor lidar com a sexualidade dos outros. Uma educação libertadora deve favorecer a capacidade de o jovem cuidar da sua saúde e bem-estar sexual, deve problematizar situações referentes à sexualidade, promo-



vido uma discussão sobre atitudes, crenças e preconceitos e ajudando-o a encontrar soluções, transmitindo de forma clara e objetiva conteúdos que atendam as

demandas dos jovens e sobretudo encorajá-los a buscar o serviço e referenciá-lo quando necessário.

Disfunções sexuais na adolescência

Todas as pessoas têm o direito à autonomia sexual, ao prazer, à expressão sexual e ao cuidado com a saúde sexual disponível para a prevenção e tratamento de todos os problemas sexuais, preocupações e desordens. Esses direitos constam da Declaração dos Direitos Sexuais, aprovada durante o XV Congresso Mundial de Sexologia, ocorrido em Hong Kong (China) entre 21 e 27 de agosto de 1999. “A sexualidade está inscrita no corpo, permeada por pensamentos, afetos, fantasias, desejos e sonhos. Ela é construída na interação com o outro, com os modelos culturais e simbólicos” (Baleeiro, Siqueiro, Cavalcante & Souza, 1999, p. 59).

As disfunções sexuais são desordens psicossomáticas que tornam difícil para o indivíduo ter coito e/ou obter prazer durante este. No homem, observam-se três tipos de síndromes disfuncionais: impotência, que é uma falha na ereção, ejaculação retardada e ejaculação prematura, ambas constituindo problemas no controle do orgasmo. As disfunções sexuais femininas podem ser divididas em: vaginismo, que é um espasmo do intróito vaginal que impede a penetração, disfunção geral feminina (mais conhecida como frigidez) e disfunção orgástica.

Em todos os casos, é necessário pesquisar se o problema é primário (sempre existiu) ou secundário (passou a existir depois de determinado momento). As disfunções primárias tendem a ser predominantemente orgânicas, enquanto as secundárias, psicológicas. Exceções existem em ambos os casos.

Mesmo as disfunções de base orgânica têm reflexos psicológicos. É comum o usuário rebelar-se contra o diagnóstico de disfunção predominantemente psicológica, pois isso torna a afecção não visível e não pressupõe soluções externas a si mesmo (como tomar uma injeção, engolir alguns comprimidos, enfim, seguir uma prescrição). Exige, sim, uma reavaliação de posturas e a busca de solução em si.

O temor, o medo e a ansiedade, em geral, são algumas das grandes causas, em nível psicológico, das disfunções sexuais. As queixas mais frequentes na adolescência são a ejaculação precoce nos rapazes e a disfunção orgástica nas garotas. As primeiras experiências da vida sexual deixam, por vezes, uma marca decisiva e são comumente vinculadas a situações ansiogênicas. O temor em não corresponder às expectativas do outro, a insegurança, a cobrança social para a ocorrência do encontro sexual (mais comum nos rapazes) torna possível compreender como a relação sexual pode se transformar numa circunstância desfavorável e pouco prazerosa. Muitas vezes, os encontros sexuais ocorrem em lugares pouco adequados, e o medo de ser surpreendido por alguém é constante, assim como a culpa, presente em muitos casos. “O mundo adulto (pais e educadores) não lhes dá permissão clara para ter vida sexual ativa com relações genitais completas. Entretanto, a liberação dos costumes e a erotização da mídia estão estimulando os adolescentes a experimentar o sexo cada vez mais precocemente” (Baleeiro, Siqueira, Cavalcante & Souza, 1999, p. 191).

Discutir com os adolescentes sobre crenças ligadas à sexualidade e prover informações sobre a fisiologia da resposta sexual e dos sentimentos envolvidos podem minimizar inseguranças, constrangimentos e sentimentos de inferioridade e de culpa. É importante que eles distingam a decisão de manter relações sexuais da decisão de ter filhos. Ser livre é poder escolher! Agir preventivamente nessa fase pode evitar disfunções futuras e colaborar para que o jovem tenha a oportunidade de vivências sexuais positivas, que seja capaz de desfrutar criativamente da intimidade com o parceiro(a).

Anticoncepção na adolescência

Quando um jovem chega a pensar na anticoncepção, é porque já assumiu internamente que as atividades sexuais fazem parte da sua vida. É comum, no início da vida sexual, a dificuldade em assumir as atividades como naturais e até planejadas. Quando as relações ocorrem de forma inesperada, porque *'não deu para segurar'* ou *'foi coisa de momento'*, parecem menos carregadas de culpa.

Em se tratando de jovem com demanda para anticoncepção, precisamos deixar claro que não existe anticoncepcional totalmente seguro. Trabalhar com a atenção centrada no usuário exige informações claras sobre os métodos (como usar, seus efeitos e eficácia, etc.) para facilitar uma escolha livre e informada. Aspectos como idade, saúde, possibilidade econômica, frequência de relação sexual, sentimentos e dúvi-

das sobre a gravidez e eficácia do método devem ser considerados durante uma sessão de aconselhamento sobre anticoncepção. A orientação para a anticoncepção não deve deixar de enfatizar o envolvimento do parceiro na decisão e na responsabilidade da prevenção à gravidez.

Todos os métodos reversíveis (comportamentais, de barreira, hormonais ou intrauterinos) podem, com maior ou menor restrição, ser utilizados na adolescência. Entretanto, apenas os



preservativos masculinos ou femininos protegem também das DST/Aids. Como, em geral, os jovens não têm uma vida sexual regular, o preservativo, além da dupla proteção, contraceptiva

e contra as DST/Aids, tem a vantagem de ser usado apenas no momento do ato sexual.

Os métodos comportamentais - tabelinha, mucocervical e de temperatura - exigem abstinência sexual no período fértil. Esses métodos são pouco eficazes para a grande maioria dos adolescentes por causa da dificuldade em seguir suas regras. Muitas vezes, as relações sexuais ocorrem sem planejamento prévio, podendo coincidir com o período que deveria ser de abstinência implicando a quebra do uso do método. Embora a tabela ainda seja o método mais citado pelos adolescentes, os métodos de barreira devem ser estimulados.

Os métodos hormonais ou intra-uterinos exigem prescrição e acompanhamento médico. Recentemente, a anticoncepção de emergência foi incorporada à lista de anticoncepcionais reconhecida e distribuída pelo Ministério da Saúde aos serviços de planejamento familiar. É a contracepção realizada imediatamente após ocorrer uma relação sexual sem proteção para a gravidez. Para que tenha efeito, deve ser utilizada até 72 horas após a relação desprotegida, sendo mais eficaz nas primeiras 24 horas. Só deve ser usada em casos excepcionais. Se uma jovem necessitou usar anticoncepção de emergência, é um bom indício de que precisa ser reorientada para sentir-se segura no uso de meios de prevenção e proteção da sua saúde sexual e reprodutiva. Os métodos com contra-indicação absoluta na adolescência são os irreversíveis. Dificilmente o jovem tem maturidade emocional suficiente para decidir de forma definitiva o futuro de sua vida reprodutiva. Portanto, a laqueadura e a vasectomia não devem fazer parte do rol de opções para o adolescente.

Os seres humanos dão ao ato sexual outros significados além da reprodução, e cada um tem o direito de escolher o sentido que deseja para sua sexualidade. Para assegurar a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos, os serviços devem oferecer uma ampla gama de métodos contraceptivos e informações adequadas sobre eles. Com a quantidade de métodos disponíveis, informações claras, escolha livre e informada e espaço para a construção da identidade sexual, diminuem as chances para que a gravidez indesejada ocorra como subproduto

do prazer e do amor.

As conseqüências psicossociais, culturais e econômicas são maiores que as biológicas ao se considerar uma gravidez na adolescência. A atitude dos adultos e da sociedade frente à gravidez, os valores e recursos internos do garoto e garota, a condição social e educacional e, principalmente, o apoio familiar e/ou profissional serão o diferencial para a qualidade da vivência da gestação. Os maiores conflitos ocorrem no primeiro trimestre, quando da descoberta da gestação. É nesse momento que a garota vivencia situações de grande ansiedade que envolvem o conflito entre manter ou não a gestação, o receio da reação do pai da criança e dos familiares, o medo do abandono e a vulnerabilidade ao desenvolvimento de doenças de fundo emocional (principalmente depressão e sentimento de solidão). É grande a incidência de abandono real do parceiro (às vezes, também adolescente) e da ocultação da gestação por insegurança e temor, gerando falta de cuidados pré-natais regulares e fracasso e abandono escolar. As tentativas mal sucedidas de abortos clandestinos elevam a taxa de ocupação dos leitos das maternidades e favorecem o aumento da mortalidade e de doenças materno-infantis. Algumas ações do psicólogo podem fortalecer as redes de apoio na comunidade. No acompanhamento às jovens gestantes, deve-se buscar a inclusão do pai na assistência prestada, favorecer a vivência da paternidade/maternidade e promover discussões de gênero nos contextos público e privado. Muitas vezes, a intervenção do psicólogo pode facilitar o processo de comunicação entre jo-

vens casais, favorecendo-os a aumentar a capacidade de compartilhar sentimentos. A comunicação profunda é útil para o desenvolvimento de uma relação autêntica e essencial para a integridade e a saúde.

Doenças sexualmente transmissíveis

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) são doenças infecto-contagiosas provocadas por microorganismos (bactérias, vírus ou fungos) contraídas por atividade sexual com parceiro contaminado. Essas doenças podem ser evitadas ou diagnosticadas precocemente e tratadas. Os tabus e preconceitos fazem com que as pessoas evitem buscar cuidados especializados, o que pode determinar sérias conseqüências para a saúde. Nem sempre a doença é visível, existindo algumas em que o homem é apenas hospedeiro da bactéria e outras em que os sintomas na mulher são menos identificáveis que no homem. O risco de contaminação por HIV aumenta em até 18 vezes quando a pessoa já porta uma DST (Coordenação Nacional de DST/Aids, 1999 p.31).

Os adolescentes são vulneráveis às DST, particularmente as do sexo feminino. A grande maioria tem pouca informação a respeito das doenças e não utiliza adequadamente a camisinha. Além disso, os patógenos das DST podem penetrar mais facilmente através do muco cervical da adolescente. O cérvix da adolescente é mais susceptível à infecção por papiloma vírus humano (HPV), que causa câncer cervical, e à infecção

por gonococos e clamídia, que podem causar doença inflamatória pélvica e/ou esterilidade.

Quanto mais cedo se inicia a vida sexual, maior a possibilidade da troca de parceiros e maior o risco de contrair uma DST. Os adolescentes têm mais resistências a buscar a prevenção e o tratamento, preferindo, muitas vezes, buscar o balconista da farmácia ou fazer uso de paliativos. O tratamento inadequado pode mascarar os sintomas, aumentando as chances de complicações, como a infertilidade.

Na gestação, as DST podem trazer conseqüências também para o bebê, como é o caso da sífilis (que pode ser respon-

sável pela morte do bebê ou o desenvolvimento de graves defeitos físicos) e da gonorréia (que pode levar o bebê à cegueira). O atendimento a pacientes com DST visa a interromper a cadeia de transmissão de forma imediata e efetiva e a evitar complicações advindas das DST. Nesse aspecto, o psicólogo pode prover a orientação para a prevenção e discutir com



eles os comportamentos de risco. “É importante ressaltar que o provedor deve ter o máximo de cuidado e de sensibilidade ao tratar das DST com os adolescentes, por ser um tema que desperta muitas emoções e envolve sentimentos de medo, raiva,

vergonha, rejeição e negação” (SESAB, 1998, p. 290).

O maior desafio é fazer com que o jovem se perceba vulnerável frente às DST. O papel do psicólogo é de facilitador

do processo de reflexão e de tomada de decisão pelo adolescente.

Referências

- Baleeiro, M. C., Siqueira, M. J., Cavalcante, R. C. & Souza, V. (1999). *Sexualidade do adolescente*. Salvador - BA . Governo da Bahia e Fundação Odebrecht.
- Clairand, R., Damoiseau, P., Diaz, B., Merialdo, R. & Nagalingon, M. (1991, Julho). *Adolescent sexual and reproductive health*. Report of the workshop, CIE . Paris - França.
- Conselho Federal de Psicologia. (1999). *Resolução 01/99*. Conselho Federal de Psicologia . Brasília - DF.
- Ministério da Saúde (1999). *Prevenção e controle das DST/Aids na comunidade: Manual do agente comunitário*. Brasília - DF.
- Paiva, M. (2000). *Fazendo arte com a camisinha*. São Paulo - SP . Summus.
- Pinto, T. & Telles, I. S. (Org.). (2000). *Aids e escola: Reflexões e propostas do EDUCAIDS*. São Paulo - SP. Unicef e Cortez.
- Peres, C. A., Bessa, C., Gonçalves, E. M. V., Castro e Silva, R. & Paiva, V. (2000). *Fala educadora, fala educador*. São Paulo - SP. Organon, PEDST/Aids, GTPOS e Nepaids.
- Sales, I. C. (2000). Juventude e cidadania. Em T. Pinto & I. S. Telles (Org.), *Aids e escola: Reflexões e propostas do EDUCAIDS*. São Paulo - SP. Unicef, Cortez, Conselho Federal de Psicologia.
- SESAB. (1998). *Manual para prestação de serviços em saúde reprodutiva*. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, IHPiego Corporation, USAID. Salvador - Bahia.
- Riechelmann, J. C. (1993). A educação sexual no sistema de saúde. Em M. Ribeiro (Org.), *Educação sexual: Novas idéias, novas conquistas*. Rio de Janeiro - RJ. Rosa dos Ventos.
- Villela, W. & Diniz, S. (1998). *Epidemia da Aids entre as mulheres*. São Paulo - SP. Nepaids/CFSS.

Capítulo V

A questão da adolescência numa perspectiva “antimanicomial”

Rosalina Martins Teixeira



Em vários anos de atendimento em serviços públicos de saúde mental, temos assistido uma contínua e crescente demanda por tratamento de crianças e adolescentes. Inúmeras

famílias e escolas os encaminham na expectativa de que os psicólogos possam auxiliá-los em face dos freqüentes “fracassos escolares”, “distúrbios de comportamento”, “dificuldades cognitivas”, “levadeza”. Em geral, as escolas e familiares trazem também uma demanda de encaminhamento das crianças e jovens para as denominadas escolas especiais. Nesse caso, querem apenas que forneçamos um “passaporte”, sob a forma de um laudo, que lhes abra as portas para o requerido encaminhamento.

Não obstante o profissionalismo que nos incumbe e uma ética própria à profissão a nos impor um olhar específico sobre cada caso, com o tempo fomos levados a constatar também que a assiduidade da demanda e sua constante intensificação

estariam a denotar, no mínimo, uma certa impaciência social com a infância e com a adolescência, um “aborrecimento” social com essa etapa da vida. Concordar com isso e “psicologizar” o que pode ser considerado próprio à idade pode ser também uma forma de incluir os serviços de saúde mental numa lógica de contenção das liberdades e, mais que isso, uma forma de normatizar a vida na tentativa de produzir padrões cada dia mais estandardizados, cada dia mais empobrecidos.

Na nossa perspectiva, é inegável que a psicologia tem respondido a essa demanda por longos anos. Para tanto, incumbiu-se de definir “especializações” múltiplas que, para além de se prestarem ao atendimento dos casos que realmente se beneficiam com seus préstimos, impõem-se enquanto saberes genéricos sobre a vida jovem, como se fundassem ali uma síndrome da adolescência, espécie de um novo quadro nosológico.

Em posição contrária a isso, decidimos considerar que, como psicólogos, é também nossa função deixar de encarar a multiplicidade, a diferença e a busca de caminhos como desvios e arguir em que medida temos servido a uma imposição que

nos leva a “adoecer” e a “medicalizar” etapas da vida simplesmente porque pais, escolas e instituições precarizaram seus limites para lidar com o que é próprio à idade e hoje requerem dos profissionais “*psi*” uma mãozinha para acondicioná-los à nova ordem do pouco tempo para tudo, da impaciência, da falta de disponibilidade, do “leva pro psicólogo”

Não foi outra a razão de termos iniciado em 1984 a construção de uma alternativa para lidar com esse tipo de demanda. Foi assim que criamos o Projeto Arte da Saúde. O Projeto hoje atende a cerca de 120 crianças de uma das regiões mais carentes de Belo Horizonte. Compreendemo-lo enquanto prática de atenção a crianças e adolescentes em rota de exclusão social, porque, enfim, ao psicologizar a vida e encaminhar tantos jovens para escolas especiais, quando não para centros de tratamento neuropsiquiátricos, entendemos estar participando de um processo de exclusão social. O foco de nosso trabalho é o fortalecimento e resgate da capacidade expressiva dessas crianças, de modo a que, ao adquirirem segurança e fortalecerem a auto-estima, possam também se apropriar de sua condição de sujeitos, exercitando seus pontos de vista e escrevendo uma história capaz de alterar os rumos de sua comunidade de origem.

Tal perspectiva permite um processo de construção da cidadania pelas vias do exercício de talentos e aptidões. Na prática, o projeto desenvolve atividades capazes de situar essas crianças no convívio comunitário e escolar enquanto atores sociais produtivos, competentes e inevitavelmente comprometi-

dos com a defesa e a afirmação de seus direitos básicos de cidadania.

Seu funcionamento se dá com a formação de pequenos grupos, orientados por monitores da própria comunidade, voltados para a produção cultural e o desenvolvimento de atividades artísticas. Essas atividades são capazes de suscitar nas crianças e adolescentes o desejo da produção e o desafio pelo exercício de suas competências e habilidades. Tal afazer constitui um campo específico de produção e de troca de conhecimentos, um campo de alta densidade afetiva e de reelaboração de projetos individuais.

O público-alvo do Projeto é formado das crianças e adolescentes encaminhados por suas escolas ou famílias às equipes de saúde mental dos postos de saúde. Como dissemos, amiúde são crianças e jovens em busca de um “passaporte” às escolas especiais e aos centros de tratamento neuropsiquiátricos. São refratárias ao sistema educacional. Jovens que, de alguma forma, recusam a abordagem institucional da escola e, por isso, são taxadas de “problema” – “criança-problema”, “adolescente-problema”, “aborrecente”.

O Projeto Arte da Saúde visa a interromper o processo de exclusão e de segregação a que são submetidos, interpondo-se no itinerário institucional que oficializa a violência a eles aplicada. Seu objetivo é o de mantê-los em suas escolas de origem e motivá-los a se engajarem num processo de resgate de suas competências individuais. Para isso, torna-se uma perspectiva *inclusiva*, cujo foco é o reconhecimento da diferença

enquanto um direito e, não raras vezes, uma potencialidade. Em suas oficinas de arte e artesanato, o Projeto Arte da Saúde permite o exercício de suas competências e a redefinição de seus projetos pessoais.

O Projeto Arte da Saúde mantém permanentemente em funcionamento 6 oficinas de arte e artesanato para o atendimento de 120 jovens e crianças. Hoje está em processo de ampliação de vagas para as crianças abrigadas (moradoras dos abrigos públicos) e as integrantes do PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil. Sua atuação se dá na região leste de Belo Horizonte - cuja figuração nos sentidos e pesquisas da região metropolitana evidencia os piores indicadores sociais da cidade - nos bairros Taquaril, Jonas Veiga, Alto Vera Cruz, Vera Cruz e Santa Inês. O Projeto não tem uma sede operacional, mas uma pequena rede de instalações, cedidas pela própria comunidade onde opera: mantém oficinas funcionando em inúmeros locais, tais como o “Colezinho” das Irmãs de Caridade do Bairro Vera Cruz, o Centro Cultural do Alto Vera Cruz, o Centro Agroecológico do Taquaril, o anexo da Escola Estadual Marechal Deodoro e o atelier particular de uma das monitoras da comunidade.

Essa região é considerada das mais carentes da capital mineira. Seus indicadores sociais são, em todos os sentidos, os mais preocupantes e sua população é constituída por famílias cujo rendimento médio é inferior a um salário mínimo, conforme demonstrou pesquisa realizada pela PBH, em 1994.

Atuando na região nos últimos oito anos, o número de

crianças e adolescentes atendidos pelo Arte da Saúde já passa de 600, na faixa etária de seis a 14 anos. O trabalho que realiza com as equipes de saúde mental assegura, em cem por cento dos casos, a permanência das crianças em suas escolas de origem, em condições de integração e de rendimento escolar compatível com as demais crianças. Tal situação representa uma melhora acentuada dessas crianças em relação ao período anterior, do qual decorre seu encaminhamento aos centros de saúde.

Em 1999, o projeto foi agraciado com “menção honrosa” no âmbito do Prêmio Itau/Unicef - Educação e Participação,



em face de sua importância e potencialidade enquanto iniciativa a se expandir como *política pública*. Tal escolha o situa entre as dez melhores iniciativas avaliadas em todo o Brasil e é decorrente de processo seletivo que envolveu 732 inscritos.

Apresentada a nossa experiência e o enquadre que damos ao tema, gostaríamos de uma incursão na discussão sobre a adolescência, ou à sua categorização, tal qual hoje se produz. Seria a adolescência uma condição específica da vida humana, assim a constituir-se num objeto de estudo, motivo de especializações várias e de enorme profusão discursiva? Seria a tal adolescência de fato uma categoria geral para todas as classes sociais, ou teríamos que

segmentá-la entre adolescência na classe média, na elite e nas classes populares? Aliás, se virmos de perto o menino da favela, cujo pai é pedreiro, e que já aos 12, 13 anos assume a profissão de servente, virando massa, tornando-se oficial aos 16 e se casando aos 18, assim como o pai pedreiro, – ele também passa por essa adolescência que tanto nos intriga, vive a sua crise própria? E o jovem empresário, que já aos 16 anos acompanha o andamento de sua herança, preparando-se no ofício de aumentar a riqueza familiar, vive também ele a adolescência sobre a qual nos debruçamos? Talvez estejamos falando então de uma lógica que põe a vida de um sem número de jovens de uma determinada camada social em banho-maria, à espera do momento certo para serem incluídos na vida social de forma efetiva, enquanto atores de um mundo em construção... Seria isso, ou estamos negando as especificidades da época e desse público-alvo?

Se temos adolescência, não temos como deixar de falar da instituição familiar e muito menos da escola, e devemos nos lembrar que o surgimento dos colégios tem relação com o que Foucault denominou de a grande internação. A escola tem também o viés de controle social, de segregação, de exercício de poder sobre uma dada categoria. É evidente que ela não é apenas isso, mas sua arquitetura clássica, sua hierarquia, sua segmentação do saber, seus processos de avaliação, enfim, todo o seu *modus operandi* guarda estritas relações com outras instituições bem menos nobres e que hoje estão a ser banidas da vida social. Olhando os prédios dos colégios clássicos, das

escolas públicas, teríamos como lhes negar uma filiação “arquitetônica” com o panoptismo – também presente no hospital, no hospício, nas prisões, cujo modelo se fundamenta na proposta de um zoológico?

Para além dessa superfície estrutural – e por que não dizer estruturante – temos que considerar que, por óbvio, a escola não cumpre apenas essa função de controle social, mas também não tem conseguido deixar claro aos seus jovens colegas que a produção de conhecimento é o trabalho por excelência que a sociedade elegeu para exercerem nessa etapa de suas vidas. Duas questões então se nos apresentam: o que a escola tem a ver com a produção do conhecimento? Em que medida sua forma de operar esvazia, desqualifica e idiotiza os jovens, incluindo-os num processo de alienação insuportável que os leva também a desconsiderá-la, desqualificá-la e mesmo destruí-la? Por outro lado, não é esse um fracasso que tem contribuído para que os jovens tentem se inscrever no social, pelas vias da divergência, do conflito, do confronto, da adrenalina, numa tentativa de que a sociedade os reconheça como atores sociais, partícipes da vida comunitária?

Há culturas inúmeras, e é certo que todas criaram opções para lidar com o momento de passagem do mundo infantil para o mundo adulto. Há rituais de passagem, há práticas e exigências aplicadas aos jovens para que sejam aceitos no mundo dos adultos. Certo, por conseguinte, que há um momento em que se rompe a infância e se ingressa nessa condição de passagem. O mancebo é um progenitor em potencial. Nele, a força

física e a explosão hormonal denunciavam sua nova condição. A rapariga abre-se em flor, capaz da gestação e da maternidade. Ambos estariam, fisiologicamente, em condições de ingressar na sociedade e nos rituais dos adultos.

Talvez a hora de trocar as pantomimas infantis e todo seu encanto de ludismo pela experiência prática de ser participe na vida adulta, atores, protagonistas, cidadãos, seja uma emergente necessidade humana. É assim nas sociedades mais primitivas e nelas não se desautoriza esse ingressar num novo campo de participação social, pelo contrário, criam-se rituais de passagem, abrem-se os caminhos, conduzem-se os mancebos à nova condição. Mas o que dizer de nossa sociedade?

Ariès (1981, citado em Velho & Figueiredo, 1981) lembra-nos que os jovens de um passado não muito remoto instauravam seus campos de domínio, cuja única condição se ligava a suas habilidades, seus talentos, sua espertezas. O jovem fazia-se adulto por suas conquistas, traçando no social o seu círculo de domínio e era no ir-e-vir de um mundo social de certa forma frouxo e permissivo a novas conquistas que se abria o espaço para sua nova inscrição. Segundo entende,

“A família se hipertrofiou, como uma célula monstruosa, quando a sociabilidade da cidade (ou da comunidade rural) se restringiu e perdeu seu poder de animação da vida. Tudo se passa como se a família tivesse, então, tentado preencher o vazio deixado pela decadência da cidade e das formas urbanas de sociabilidade. Daí por diante, essa família invasora, todo-poderosa e onipresente

pretendeu responder a todas as necessidades afetivas e sociais. Constatamos que ela fracassou, seja porque a privatização da vida sufocou exigências comunitárias incoercíveis, seja porque foi alienada pelos poderes. O indivíduo pede hoje à família tudo que a sociedade exterior lhe recusa por hostilidade ou indiferença” (p. 13).

Não podemos deixar de reconhecer que a instituição familiar se presta muito bem à maternagem, ao procriar e cuidar da infância, enredando-a em sua teia de afetos, em sua novela familiar, em sua fantasia lúdica, que dá ao papai e à mamãe essa aura de intimidade privada na mais pura concepção do romantismo. Mas



a família, e particularmente a típica de classe média, não cria o trânsito necessário à construção de um espaço de participação social do jovem mancebo. Não há

nela os mecanismos e os laços de endereçamento ao social e à vivência da história que, enfim, o jovem não pode prescindir. Ademais, é no seio da família que ele é, veladamente, proibido de cindir o patrimônio familiar por algum deslize sexual.

Retornemos à adolescência e mais uma vez evoquemos Foucault para nos auxiliar em momento tão melindroso. Ele, em suas andanças arqueológicas, consegue pinçar o surgimento dos saberes *psi* enquanto conjectura de poderes,

cuja prática de dominação impunha as especializações próprias à condução daqueles objetos de estudo historicamente engendrados. A psiquiatria, enquanto saber médico, é, assim, uma prática de dominação imprescindível ao disciplinamento do campo social, quando os loucos de toda espécie precisavam ser abordados e compartimentados em locais para não ofender à nova ordem instituída e às assepsias que a razão reinante impunha à cidade. Nessa mesma perspectiva, temos assistidos às especializações e profusões discursivas sobre a categoria adolescência. E nos interrogamos: por que esse exercício de dominação sobre ela? Por que isso se faz tão presente nos dias atuais? Que monstro é esse que se criou significando adolescência como problema, enfrentamento, transtorno, violência, drogas, descaminho, desrespeito?

Se considerarmos que há algo de histórico nisso tudo, a produção de um determinado sintoma engendrado sociologicamente, nesses últimos tempos, inclusive com o seu par antagônico – os especialistas, os hebiatras, os psicólogos de adolescentes, os educadores especiais, os juizados de menores desviantes etc., somos obrigados a constatar que, para os nossos jovens, temos fracassado como sociedade capaz de propiciar-lhes rituais de passagem que os insira na vida social. Pelo contrário, prolongamos a infância ao máximo e ao final lhes impomos um contrato com cláusulas incompreensíveis, em que trocam um dos momentos mais ricos da vida, de maior força e beleza física, de densidade emocional, de criatividade, de sexualidade exuberante, por um longo trecho em banho-maria, numa

atividade generalizada de acumular conhecimento, disciplina monástica, para que o futuro os compense. O adolescente tem dificuldade de manter esse pacto como teria qualquer um ao trocar a vida pela clausura. É preciso, antes, lhe encher a alma com promessas de recompensa noutra vida, como tão eficientemente as religiões nos proporcionam.

O fato é que, depois de toda a experiência longamente vivida em nossos teatrinhos infantis, imitando papai e mamãe, sonhando ser policial ou médico, professora ou dona de casa, encomendando encantos de príncipes e de princesas, põe-se a vida de molho, no que concerne à sua efetividade no social, de participação na história, reduzindo-os a receptáculos de uma juventude esvaziada, sem participação política, sem vida sexual, sem opinião, sem direito efetivo à cidadania, até que um dia se lhes abra a porta do amor marital, desde que demonstrada a competência para pagar as contas bancárias sem comprometer o patrimônio familiar acumulado.

Divergir na adolescência, aceitar os estereótipos da voz embargada de emoção, da falta de limites, do desrespeito, da drogadição, da busca de adrenalina custe o que custar, ou a clausura na depressão, a obesidade, o enfado à frente da TV, o fone de ouvido no último volume, o “*oi-tchau*”, o “*fui pra galera*”, o bando, a *gang*... nada pode ser visto como um em si da adolescência, uma condição hormonal, uma fase psicológica de sujeitos adolescentes, mas, sobretudo, um assujeitamento a um script sociocultural previamente escrito, fortemente condicionante, controlador - um exercício de poder desmedido,

que, além de demonstrar sua eficiência na suspensão da vida social efetiva, denota uma sociedade que lida mal com sua juventude, endereçando-a a um sem sentido, à falta de historicidade, num ambiente opressivo, quase manicomial, sobrepondo fatores econômicos de acumulação familiar e de classe a aspectos vitais da existência. Isso, por óbvio, numa dimensão jamais vista, a ponto de expor a juventude a estratégias de tortura pela própria desqualificação de sua condição mesma de ser renovadora, progenitora, autora, partícipe cidadã.

Concluindo, lembramos aos profissionais da saúde mental que, antes de psicologizar ou medicalizar a adolescência,

deve-se perscrutar a doença social de um tempo que esvaziou seus rituais de passagem e quer aplacar a força da vida apenas com a pantomima que o panoptismo autoriza e que a mímica adulta de um mundo de regularidades, de padrões bem sucedidos tende a ostentar. Os adolescentes, por certo, desconfiam dessa fraude, e é-lhes insuportável trocar a vida por moeda tão gasta. Aí, fazer história na divergência, na adrenalina, na pichação, na drogadição, é apenas uma forma de afirmar uma vida menos medíocre, no mesmo sem-sentido que concebem o que se lhes apresenta para tamponar conflitos irremediáveis.

Enfim, a vida não cessa de se afirmar...

Referências

- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro. Zahar.
- Del Priore, M. (2000). *História das crianças no Brasil*. São Paulo. Contexto.
- Foucault, M. (1978). *História da loucura*. São Paulo. Perspectiva.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir*. Petrópolis. Vozes.
- Nietzsche, F. (1998). *A genealogia da moral*. São Paulo. Companhia das Letras.
- Velho, G. & Figueiredo, S. A. (1981). *Família psicologia e sociedade*. Rio de Janeiro. Campus.

Capítulo VI

Projeto de vida na promoção de saúde

Bronia Liebesny
Sergio Ozella



No jovem, o adulto do amanhã!

O chavão mercadológico, que aparece sob várias roupagens nos meios da comunicação comercial e nas premissas de qualquer projeto educacional (ou pseudo) da sociedade capitalista ocidental, traz mais do que escusos interesses de convencimento.

Na verdade, se *onde há fumaça, há fogo*, essa afirmação

de continência do adulto no jovem deveria nos alertar para a real profundidade de seu conteúdo e de nossa responsabilidade sobre ele. Ou seja, longe do aparente significado da frase, de que *este jovem já é o adulto que será*, devemos atentar para o fato de que este jovem está sendo um sujeito em constante relação com outros, vivenciando permanente e contínuo processo de construção e transformação de si e das próprias relações sociais nas quais é ser ativo. Portanto, ele não é ainda o adulto que será – e isto é bom – a menos que seja impedido – e

isto é mau – de se fazer adulto durante seu processo de construção de identidade e individualidade.

Bem, o que significa tudo isso? Significa que, para a produção de sua vida cotidiana, o jovem (como qualquer indivíduo) estabelece uma rede de relações sociais, afetivas, nas quais se reconhece como *um*, ao mesmo tempo que se reconhece pertencente a um grupo.

Ao viver seu cotidiano, relacionando-se com muitas e diferentes pessoas, de variadas maneiras, o jovem interioriza valores que constituem essas relações e, assim, vai construindo suas próprias formas de perceber o mundo e estar nele. Assim é o processo de constituição de sentido para a realidade vivida pelo jovem. Esse sentido é próprio do sujeito, e vai constituir a base sobre a qual continuará construindo permanentemente suas relações e garantindo suas formas de sobrevivência. É através da construção de sentidos sobre sua atividade (no conjunto de relações em que produz sua vida material) que o sujeito diferencia seu modo de ser agente nas relações e constrói seu processo de *individuação*.

Essa unidade entre o mundo material objetivo,

subjetivado pelo indivíduo, e essa subjetividade, que se objetiva na sua atividade sobre o meio, constitui uma relação de mediação, em que as partes só podem ser compreendidas uma através da outra enquanto mantêm seu caráter de realidades singulares. É a consciência, o sistema de atividade interna permanente em que essa mediação (entre as realidades objetiva e subjetiva) se constitui no sujeito.

As possibilidades de construções internas, subjetivas, se dão, portanto, a partir das atividades externas, nas relações sociais. Quando questionamos sobre o projeto de vida de um jovem, devemos estar atentos para as condições nas quais esse projeto é construído. Assim, é necessário que se reflita sobre quem é o verdadeiro *sujeito* do projeto: o adolescente ou as multideterminações que o impelem a uma formulação de projeto que não é *dele*, mas *para* ele? Em outras palavras, que condições estão sendo dadas para que o jovem construa qualquer projeto de vida diferente daquele no qual vive e sobrevive?

Vários estudos (Gregio, Ulbrich & Faggion, 1998; Junqueira, 1998; Liebesny, 1998; Maiorino & Neves, 1997) enfocaram a visão de futuro e o projeto de vida de jovens de escola pública e particular, cursando desde a oitava série do ensino básico até a terceira série do ensino médio; nesse conjunto de pesquisas, usaram-se como instrumento redações prospectivas referentes à vida dos jovens se imaginando em torno dos 23 a 29 anos de idade; os dados mostraram a perpetuação do modo de vida adulto atual na próxima geração.

De acordo com essas pesquisas, o jovem está na esco-

la porque a educação formal é vista por ele como percurso necessário e *natural* para entrada no mundo do trabalho. Mesmo para o jovem cujo projeto de futuro relata a necessidade imediata de sustento, que leva ao adiamento ou impedimento da continuidade dos estudos, estes não perdem o significado de meio de ascensão e continuarão como objetivo desejado. A escola representa, para ele, o ritual de passagem necessário entre a vida adolescente e o mundo do trabalho e, sem ela, o jovem justificará a impossibilidade de acesso ao trabalho ou a desqualificação do que conseguiu atingir.

Esse grau de importância da escola não poderia ser diferente se atentarmos brevemente para os meios de comuni-



cação em geral e/ou seu segmento voltado para a administração, em particular (revistas Exame, Você S. A...). Nestes, percebemos a veiculação de valores relacionados à importância do conhecimento (titulação, línguas), habilidades (domínio da computação e da tecnologia em geral), comportamentos (dinamismo, extroversão), hábitos (o que ler,

o que fazer) para a inserção profissional e social.

Quanto à especificidade do trabalho no projeto de vida desses jovens pesquisados, tanto na escola pública como na

particular, os dados levaram à conclusão de que a atividade denominada *trabalho* se refere única e exclusivamente à atividade-meio de sobrevivência, na medida em que resulta (no sonho sobre o futuro) em ganho financeiro, dinheiro/salário, que possibilita a compra e usufruto de bens – como casa, carro, viagem.

Na forma de (bom) emprego ou negócio próprio, o trabalho resulta em bem-estar, gozo do lazer em companhia de uma família tradicionalmente constituída – com muitos filhos, gerados com carinho e amor - para a qual está garantida casa própria, saúde, carro próprio, a eventual segunda propriedade imobiliária para férias...

Os jovens das classes sócio-econômicas de A a D não se diferenciam nos itens que consideram dever constar de seus projetos de vida, mas – eventualmente – na sua ordem de prioridades. O trabalho não aparece como atividade-fim. Isto é, o trabalho não ganha importância por sua característica de transformação da matéria-prima, por ser um ato de relação entre produtor e produto, por resultar em atuação (transformação) sobre a realidade.

Se considerarmos a inserção em classes sociais, identificamos algumas diferenças interessantes no que se refere à qualidade da visão do trabalho nas perspectivas de futuro e de projeto de vida. Nos jovens da classe mais favorecida, está presente uma visão otimista, despreocupada e até irresponsável quanto a seus futuros, como se o trabalho fosse uma condição garantida mais pela própria condição sócio-econômica do

que pelo percurso de aprendizagem (escola segundo grau/universidade/especialização). A partir da classe média, surge a relação do estudo (universitário) com a possibilidade de sucesso profissional e busca de alguma autonomia. Na classe menos favorecida, também se destaca a necessidade do estudo universitário, visto, entretanto, como uma possibilidade distante, já quase como uma utopia (Ozella, Aguiar & Sanchez, 2001). De qualquer maneira, a relação entre estudo e trabalho continua muito forte como a única forma de inserção e integração social e sua não consecução é justificativa do fracasso (Liebesny, 1998).

Nesse segmento social, também se destaca a formação de família através do casamento e uma preocupação com o peso da responsabilidade social. Em contrapartida à *despreocupação* do jovem da classe favorecida, os jovens da classe média mostram-se mais reticentes em relação ao sucesso futuro. Afirmam encontrar muitas dificuldades e empecilhos para a concretização de seus projetos e se apegam à necessidade do esforço pessoal como propiciatório para esse empreendimento, isto é, vai depender deles o atingimento ou não de seus objetivos (Ozella, Aguiar & Sanchez, 2001).

Nos jovens de classe menos favorecida, essa preocupação se acentua, chegando a um pessimismo exacerbado e a um sentimento de infelicidade por ter que enfrentar (comparativamente a outros jovens) tanto uma adolescência quanto um futuro muito pesado. Não vivem os esperados prazeres que essa etapa da vida permitiria, já que desde muito cedo estão engajados

na luta pela sobrevivência que se perpetuará nas próximas etapas.

Um detalhe que não será aqui desenvolvido, mas nos pareceu interessante, foi a constatação de que, em termos de grupos étnicos ou raciais, os únicos jovens que demonstram alguma preocupação com a participação social e os deveres com a comunidade pertencem às colônias orientais (descendentes de japoneses e coreanos), comparativamente aos jovens negros e brancos (Ozella, Aguiar & Sanchez, 2001).

Entendemos, portanto, que o jovem não é – ou melhor, não se vê – sujeito da sua própria ação; ele se contenta em ir a reboque dela. Ele não é sujeito, é objeto.

E por que isso acontece? Porque se sua subjetividade, como vimos anteriormente, se constitui a partir de suas relações construídas socialmente, precisamos atentar, nessa análise, para os valores sociais que permeiam essas relações e cujos significados serão subjetivados na constituição de sentidos para o sujeito.

Em pinceladas gerais que os meios de comunicação veiculam (como se não fossem eles mesmos, também, responsáveis por sua construção), esses valores têm se traduzido – neste período denominado de pós-modernidade – em: competitividade, reconhecimento pelo que se possui em detrimento do que se é, responsabilidade unicamente individual pelo alcance de sucesso em detrimento da discussão das determinações sociais que o possibilitam ou não, *desresponsabilização* de cada um pelo conjunto social, destituição

do outro como *sujeito-de-respeito* em que se reconheça a alteridade que nos constitui. Em resumo, a sociedade atual se caracteriza pela exacerbação de valores que caracterizam o viés do individualismo.

Se cada jovem só se vê responsável por si mesmo – e ocupado em viabilizar seu percurso assim subjetivado, não se vê responsável por conseqüências sociais de sua atividade, de suas relações. Sua responsabilidade não é social, *cada um é responsável por si-mesmo*. E se assim é, em que adulto se converterá? Naquele que a realidade atual apresenta ao jovem como modelo, e que ele – por não se ver como sujeito ativo – não questiona ou vê a possibilidade de transformar.



Nesse sentido, o jovem já se mostra o adulto de amanhã – e isso é mau – porque perpetuará essa realidade, uma vez que as expectativas que lhe são propostas por nós (isto é, constituídas no conjunto das relações em que nos organizamos socialmente) o impedem de revê-la. Ou seja, por responsabilidade do conjunto social, através de suas instituições, não há a participação para a construção de sujeitos sociais, conscientes de sua responsabilidade de transformação constante de si.

O que fazer? Devemos pensar as ações profissionais voltadas para os jovens como possibilidades processuais, ou seja,

uma vez que essas ações se efetivam como relações sociais, são, elas mesmas, significados a serem refletidos e constituídos enquanto sentido para os sujeitos das relações. Podemos, portanto, construir propostas de ação para *possibilitar*:

- a construção de relações de mutualidade, de alteridade, reconhecimento de si e do outro;
- a reflexão sobre os próprios atos, suas razões e conseqüências, levando à conscientização de si no processo de construção da realidade;
- a reflexão sobre os conteúdos de seu projeto de vida – o lugar, a razão e a forma de trabalho;
- o acesso à informação sobre as formas possíveis de trabalho, seus objetivos e alcance, de modo que o jovem possa compatibilizá-las com seu projeto de vida;
- a informação sobre as formas de acesso à formação para as atividades que permitam essa atuação.

Esse conjunto de ações *possibilitadas* ao jovem tem por objetivo colocá-lo no papel de sujeito do seu processo de individuação e construção de projeto de vida, a partir da apropriação das multideterminações desse processo. Entendemos que esse jovem, assim constituído, será capaz de um desenvolvimento saudável, porque será agente de escolhas, sujeito de projetos, de ações, de transformação. Ao objetivo de participar – com atividades profissionais pertinentes e específicas – na construção das possibilidades de se constituir esse sujeito social, chamamos de *promoção de saúde*.

Embora essas preocupações pudessem ou deveriam es-

tar presentes durante todo o processo de formação dos jovens – por exemplo, no trajeto educacional –, há ocasiões em que a urgência se faz mais perceptível, proposta pelo próprio modelo de organização social. O sistema pelo qual o jovem deve obter seu lugar no terceiro grau, tão almejado para obtenção do sucesso, através de uma disputa desigual entre sujeitos vindos de realidades diferentes de aprendizagem, pode transformar o momento da escolha profissional – que deveria ser de reflexão sobre o projeto de vida – em um processo impeditivo da saúde.

Sob a ótica sócio-histórica, proposta na crítica que aqui se desenvolve, a intervenção em Orientação Profissional (OP) é *um* dos processos em que esse conjunto de possibilidades se concretiza, na forma de ações para desenvolvimento da consciência crítica do jovem em relação à formação de sua identidade. Nesse sentido, a OP, como outras atividades profissionais possíveis junto aos jovens, é uma atividade promotora de saúde (isto é, da capacidade de o indivíduo se constituir como agente de seu processo de individuação, a partir da apropriação das multideterminações desse processo).

Ao abrir ao jovem um espaço para discussão da qualidade do conteúdo desse processo, tal qual lhe é possível construir nas condições sociais dadas até essa etapa de seu desenvolvimento, a OP pode propiciar a reflexão sobre a relação entre indivíduo e meio, a mutualidade de suas responsabilidades e sua individuação no pertencimento ao coletivo. Mais especificamente, pensar porque se quer algo, quais suas conseqüências, que relações envolve e se se quer

concretizá-las são situações cujo encaminhamento pode propiciar a reflexão na direção de um processo de escolha saudável, um projeto de vida possível.

Os dados de pesquisa e avaliação coletados pelos pro-

fissionais envolvidos nessa forma de intervenção (Bock, 2001) atestam que a transformação do sujeito-objeto em sujeito-sujeito é condição para alguma apropriação, pelo jovem, de seu projeto de vida, da visão de adulto que quer ser – e isso é bom.

Referências

- Bock, S. D. (2001). *Orientação profissional: Avaliação de uma proposta de trabalho na abordagem sócio-histórica*. Manuscrito não publicado Curso de Mestrado em Educação, Universidade Estadual de Campinas. Campinas - SP.
- Gregio, C., Ulbrich, C. & Faggion, P. (1998). *Quem eu quero ser quando crescer: uma sistematização sobre o projeto de vida de jovens de escolas particulares*. Projeto de Iniciação Científica não publicado. Orientação de Ana Bock. Curso de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo - SP.
- Junqueira, W. M. (1998). O sentido subjetivo atribuído por jovens de camadas populares à escolha do futuro profissional. *Recriação – Revista do CREIA – Centro de Referência de Estudos da Infância e Adolescência*, 3(2), 23-33.
- Liebesny, B. (1998). *Trabalhar... para que serve? O lugar do trabalho no projeto de vida de adolescentes de 8ª série do 1º.Grau*. Manuscrito não publicado. Curso de Mestrado em Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo . São Paulo - SP.
- Maiorino, F. T. & Neves, L. C. M. (1997). Quem eu quero ser quando crescer: uma sistematização sobre o projeto de vida de jovens. *Psicologia Revista*, 5, 131-139.
- Ozella, S., Aguiar, W. M. J. & Sanchez, S. G. (2001). *As concepções de adolescentes sobre adolescência/adolescente: um estudo em grupos étnicos e classes sociais*. Projeto de pesquisa em andamento não publicado. Curso de Mestrado em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo - SP.

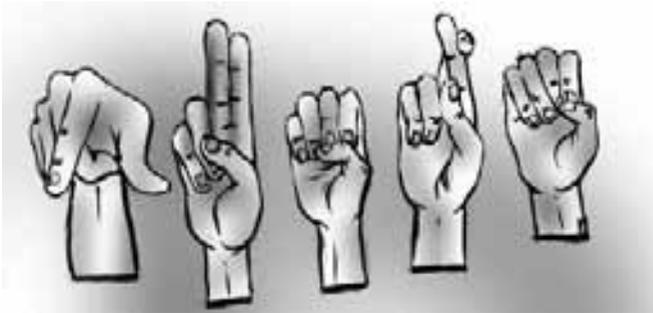
Parte III

Situações de vulnerabilidade

Capítulo VII

O psicólogo e a promoção de saúde do adolescente que apresenta deficiência

Alexandra Ayach Anache



Os debates sobre a adolescência são calorosos e inquietantes, constituem matérias de textos, livros, palestras, congressos, entre outros; porém, não podemos afirmar o mesmo sobre o tema deste artigo, que terá como objetivo escrever sobre a promoção de saúde do adolescente que apresenta deficiência, uma vez que esse assunto ainda é pouco explorado entre os profissionais da saúde. A princípio, torna-se imprescindível discorrer sobre a concepção de adolescência nas teorias psicológicas e suas implicações para a prática do psicólogo. A seguir abordaremos a promoção de saúde do adolescente que apresenta deficiência.

A literatura psicológica sobre adolescência é marcada

por uma visão estruturalista (Andrade & Novo, 2001), o que implica uma visão sincronizada e universalizante, na medida em que se busca encontrar regularidades nas diferentes idades, descritas em estágios ou fases de desenvolvimento. Essas generalizações apresentadas pelas grandes matrizes teóricas da psicologia se pautam numa visão cartesiana de sujeito, ou seja, as funções psicológicas superiores são estudadas sob uma determinação orgânica, lógica, computacional, desconsiderando os movimentos realizados pelas diferentes culturas. Sobre isso, vale lembrar (Andrade & Novo, 2001) :

“Não se trata de uma negação dos fatores culturais, pois a importância destes é considerada pelos teóricos do desenvolvimento, mas esses fatores “incidem” sobre determinada estrutura, facilitando ou dificultando o seu desenvolvimento. Ou seja, este é visto como natural, uma tendência presente no ser humano, quase da ordem das necessidades, e a cultura é percebida como o entorno mais ou menos facilitador para o pleno amadurecimento a adaptação das diversas configurações” (pp. 95-96).

Os autores citados apontam para a tendência à

homogeneização das características da adolescência e do adolescente. Tradicionalmente, essa fase é considerada difícil, pois o sujeito vive a crise da transição da infância para a etapa adulta, o que lhe causa uma série de conflitos, expressos na forma de comportamentos rebeldes, que, de um modo geral, precisam ser controlados. Aguiar, Bock e Ozella, (2001), com base em Blasco (1997), afirmam que essa é uma visão preconceituosa de adolescência e que deveria ser revista por apresentar alguns riscos; o primeiro risco seria o de rotular de patológico o adolescente não-rebelde ou que não aparente as dificuldades contidas na síndrome normal da adolescência. O segundo risco seria que, ao considerar “saudável o ‘anormal’”, é possível que problemas sérios surgidos na adolescência não sejam reconhecidos” como tal (p. 146). Dessa forma, algumas alterações de comportamento que surjam nessa fase podem ser minimizadas e atribuídas a “bobagem da idade” (p. 165).



Nesse sentido, é preciso romper com a visão naturalizante de adolescência, descolada da realidade social. Assim, a perspectiva sócio-histórica visa a compreender o sujeito como um ser histórico, que se constitui “pelas relações sociais, pelas condições sociais e culturais engendradas pela humanidade” (Aguiar,

Bock & Ozella, 2001, p.165). As características do ser adolescente são significadas nas relações sociais, o que exige dos profissionais a compreensão das condições sociais que determinam as vidas das pessoas. Portanto, a psicologia, através de seus psicólogos, não pode continuar a interpretar a adolescência sem considerar que, na sociedade capitalista, esse período adquire contornos diferentes para as classes sociais.

A adolescência se materializa pelas modificações somáticas, inicia-se por volta dos 11/12 anos de idade e implica preparação técnica para o trabalho e extensão do período escolar. O ingresso no mercado de trabalho depende das condições materiais de existência das diferentes classes sociais. Sobre isso, Aguiar, Bock & Ozella, 2001, citando Clímaco, 1991, afirmam:

“Na sociedade moderna, o trabalho, com a sua sofisticação tecnológica, passou a exigir um tempo prolongado de formação, adquirida na escola, reunindo em um mesmo espaço os jovens e afastando-os do trabalho por algum tempo. Além disso, o desemprego crônico/estrutural da sociedade capitalista trouxe a exigência de retardar o ingresso dos jovens no mercado de trabalho e aumentar os requisitos para esse ingresso, o que era respondido pelo aumento do tempo na escola ” (p. 169).

O que dizer de jovens que apresentam deficiência? O que a psicologia tem a dizer sobre isso? Acredito que se pode afirmar que há um certo silenciamento sobre essa questão, o que se justifica, em parte, pelas dificuldades que os pais, os profissionais e outros membros da sociedade encontram para lidar com

esse assunto. Além disso, arrisco afirmar que há tendência em infantilizar os deficientes. Registre-se que *infante* significa ausência de voz, e essa condição o coloca numa situação de submissão em relação à sociedade, como afirma Diaz (1989, p. 65): “Quem perde a palavra, quem está obrigado a calar, quem somente pode se expressar com a linguagem do outro ou com as contrações de seu corpo, quem não pode ou não quer aceitar os códigos estabelecidos, esses são dignos de exclusão. Os domínios do território da anormalidade significam possibilidade de permanente desordem social”.

A Organização das Nações Unidas (ONU, 1975) considera o deficiente como “qualquer pessoa incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais”. A definição de deficiência adotada por esse organismo estabelece uma relação direta com a condição de incapacidade. Condição essa previamente imposta à pessoa com deficiência, não lhe dando qualquer margem de escolha. Alguns autores, como Vash (1988), consideram o indivíduo deficiente como aquele que é fisiológica e/ou psicologicamente diferente da pessoa denominada “normal” (o termo “normal” aparece no texto para identificar pessoas que não apresentam defeitos físicos e/ou sensoriais, deficiência mental, entre outros); porém, isso não quer dizer que ele seja incapacitado, mas poderá “vir a ser” mediante seu contexto social. Assim, “As pessoas que pertencem a uma minoria étnica são incapacitadas, não por ‘deficiên-

cia’, mas por características físicas altamente visíveis, que são socialmente desvalorizadas” (Vash, 1988, pp. 26-27). Nesse caso, a pessoa com deficiência especificamente sensorial e/ou física pode possuir alguns limites, que são próprios de seu problema. Porém, embora ele tenha consciência do que realmente é capaz de desempenhar, o contexto social, ao exercer influência na definição de seus limites, torna-o incapacitado. Diante dessa imposição, esse indivíduo pode acabar por incorporar tais limites.

A definição de padrões de normalidade é reflexo do contexto sócio-político e cultural de determinado povo. O mesmo se pode afirmar em relação à incorporação desses padrões pelo indivíduo estigmatizado, tornando-o vulnerável ao seu defeito. Assim é que “Deve-se ver, então, que a manipulação do estigma é uma característica geral da sociedade, um processo que ocorre sempre que há normas de identidade. As mesmas características estão implícitas, quer esteja em questão uma diferença importante do tipo tradicionalmente definido como estigmático, quer uma diferença insignificante, da qual a pessoa envergonhada tem vergonha de se envergonhar. Pode-se, portanto, suspeitar de que o papel dos normais e o papel dos estigmatizados são parte do mesmo complexo, recortes do mesmo tecido-padrão” (Goffman, 1988, p. 141).

Estamos entendendo estigma como um atributo depreciativo, que designa uma pessoa como anormal, por ela apresentar alguma característica de ordem física, psicológica (caráter), social (raça, religião) diferente do grupo estabelecido. Esses

valores são determinados historicamente.

Além de todos os problemas que a própria anormalidade causa ao indivíduo, este é rodeado de atributos depreciativos que, muitas vezes, servem apenas para confirmar a normalidade de outrem, pois tanto o “normal” quanto o estigmatizado são frutos de situações que surgem durante o estabelecimento de relações sociais. Assim, apresenta-se ao indivíduo com deficiência uma situação de “incapacidade” que, muitas vezes, lhe é atribuída e por ele incorporada, acarretando uma série de posições de inferioridade devido aos seguintes aspectos: a) identificação dupla (com o grupo de deficientes do qual faz parte e com a maioria da população não “deficiente”); b) negação da “deficiência”; c) idolatria de padrões normais; compensações com as quais as pessoas “deficientes” lutam para alcançar o desempenho normal, e d) a atenção muitas vezes é centralizada mais nos desempenhos deficientes do que na pessoa.

Ainda com relação à deficiência e incapacidade, é preciso esclarecer que doença e deficiência são processos ativos. O primeiro refere-se às inúmeras enfermidades que trazem prejuízo à saúde. Dependendo do tipo de afecção, poderá deixar seqüelas, que muitas vezes interferem no desempenho do indivíduo em determinadas áreas de sua vida. O segundo é qualquer debilidade de ordem física, psicológica e social, que tem suas origens em doenças orgânicas, mentais, lesões, defeitos congênitos e genéticos. Ao considerar não só a doença, mas também a “deficiência” como um processo ativo, discordamos da afirmação de Ribas, para quem a “doença é um processo e a

‘deficiência’ é um estado” (Ribas, 1983, p. 32). Esta última não constitui um processo estático, pois sabemos que, se a pessoa



com deficiência for devidamente estimulada, poderá amenizá-la. Caso contrário, sua situação tende a se agravar. Portanto, não podemos negar o caráter dinâmico da deficiência. Nesse caso, Vash (1988) alerta para o risco de se incapacitar o indivíduo de maneira geral, não atentando para os limites que foram estabelecidos por ele ao afirmar que “Doente é um indivíduo incapacitado de desempenhar tarefas, requer cuidados especiais.

Essa incapacidade geralmente é definida em termos de conseqüências sociais e pode variar bastante, dependendo daquilo que a pessoa esteja tentando fazer. Assim, não faz sentido falar de uma pessoa incapacitada de forma global” (p. 26).

A palavra deficiente, em sua etimologia, é antônimo de eficiente, e isso não leva em conta, por exemplo, que pessoas deficientes sejam consideradas mais eficientes em certas atividades e menos em outras. Por muito tempo acreditou-se que os deficientes, de um modo geral, eram compensados de alguma forma pela perda de determinado sentido (visão, audição e outros). As investigações científicas não confirmam tal postura. Poder-se-ia aceitar como causa ou como suposição dessa

compensação que a “natureza fosse justa” - o que livraria os homens dos sentimentos de responsabilidade social e de culpa mas não há dúvida de que deve ocorrer um refinamento de outros sentidos. Entre outras atitudes e preconceitos, o “deficiente”, muitas vezes, é colocado como vítima de uma desgraça, digno de “compaixão” e “proteção”, de quem nada pode ser exigido. As diferentes concepções que se tem sobre esses indivíduos podem variar de acordo com os valores culturais. Esse sentido é palavra passível de manipulação, que nos remete, irremediavelmente, para o enfrentamento de características diferentes. E, calcado nessa postura, talvez fosse uma boa maneira de definir os vários tipos de “deficientes” como “diferentes”. Contudo, “diferente” é termo destituído também de significado preciso. Afinal, é um equívoco afirmar que todas as pessoas são iguais, sejam elas “deficientes” ou não. Trata-se de uma colocação que tenta mascarar a realidade, pois “Todos são de fato diferentes socialmente. São diferentes socialmente porque construíram e foram construídos nesse mecanismo de relações sociais que os diferenciam” (Ribas, 1983, p. 14).

Diante disso, é preciso rever o conceito de saúde enquanto ausência de doença, e deficiência enquanto ausência de capacidade. Cabe ao psicólogo romper com a visão ortopédica e curativa, o que implica afirmar que a intervenção psicológica não se limita a dar “receitas”, mas que consiga re-significar o papel da psicologia na saúde, incluindo na pauta o trabalho com adolescentes que apresentam deficiência.

Saúde deve ser compreendida no seu contexto mais amplo, e envolve a proteção, a promoção e a prevenção. Moraes, Carvalho e Minto (2001) mencionam que:

- A promoção de saúde está relacionada a todas as práticas e condutas que procuram melhorar o nível de saúde da população;
- A proteção à saúde diz respeito a todas as ações e mecanismos que visam a assegurar e manter a saúde do indivíduo;
- A prevenção está associada aos procedimentos que têm por objetivo evitar que o sujeito adoça ou que sua “doença” se agrave ou volte a ocorrer (p. 45).

O termo prevenção inclui, ainda, três níveis: primário, secundário e terciário. O primeiro objetiva evitar o aparecimento de doenças; o segundo visa a prevenir que a doença avance, ou se agrave, o que implica um diagnóstico precoce; o terceiro envolve ações que visam a amenizar os problemas que decorrem das patologias através de tratamento, reabilitação.

Diante disso, pode-se afirmar que os trabalhos com adolescentes que apresentam deficiência deveriam estar integrados aos programas organizados pelas unidades básicas de saúde, o que necessita que o psicólogo esteja atuando junto com os demais profissionais da saúde.

Em que consiste a atuação do psicólogo?

Podemos afirmar que a maioria das ações dos psicólogos com a pessoa deficiente têm ocorrido em instituição especializada, o que significa que os serviços básicos de saúde têm se omitido. Nesse sentido, vale afirmar que essas pessoas também precisam ser incluídas nos programas de saúde, e, para isso, torna-se necessária uma certa mobilização dos profissionais para o intento.

Considerando que o psicólogo numa equipe é um dos profissionais que apresenta condições para promover reflexões sobre preconceitos, caberá a ele romper o silêncio existente sobre o atendimento aos sujeitos deficientes. Segundo Amaral (1994), “Cada um de nós, deficientes e não deficientes, que tem se apropriado de seu espaço social e profissional continuando o caminho na busca da integração social da pessoa portadora de deficiência e, portanto, da construção de uma sociedade mais justa e mais acolhedora para todos, é co-responsável pelos caminhos futuros. Mas também o são, infelizmente, aqueles que se têm calado” (p. 70).

Uma outra sugestão é a de que a avaliação psicológica seja re-pensada e sirva para que o psicólogo consiga quebrar as cristalizações presentes sobre a situação de incapacidade à qual essas pessoas estão expostas. Para isso, é necessário tomar cuidado para que o diagnóstico psicológico não se torne uma fonte de mascaramento dos problemas que estão ao redor das pessoas e, também, para não lhe imputar as causas de suas

dificuldades e fracassos, agravando ainda mais a sua situação.

O diagnóstico psicológico precisa compreender como o sujeito que lhe foi encaminhado funciona, enfatizando não só os limites, mas também as possibilidades de cada um. Entender essa dinâmica impõe a necessidade de se construir novos caminhos rumo a uma proposta de intervenção que atenda às necessidades desses adolescentes.

Nessa perspectiva, o psicólogo assume o papel de agente

que averiguará os determinantes sociais da ação do sujeito. Seguindo esse raciocínio, é preciso que ele tenha conhecimentos das técnicas de exame psicológico, dos conteúdos que versam sobre o desenvolvimento humano normal e atípico. Além disso, há que se atentar para os efeitos de sua orientação e, junto com o adolescente, profissionais e familiares podem redimensioná-la

ou mesmo *buscar* outras formas de atuação.

O trabalho de aconselhamento é imprescindível, pois cabe a ele aliviar o sofrimento psíquico das pessoas com deficiência e de seus familiares. Sobre isso, vale lembrar que é muito comum as famílias viverem novamente o sentimento de luto já experimentado por elas na ocasião da notícia, uma vez que os adolescentes são expostos a situações novas, como sexo,



namoro, profissionalização, escolarização. Registre-se que a história mostra que essas pessoas estão quase sempre em desvantagem frente aos não deficientes.

Alguns problemas freqüentes que afetam a saúde dos adolescentes e que precisam ser abordados pela psicologia são:

- práticas nocivas à saúde, como obesidade, ingestão de bebidas alcóolicas, fumo e até mesmo o uso de substâncias psicoativas;
- aumento do risco de acidentes na rua ou nas residências;
- dificuldades de adaptação ao meio familiar, à escola, e ao ambiente social;
- aparecimento de problemas novos, como os relacionados ao trabalho, namoro, escola, família etc.

Sugerem algumas ações como:

- pesquisas visando a identificar na comunidade a existência de comportamentos nocivos para a saúde entre os adolescentes, bem como as circunstâncias que os favorecem;
- assessoramento e capacitação de profissionais e membros da equipe de saúde acerca dos problemas psicológicos dos adolescentes e as técnicas que podem utilizar;
- organização de serviços de consulta, orientação psicológica e terapêutica de fácil acesso aos adolescentes e a seus familiares;
- participação em programas de prevenção à deficiência na comunidade.

Referências

- Aguiar, W. M. J., Bock, A. M. & Ozella, S. (2001). A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. Em A. M. B. Bock, M. G. M. Gonçalves & O. Furtado (Orgs), *Psicologia sócio-histórica (Uma perspectiva crítica em psicologia)* (pp. 163-178). São Paulo. Cortez.
- Amaral, A. L. (1994). *Pensar a diferença/deficiência*. Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília - DF.
- Anache, A. A. (1991). *Discurso e prática: A educação do deficiente visual em Mato Grosso do Sul*. Dissertação de Mestrado não publicada. Curso de Educação, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande - MS.
- Andrade, N. A. & Novo, H. A. (2000). Eles ficam, nós namoramos: algumas reflexões sobre a adolescência. Em H. A. Novo & M. C. S. Menandro (Orgs.), *Olhares diversos: estudando o desenvolvimento humano* (pp. 91-106). Programa de Pós-Graduação em Psicologia: CAPES, PROIN. Vitória - ES.

- Calatayud, F. M. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. México. Paidós SAICF, 1999.
- Diaz, E. (1989). La burguesia: um invento moderno. *Revista Venezuelana*, 1989, 65-81.
- Goffman N. (1988). *Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4^a ed.). Rio de Janeiro - RJ, Guanabara.
- Moraes, S. L. M., Carvalho, E. E. & Minto, W. E. E. (2001). Caracterização da região e princípios básicos. Em S. L. M. Moraes & P. B. Souza (Orgs.), *Saúde e educação: muito prazer* (pp. 15-50). São Paulo - SP. Casa do Psicólogo.
- Organização das Nações Unidas. (1981). *O Correio da Unesco*, 9(3).
- Ribas, J. B. C. (1983). *O que são pessoas deficientes*. São Paulo - SP. Brasiliense.
- Vash, L. C. (1988). *Enfrentando a deficiência*. São Paulo - SP. Pioneira.

Capítulo VIII

Gravidez na adolescência: Dando sentido ao acontecimento

Suyanna Linhares Barker
Dulce Maria Fausto de Castro



Nos últimos dez a quinze anos, tem aumentado significativamente a preocupação de diversos setores da sociedade pelo fenômeno da gravidez na adolescência, fato que se traduz em políticas e programas voltados para essa problemática com investimentos crescentes de recursos humanos e econômicos.

Muitos autores (Coates & Sant'anna, 2001; Pinto & Silva, 2001) focalizam a gravidez na adolescência como um problema de saúde pública ou social. Nesse enfoque, podemos ressaltar alguns de seus argumentos mais significativos: (1) aumento do índice de gravidez na adolescência nos últimos anos e sua contribuição para o crescimento acelerado da população em geral; (2) efeitos nocivos na saúde da mãe e do filho e (3) a suposição da contribuição deste acontecimento na manutenção da pobreza.

O primeiro argumento está baseado no fato de a gravi-

dez adolescente tender a levar a jovem a procriar um maior número de filhos num pequeno espaço de tempo entre eles, fato que contribui para elevar a taxa de fecundidade em geral e a taxa de crescimento da população. É importante que se faça uma análise comparativa cuidadosa dos diferentes setores da sociedade verificando em qual deles esse fenômeno se concentra. Diante dos dados de que a gravidez na adolescência tem aumentado nos últimos anos, apontamos três fatores que podem ter contribuído para esse dado: nas últimas décadas, houve um aumento no número de adolescentes em termos relativos e absolutos, e esse fato torna o fenômeno da gravidez do adolescente mais evidente. Outro fator importante é o fato de que a taxa de fecundidade dos grupos de mulheres mais velhas tem diminuído mais do que a das jovens, levando a que a proporção de filhos de mulheres mais jovens seja maior que no passado. E, por último, o acesso maior das classes populares da sociedade ao sistema de saúde tornou mais evidente não só a gravidez nessa faixa da população como as condições precárias em que ela se dá.

Em relação ao segundo argumento, vale ressaltar que

a correlação positiva entre a idade em que ocorre a gravidez e o risco de problemas de saúde depende dos setores da população em que ocorre a gravidez. Aqueles que apresentam condições inadequadas da mãe em relação à nutrição e ao acesso ao sistema de saúde tendem a corroborar para maior incidência de agravos à saúde. Nesse sentido, não é a idade em que ocorre a gravidez nem os fatores biológicos associados à mesma que, por si só, constituem riscos relevantes. Esses riscos estão muito mais associados a interação com as condições de nutrição, de saúde e à falta de atenção e cuidados dispensados à mãe, ou seja, as condições sociais e culturais em que a gravidez ocorre. Esses fatores têm muito mais peso nas preocupações relativas à saúde da mãe e do filho do que a idade e/ou fatores biológicos. Certamente, subtraímos os casos em que a gravidez se dá em idades muito precoces, quando podem apresentar conseqüências negativas em relação à saúde (Coates & Sant'anna, 2001; Stern, 1997). Esses fatos apontam para a necessidade de o setor de saúde ter maior intervenção para assistir a essa população, dar conta dos agravos e procurar abrir espaços para discussão sobre prevenção das possíveis gravidezes indesejadas.

É importante ressaltar que a gravidez na adolescência é um assunto que deve envolver diferentes setores de nossa sociedade, tais como os setores de comunicação social, do sistema educacional e outros espaços comunitários, principalmente se falamos de prevenção, pois muitas vezes os casos chegam ao setor saúde para uma intervenção posterior e uma pre-

venção futura. É verdade, também, que nem sempre o setor saúde está atento ao seu papel de promoção de saúde e prevenção de doenças, restringindo, muitas vezes, sua atuação à assistência no sentido apenas curativo.

Recentemente, argumentos ligam a gravidez na adolescência à pobreza, vendo-a como um mecanismo que contribui para sua transmissão e também como fator perpetuador



dessa situação dentro de um círculo vicioso. Assim, a gravidez é percebida como elemento que impossibilita a conclusão da escolarização, limitando por sua vez a obten-

ção de empregos com melhor remuneração, fato que conseqüentemente também limita o acesso dos filhos a recursos que permitiriam seu melhor desenvolvimento.

O fato de a gravidez na adolescência muitas vezes estar associado à pobreza não necessariamente implica que seja um fenômeno que leve a essa situação e que, por sua vez, somente ela leve à sua perpetuação. Essa forma de argumentação deixa de fora outros fatores de diferentes ordens (econômicas, sociais e políticas) associados às condições de pobreza de uma sociedade e cria a expectativa de que a erradicação da gravidez na adolescência contribua para diminuir a pobreza. É importante ressaltar que muitas adolescentes que engravidam já o fazem dentro de setores sociais cujas condições econômi-

cas, nutricionais e de saúde em geral são precárias, e muitas já se encontravam fora do sistema educacional antes de engravidarem.

Melhor seria que fizéssemos uma análise mais ampla considerando as condições sócioeconômicas e culturais dos diferentes grupos sociais, com intuito de uma maior aproximação das causas principais que concorrem para a gravidez na adolescência. Para alguns grupos, a gravidez na adolescência faz parte de seu modo de vida, de sua trajetória de vida para formar uma família. Para outros grupos, a gravidez adolescente é vista e vivida como uma saída, mesmo que falsa, em muitas ocasiões, para problemas de violência familiar e abuso, ou mesmo como uma forma de adquirir valor social, “*ter um lugar ao sol*”, ou um papel a desempenhar nessa sociedade. Assim, as verdadeiras razões pelas quais a gravidez adolescente constitui um problema social não são, como se supõe, a sua suposta colaboração para o crescimento descontrolado do número de gravidezes, as péssimas condições de saúde e a pobreza da população, mas para o aumento e a maior visibilidade da população adolescente, para a persistência das condições de pobreza da população e para a falta de oportunidade para as mulheres.

É importante rever alguns pressupostos em relação a esse fenômeno. Muitos problemas que se atribuem à gravidez na adolescência estão vinculados a como concebemos ou atribuímos valor à sexualidade adolescente. Uma visão negativa ou repressora cria maior obstáculo para o acesso à informação, à educação e à preparação para exercer a sexualidade de uma

forma prazerosa e responsável. Parte da questão reside em como o adulto qualifica o fenômeno e nas formas como as instituições sociais (família, escola, instituição religiosas e setor saúde) interpretam e intervêm.

Gravidez como possibilidade na vida e não como desvio no desenvolvimento “normal”

Podemos considerar que cada etapa fisiológica marca a passagem de um momento da vida para outro, principalmente se pensarmos na possibilidade de vivenciar novas experiências como o mesmo corpo que se conhecia até então. O nascimento, poder andar, se comunicar com palavras, menstruar, engravidar etc., são exemplos dessas passagens. Entretanto, a definição de que essas passagens são causas necessárias de distúrbios emocionais desconsidera o sentido social e simbólico dessas etapas. Afinal, diferentes contextos e momentos históricos determinam a forma de enfrentamento das situações. Serão, por exemplo, as produções coletivas, datadas historicamente, que definirão a gravidez na adolescência como atividade, adequada ou não, para a época. Se desconsideramos a significação social do acontecimentos, teremos que pensar a gravidez e a reprodução como constituídas de processos naturais imutáveis, com características eternas (Rammingier, 2000; Reis, 1998).

Por outro lado, podemos pensar que a gravidez constitui um espaço no qual se articulam significações sociais e singulares. Para tanto, é preciso perceber as significações que

ela tem para cada sujeito, o qual está atravessado por um contexto determinado. Podemos dizer que é o resultado de um passado significativo e provocador de efeitos futuros, expressando o entrecruzamento de aspectos da história pessoal e de mitos socialmente estruturados.

Na verdade, é importante perceber também que o sujeito se posiciona diante da estrutura de sua sociedade e de seus símbolos. A mesma sociedade que limita e regula a gravidez alimenta, de uma forma subjacente, a noção social da gravidez como “realização da mulher”, como critério de saúde e maturidade, dando um lugar diferenciado socialmente à mulher, muitas vezes percebido como de destaque ou de ganho. Esse enfoque torna-se mais importante em sociedades ou setores nos quais há pouco oferecimento de opções reais à mulher diferentes da maternidade, tornando inócuas e ou pouco efetivas as estratégias, por exemplo, de contracepção entre as adolescentes.

Certamente, existem preocupações legítimas em relação à gravidez na adolescência em termos da saúde das mães e dos filhos, porém parece que suas causas têm sido equivocadamente compreendidas. As condições sociais e culturais em que ela tende a ocorrer têm muito mais peso que a idade e os fatores biológicos e psicológicos relacionados a ela; ressaltamos que isso não se aplica aos casos de gravidez em idade muito precoce na qual há conseqüências negativas para a saúde da adolescente.

Reduzir a gravidez a apenas um conjunto de sintomas

orgânicos ou a dificuldades emocionais numa consulta da grávida com o profissional de saúde é empobrecer todo o processo e perder oportunidades de trazer seu significado à tona para o sujeito e poder implicá-lo no processo.

Outra reflexão que se faz situa-se no fato de que há, dentro da formação acadêmica científica, a tendência de se



lançar sempre um olhar parcial aos acontecimentos, isto é, a preparação, na nossa cultura, para tratar da doença, do enfermo, e com essas mesmas armas, enfrentar a gravidez e o parto. Assim, a mulher grávida, quando entra no âmbito do sistema de saúde, se transforma em “paciente” doente, e é atendida em

função de sua patologia considerada esta como os sintomas orgânicos individuais apresentados.

Cuidar da gravidez na adolescência de forma separada da realidade psicossocial mais ampla é negar que o processo se acha determinado por essa realidade, deixando de fora questões como o fato de que uma gravidez pode ser desejada ou não, dependendo não só das condições psicológicas individuais, mas também de condições sociais. Ser mãe pode ter valor numa sociedade que precise de população e ser desvalorizado numa sociedade onde haja superpopulação e pobreza. Pensar que a mulher pode alcançar sua maturidade e realização não só através da maternidade, mas também atingi-la através de outros ganhos

e campos como o profissional, político etc...

O pós – parto, na mesma linha de raciocínio que se limita aos sintomas orgânicos e a prescrições, sustenta uma visão muito parcial do processo. Encontramos poucas referências na literatura, e quando as achamos, as referências mais freqüentes sobre essa fase falam das vivências, depressões e angústias ligadas ao parto, prescrições comportamentais de cuidados com o bebê e a amamentação. Pouco é falado e escutado sobre o sentido, a significação desse momento não só para o sujeito, mas para a sua realidade social mais próxima, trazendo conseqüências futuras para a vida e o desenvolvimento desse sujeito e seu filho. Há, principalmente para a adolescente, um reviver de conflitos anteriores e algumas colocações novas importantes que merecem atenção, tais como: *“sou ou não capaz de cuidar de meu filho”, “minha mãe ou sogra faria melhor?”, “sou capaz de decidir a partir das diferentes sugestões “experientes” do meu círculo familiar?, “o que tenho que pagar ou ser punida por ter tido um filho?”, “quem sustenta e decide os cuidados de meu filho e/ou minha vida?”, “que mudanças se fazem necessárias ou são importantes neste momento de vida?”*

Olhando a “gravidez na adolescência” como acontecimento

Participar do processo de dar sentido à gravidez é lugar legítimo dos profissionais de saúde mental. Procuramos,

até então, situar a questão da gravidez na adolescente imprimindo um olhar o mais amplo possível. Isso se deve ao fato de que pensamos o lugar da saúde mental, no atendimento da adolescente grávida, como aquele que aponta o lado singular dos acontecimentos para as adolescentes e para as equipes de saúde envolvidas no atendimento.

No atendimento dessas adolescentes, sugerimos:

- desnaturalizar o caráter de desvio do curso natural do desenvolvimento humano, buscando, com a adolescente, o sentido da gravidez para ela;
- mapear os riscos sociais da gravidez, incluindo condições de vida e suporte familiar;
- garantir a continuidade da vida escolar e o planejamento do desenvolvimento profissional;
- no caso da gravidez não desejada, abrir espaços de fala e escuta que possibilitem a elaboração da situação singular e ajudem a abrir o leque de possibilidades e recursos para as decisões de enfrentamento da gravidez;
- garantir o atendimento multiprofissional, no pré-natal, no parto e no pós-parto;
- incluir a relação e o parceiro, sempre que possível, na cena da gravidez;
- inserir os adolescentes do sexo masculino nos programas de atendimento da gravidez na adolescência e nas atividades de prevenção voltadas para a sexualidade e a saúde reprodutiva.

Quando considerar a gravidez na adolescência como de risco?

Segundo Guimarães (2001), tem havido, nos últimos anos, um crescimento, embora leve, da fecundidade na adolescência inicial (dez a 14 anos); estudos têm relacionado uma fecundidade maior em setores nos quais a renda e a escolaridade são menores. Essas diferenças de fecundidade, relacionadas ao nível social dos adolescentes, agravam as possíveis conseqüências biológicas da gravidez nessa fase da vida, que podem, em parte, ser controladas por um pré-natal adequado. Entretanto, esse pré-natal é dificilmente acessível à população mais desfavorecida.

Cabe ressaltar que, nos casos de gravidez na adolescência inicial, as preocupações em relação às conseqüências negativas em termos da saúde das mães e dos filhos se situam muito mais nos fatores singulares ligados ao crescimento e desenvolvimento de cada adolescente do que propriamente na idade cronológica previamente estabelecida. O deslocamento do enfoque de risco biológico para o risco psicossocial na saúde pública provoca um redirecionamento das questões. O foco principal da gravidez na adolescência e suas repercussões biológicas passa a ser dirigido para a adolescente que engravida e as múltiplas conseqüências psicossociais advindas da gravidez.

Nesse sentido, a gravidez pode ser reconhecida como problema quando for indesejada, sem assistência adequada, conduzindo a vulnerabilidades para a adolescente. É importante,

para o profissional, partir do pressuposto de que as adolescentes constituem um grupo homogêneo e considerar a heterogeneidade das adolescências, das pessoas, dos grupos sociais, podendo escutar e se colocar diante da pluralidade e diversidade de valores e motivações.



Referências

- Coates, V. & Sant'anna, M. J. C. (2001). Gravidez na adolescência. Em L. A. Françoso, D. Gejer & L. F. N. Reato (Orgs.), *Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência*. São Paulo - SP. Atheneu.
- Guimarães, E. B. (2001). Gravidez na adolescência: fatores de risco. Em M. I. Saito & L. E. V. Silva (Orgs.), *Adolescência, prevenção e risco*. São Paulo - SP. Atheneu.
- Pinto e Silva, J. L. (2001). A gravidez na adolescência: uma visão multidisciplinar. Em M. I. Saito & L. E. V. Silva (Orgs.), *Adolescência, prevenção e risco*. São Paulo - SP. Atheneu.
- Ramminger, T. (2000). Corpo grávido: deixando-se fecundar pela vida. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 20(4), 54-63.
- Reis, A. O. A. (1998). Análise metafórica-metonímica do processo de constituição do pensamento da saúde pública acerca da adolescente grávida: os anos 60. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(Supl. 1), 115-123.
- Stern, C. (1997). *El embarazo en la adolescencia como problema publico: una visión critica*. Mexico: Salud Publica de Mexico.

Capítulo IX

Violência doméstica e comunitária

Clarissa De Antoni
Sílvia Helena Koller



A violência tem sido uma constante na vida atual moderna, expressa pelo alto índice de criminalidade, especialmente entre os adolescentes. Fatores estruturais e conjunturais devem ser considerados no entendimento da violência, mas não esgotam todas as causas. A modernização cultural, por exemplo, tem gerado o esvaziamento da preocupação ética nas relações e falhado na preservação de valores culturais e históricos específicos de cada um dos grupos sociais. O individualismo desta sociedade moderna provoca transformações culturais e econômicas, gerando conflitos, exacerbados pela própria banalização das situações de violência, pela desigualdade social, econômica e cultural, pela prática de atividades ilícitas e pela cultura de consumo. Esses fatos são intensificados pela ineficácia do sistema público em garantir a cidadania, gerir e manter a ordem pública, atendendo às demandas sociais, principalmente daquelas camadas da população que precisam lutar para manter sua segu-

rança e sobrevivência (Peralva, 2000; Velho, 2000). No caso de crianças e adolescentes, a violência social expressa-se no funcionamento de instituições que não cumprem as diretrizes do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ou cultivam padrões culturais de aceitação e valorização de comportamentos hostis e punitivos nas famílias, justificando-os como prática disciplinar e baseados na crença de que os pais têm posse sobre os filhos. A seqüência de violações dos direitos do outro, a desconsideração dele como ser humano e cidadão de direitos, discrimina-o, às vezes, por idade, gênero, etnia, religião, orientação sexual ou nível socioeconômico expressando relações de exclusão, subordinação e desigualdade, que são comumente antecedentes de atos violentos (Lisboa & Koller, 2001).

Ser vítima, testemunha ou agente de violência são condições que podem ser tecidas na história do desenvolvimento de uma pessoa. Mesmo as experiências não vividas pessoalmente são trazidas à tona em detalhes pela mídia, ou seja, a exposição às drogas, *gangs*, armas, problemas raciais, atividades terroristas, e mesmo os desastres naturais. Esses eventos geram, ao mesmo tempo, o medo e o costume com a

violência, prejudicando a visão de um mundo seguro (Dlugokinski & Allen, 1997). O caos instaurado nas relações comunitárias violentas interage com aquela experimentada no ambiente doméstico. Em algumas famílias, a forma de estabelecer relações envolve a força e o abuso de poder entre os membros. O padrão estabelecido nessas relações primárias tende a ser transposto para relações sociais mais amplas. Por outro lado, os problemas enfrentados em situações sociais provocam o retorno ao ambiente doméstico de pessoas frustradas e vulneráveis, a expressar agressividade.

Estudos no campo da psicologia do desenvolvimento têm sido realizados para entender, avaliar e propor intervenções eficazes e amenizar os problemas decorrentes de situações de “maus tratos” ou “abusos” contra mulheres, crianças e adolescentes (por exemplo: De Antoni & Koller, 2000). Segundo Koller (1999), essa violência tem sido definida como “ações e/ou omissões que podem cessar, impedir, deter ou retardar o desenvolvimento pleno dos seres humanos” (p. 33). Estão presentes em relações assimétricas e de subordinação da vítima ao violador, que avalia apenas as suas próprias necessidades e desejos. Maus tratos são atos que infringem sofrimentos ou danos a alguém, exercidos, geralmente, por adultos que deveriam ser, a princípio, os responsáveis pela segurança, supervisão e proteção da criança e do adolescente. No entanto, falham nessas tarefas, não estabelecendo relações recíprocas e apresentando desequilíbrio nas funções relativas ao poder. Caracteriza-se por ser um ato repetido e intencional, que deve ser ana-

lisado em relação à sua frequência, intensidade, severidade e duração. Se a criança é submetida, desde cedo, a situações de abuso, maior será o comprometimento em relação ao seu desenvolvimento.

A grande maioria dos casos de maus tratos ocorre na residência do adolescente desde a sua infância. Em mais da metade dos casos, o agressor tem parentesco (pai, mãe, padrasto, madrasta, tio, irmão mais velho) com o abusado. Em mais da metade dos casos, as vítimas são meninas e o abusador apontado com maior incidência é o pai. Quanto mais próxima da idade da adolescência, maior é o risco de abuso sexual para as meninas e de negligência para os meninos.

A seguir serão descritas, brevemente, algumas formas de violência doméstica mais comuns, tais como: 1) física, 2) sexual, 3) emocional ou psicológica, 4) negligência e 5) exploração de mais valia.

1) Violência física: É detectada pela presença de lesões orgânicas diagnosticáveis, tais como lesões cutâneas, neurológicas, oculares e ósseas, provocadas por queimaduras, mordidas, tapas ou espancamento;

2) Violência emocional ou psicológica: é evidenciada pelo prejuízo à competência emocional do adolescente. São atos de hostilidade e agressividade que podem influenciar na motivação, na auto-imagem e na auto-estima. As formas mais comuns de abuso emocional envolvem: humilhação, degradação, rejeição, isolamento, terrorismo, corrupção, exploração e agressão verbal. Cabe ressaltar que esse tipo de violência está sem-

pre presente nas outras formas de abuso e é muito difícil de comprovar sua existência, quando isolada;

3) Violência sexual: corresponde aos atos de natureza sexual impostos a uma criança ou adolescente por um adulto que explora seu poder hierarquicamente superior, sob a forma de assédio verbal, invasão de limites corporais ou psicológicos com toques ou palavras e relações sexuais genitais, orais ou anais. No abuso sexual, as atividades sexuais não estão sintonizadas com o nível de desenvolvimento do adolescente, o qual é incapaz de dar o seu consentimento. O abusador poderá envolver a vítima em situações de *voyeurismo*, estupro, incesto e exploração sexual;

4) Negligência: é evidenciada pela falta da oferta de nutrientes e estímulos emocionais necessários à integridade física, intelectual, moral e social do adolescente, com prejuízo ao seu desenvolvimento e ao sentimento de bem-estar. O abandono é uma das formas mais graves de negligência, ocorrendo quando os responsáveis anunciam que não têm mais interesse ou condição de cuidar do indivíduo, seja criança, adolescente ou idoso;

5) Exploração de mais valia: exigência de desempenho, por indução ou coação, a participar de ações, com prejuízo à integridade física, psicológica e moral do adolescente. Destaca-se a exploração sexual infanto-juvenil, o uso e tráfico de drogas e a exploração no trabalho. Essas ações são comandadas por pessoas que, muitas vezes, convencem o adolescente de que o estão ajudando, pois provêm algum auxílio para sua

subsistência e segurança diante de outros riscos presentes no contexto de desenvolvimento. Na exploração sexual, por exemplo, encontramos a realização de imagens de crianças ou adolescentes nus ou cometendo atos sexuais. As adolescentes, principalmente, se iludem ao acreditar que essas fotos lhe trarão sucesso e retorno financeiro.

É importante ressaltar que o profissional que irá atender essa criança ou adolescente, ou qualquer pessoa envolvida (professor, por exemplo), têm a obrigação de denunciar ao Conselho Tutelar local no caso de suspeita ou confirmação de maus tratos contra a criança e o adolescente. O ECA considera infração administrativa a falta de comunicação aos órgãos competentes.



A violência doméstica depende da dinâmica particular de funcionamento do abusador, da vítima, da família e de sua rede de apoio social. É atribuída a múltiplas causas e pode desencadear uma ou mais reações específicas nas pessoas envolvidas e no contexto nas quais estão inseridas.

Em relação ao perfil do abusador, existem alguns aspectos que podem ser encontrados em pais violentos e que podem se tornar fatores de risco para os maus tratos, como: tendência ao isolamento social, imaturidade, impulsividade, baixa auto-estima, perda de controle diante do estresse, uso de drogas e álcool, baixa escolaridade, desempre-

go, doenças psiquiátricas, emocionais e de personalidade. Em relação às mães que podem cometer abuso, além dos aspectos citados anteriormente, podemos encontrar: gravidez precoce ou não planejada, acompanhamento pré-natal deficiente, gravidez na adolescência, baixa empatia para as necessidades da criança, rigidez e inflexibilidade. Por outro lado, os adolescentes mais vulneráveis à violência são, na maioria das vezes, descritos como tímidos, portadores de doenças crônicas ou deficiência, adotados (com falta de vínculo nos primeiros anos de vida) e com histórias repetidas de abusos anteriores (Farinatti e cols., 1993; Garbarino e cols., 1992; Koller, 1999).

Nas relações familiares, como um todo, são citados como fatores causadores de violência: a transmissão intergeracional de práticas disciplinares autoritárias e punitivas, os distúrbios de apego ou da interação triangular mãe-pai-filho(a), a presença de mãe ou pai solteiro ou famílias monoparentais, as expectativas irrealistas sobre os filhos e os pais detentores de histórias de abuso em sua infância. A rede de apoio social dessas famílias é, normalmente, precária ou inexistente. É escasso o número de pessoas (parentes, amigos ou vizinhos) ou entidades (Conselho Tutelar, Igreja, etc.) aos quais esse adolescente pode confiar o suficiente para relatar sobre o abuso e acreditar que algo será feito para evitar a incidência da violência. Os adolescentes tendem a se isolar e a evitar falar sobre seus problemas. Parecem ter dificuldades em estabelecer relações de confiança com pares e adultos, portanto, sua rede de apoio social e afetivo é pequena e nem sempre atuante.

As conseqüências da violência são diversas. Cada tipo de violência gera, segundo Kashani e Allan (1998), prejuízos nas áreas do desenvolvimento: físico, cognitivo, social, moral, emocional ou afetivo. O desenvolvimento físico pode ser interrompido ou prejudicado frente a determinados abusos físicos. Os sintomas variam desde apatia, ansiedade, depressão, reações fisiológicas, doenças que não curam, crises convulsivas, até a limitação no movimento motor ou instalação de deficiências físicas e/ou mentais variadas. Algumas lesões podem gerar traumatismos, disfunções crônicas e/ou até mesmo morte. Abusos físicos, como espancamentos ou queimaduras, deixam seqüelas graves. A negligência pode deixar seqüelas físicas como as causadas pela desnutrição ou agravamento de doenças indevidamente tratadas.

O desenvolvimento cognitivo em vítimas de abuso físico e negligência pode ser prejudicado, sendo evidenciado pela obtenção de escores mais baixos em testes de inteligência, desempenho pobre na escola, alto índice de repetência, notas baixas, problemas de relacionamento com colegas e professoras (Lisboa & Koller, 2001). Os adolescentes, vítimas de violência, não conseguem acompanhar as exigências acadêmicas e, muitas vezes, abandonam a escola.

Crianças e adolescentes abusados fisicamente tendem a ser mais agressivos, como indicador de clara especificidade de problemas no desenvolvimento social. Esse comportamento tem sido entendido como padrão aprendido para lidar com problemas de relacionamento pessoal no contexto familiar, e

pode ser apenas um reflexo de tantos outros problemas existentes na família, como a falta de diálogo, a falta de confiança, o segredo familiar sobre o abuso, entre outros, e não necessariamente uma conseqüência (De Antoni & Koller, 2000).

A violência compromete o desenvolvimento emocional. O adolescente pode apresentar determinados comportamentos como conseqüência dessa violência, tais como: timidez, agressividade, sexualidade exacerbada, ansiedade, depressão, distúrbio de personalidade, uso de drogas, risco de suicídio, falta de apetite, isolamento, comportamentos hostis, fadiga crônica, medo, insônia, baixa auto-estima, somatização de doenças, falta de expectativas no futuro, entre outros. Alguns adolescentes podem desenvolver o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), ocasionando uma sintomatologia específica dessa doença. Adolescentes negligenciados, por exemplo, tendem a apresentar sentimentos de rejeição e de abandono acentuados e pobreza afetiva, evidenciada por falta de empatia, de relações de amizade e trocas de carinho. O abuso emocional compromete o desenvolvimento psicológico ao interferir na crença que o adolescente possui sobre a sua competência, isto é, sobre a habilidade de utilizar adequadamente seus recursos para o cumprimento das tarefas relevantes nessa fase de desenvolvimento. O adolescente pode apresentar distúrbios na habilidade de se comunicar com os outros, de reconhecer e comprometer-se de forma realista com os desafios encontrados, e de desenvolver sentimentos de confiança básica nas decisões diante os desafios diários. Portanto, o adolescente que não co-

nhece ou acredita em suas potencialidades torna-se ainda mais vulnerável à violência, muitas vezes sendo revitimizado ou assumindo o papel de agressor.

Para reconhecer se o adolescente está sendo vítima de violência, o psicólogo deve estar atento ao comportamento deste, dos pais ou cuidadores e da família. É fácil identificar e diagnosticar quando há hematomas ou fraturas visíveis ou ain-



da desnutrição ou vestuário inapropriado. No entanto, as marcas emocionais são sutis e podem levar a uma confusão no diagnóstico, isto é, a timidez é uma característica de personalidade, da fase da adolescência ou é causada pela violência? Estabelecer uma relação de confiança que permita ao adolescente relatar as situações vividas permite desven-

dar essa pergunta.

Algumas formas de intervenção podem ser sugeridas para tornar o trabalho do psicólogo mais efetivo entre adolescentes vítimas de violência:

- 1) promoção de programas de atendimento individualizado ou em grupo com equipe multidisciplinar a vítimas de maus tratos. Equipe formada por psicólogos, assistentes sociais, médicos, e, se for o caso: nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, odontólogos, entre outros. Nesse

programa, devem ser trabalhados aspectos relacionados à auto-estima, auto-imagem, bem-estar emocional, de acordo com o grau de severidade e de comprometimento da vítima ou testemunha da violência;

- 2) promoção de programas de atendimento familiar, de preferência domiciliar, com psicólogos e assistentes sociais, com o objetivo de trabalhar as crenças, mitos, segredos familiares, auto-estima dos membros da família e fortalecê-la para resolver seus conflitos e estabelecer a comunicação entre os membros;
- 3) promoção de atendimento psicológico e social aos pais abusadores, com o intuito de conhecer os motivos pelos quais esses pais são abusadores e encaminhá-los para tratamento psicológico ou psiquiátrico, emprego, serviço de apoio etc.
- 4) promoção de programas de prevenção à violência nas escolas, através dos educadores e professores, incentivando a formação de grupos de discussão sobre direitos, cidadania, tipos de abuso, planos de ação. Grupos artísticos também podem ser organizados para tratar a questão da violência através de teatro, música, dança, prática de esportes etc.
- 5) promoção de programas de prevenção à violência nas associações de bairro, clubes de mães, grêmios esportivos e carnavalescos, com palestras e grupos de discussão com pais e filhos, sobre como identificar, evitar e denunciar os casos de violência na comunidade e nas famílias;
- 6) promoção de programas de prevenção à violência com

grupos de gestantes e casais, adolescentes ou não, sobre o pré-natal, a gestação, o parto e os cuidados com seus recém-nascidos, preparando-os para assumir os novos papéis;

- 7) promoção de programas de prevenção à violência com grupos com mães e pais sobre educação e criação de seus filhos, estilos parentais, práticas educativas, punição e recompensa etc.
- 8) promoção de programas de prevenção à violência com adolescentes, incentivando-os a criarem ou a articularem redes de apoio social e efetiva com pessoas, parentes e instituições que possam auxiliar no conhecimento e esclarecimento sobre as questões ligadas à violência. Adolescentes capacitados em programas desse tipo podem servir como multiplicadores em suas comunidades.
- 9) divulgar o Estatuto da Criança e do Adolescente e conhecer a finalidade e a atuação do Conselho Tutelar, da Promotoria da Criança e do Adolescente, do Ministério Público e de outros recursos disponíveis na comunidade para o combate à violência.

Programas de prevenção são o caminho ideal para amenizar a violência contra adolescentes. No entanto, para multifatores de risco que vão desde a incapacidade dos pais de lembrar como é ser adolescente até a dificuldade de o adolescente conquistar o primeiro emprego ou estágio, o psicólogo deve buscar soluções diversificadas. Além das propostas citadas anteriormente, cabe aos psicólogos desenvolverem uma visão estratégica, isto é, ter ações eficazes no combate à violência

que envolvam o incentivo à cultura da paz, o rompimento do ciclo intergeracional da violência, a valorização dos potenciais individuais e do grupo – no qual o adolescente está inserido, entre outros aspectos. Ações isoladas são importantes, mas não

suficientes. Tratar o adolescente é importante, mas trabalhar com a família e a comunidade é que poderá fazer a diferença. Pensem nisso!

Referências

- De Antoni, C. & Koller, S. H. (2000). Vulnerabilidade e resiliência familiar: Um estudo com adolescentes que sofreram maus tratos intrafamiliares. *Psico*, 31, 39-66.
- Dlugokinski, E. & Allen, S. (1997). *Empowering children to cope with difficult and build muscles for mental health*. Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Oklahoma Health Sciences Center. Oklahoma - USA.
- Farinatti, F., Biazus, D.B. & Leite, M.B. (1993). *Pediatria social: A criança maltratada*. Rio de Janeiro. MEDSI.
- Garbarino, J., Dubrow, N., Kostelny, K. & Pardo, C. (1992). *Children in danger: coping with the consequences of community violence*. San Francisco. Jossey-Bass.
- Kashani, J. & Allan, W. (1998). *The impact of family violence on children and adolescents*. *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry*, 37: Sage.
- Koller, S. H. (1999). *Violência doméstica: uma visão ecológica*. Em Amencar (Org.), *Violência doméstica* (1ª ed., pp. 32-42). Brasília. UNICEF.
- Lisboa, C. S. M. & Koller, S. H. (2001). Considerações éticas na pesquisa e na intervenção sobre violência doméstica. Em C. Hutz (Org.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência* (pp. 187-212). São Paulo. Casa do Psicólogo.
- Peralva, A. (2000). *Violência e democracia. O paradoxo brasileiro*. São Paulo. Paz e Terra.
- Velho, G. (2000). Violência, reciprocidade e desigualdade: uma perspectiva antropológica. Em G. Velho & M. Alvito (Orgs.), *Cidadania e violência* (pp. 11-25). Rio de Janeiro - RJ. UFRJ/FGV.

Capítulo X

Dependência química, adolescência e família

Ana Regina Noto
Eroy Aparecida da Silva

Uso de drogas psicoativas em diferentes contextos



O uso de substâncias psicoativas tem acompanhado o homem no decorrer da história, adquirindo diferentes significados ao longo dos anos, com marcantes transformações das funções dessas substâncias na vida de seus usuários. O uso pelos

povos antigos estava mais relacionado à integração social e/ou à transcendência espiritual, principalmente em ocasiões festivas e ritualísticas. Não há indícios de que as drogas tenham representado risco social e de saúde nessa época (Paulino, 1997).

No entanto, com a industrialização, o surgimento da farmacologia, o isolamento de princípios ativos de plantas, como a morfina e a cocaína, as formas de uso de substâncias psicoativas foram sendo ampliadas. Foi iniciada uma forte busca por medicamentos capazes de diminuir os vários tipos de sofrimentos fisi-

cos e psíquicos. Muitos artistas também passaram a usar drogas, como fonte de inspiração de suas criações (MacRae, 2001). Nesse contexto histórico, o consumo de drogas passou a ocupar novas funções, como a busca de prazer individual, alívio imediato de desconforto físico ou psíquico, entre outras. Nas últimas décadas, o consumo também passou a ganhar espaço entre a população jovem e a representar alvo de preocupação em vários países.

Uso de drogas entre adolescentes brasileiros: epidemiologia

Estudos realizados entre estudantes mostram que as bebidas alcoólicas e o cigarro, atualmente, são as drogas mais consumidas. Em 1997, o consumo pesado (diário) de álcool foi declarado por 7,4% dos estudantes entrevistados em dez capitais brasileiras, valor superior ao observado em anos anteriores, indicando o crescente e preocupante hábito de ingestão de bebidas alcoólicas entre jovens brasileiros. Nesse mesmo estudo, 24,7% dos estudantes relataram já ter feito uso ilícito de alguma droga; os inalantes como lança-perfume, cola e cheirinho da loló (uma

mistura clandestina à base de éter e clorofórmio) foram as mais frequentes (13,8% do entrevistados já haviam ao menos experimentado), seguidos pela maconha (7,6%), medicamentos ansiolíticos (5,8%), anfetamínicos (4,4%) e cocaína (2,0%). Comparando esses dados com os obtidos em estudos anteriores, é possível observar o crescente consumo tanto de maconha quanto de cocaína (Galduróz e cols., 1997).

Entre crianças e adolescentes em situação de rua, os estudos denunciam uma realidade diferenciada, na qual são observados índices muito elevados de consumo. Em um estudo realizado no ano de 1997 em seis capitais, 88,1% dos entrevistados declararam já ter ao menos experimentado alguma droga e 48,3% faziam uso diário. Os inalantes, (especialmente cola e loló) já haviam sido experimentados por 53% dos jovens e a maconha por, 50%. Para as demais drogas, as diferenças regionais foram marcantes, com a cocaína e o *crack* aparecendo em destaque nas capitais do Sul e do Sudeste, e medicamentos psicotrópicos, como Rohypnol® e Artane®, nas capitais do Nordeste (Noto e cols., 1997).

Principais repercussões do uso de drogas na saúde do adolescente

Para muitos jovens, o contato com psicotrópicos pode ficar restrito a episódios esporádicos de consumo sem, necessariamente, qualquer comprometimento de saúde. No entanto, para outros, a situação pode ser diferente. Além da possibilidade de

acidentes e/ou da violência decorrentes da intoxicação aguda, o consumo persistente pode, ao longo do tempo, desenvolver problemas graves de saúde mental, física e social. Essas conseqüências variam de intensidade de acordo com a droga em questão e, em geral, apresentam uma evolução mais rápida entre adolescentes quando comparados aos adultos (Masur & Carlini, 1989).

No caso das bebidas alcoólicas, as complicações mais frequentes na adolescência são decorrentes de episódios de embriaguez, como acidentes de trânsito e brigas, entre outros. As conseqüências em longo prazo vão se instalando de forma gradativa ao longo de anos de consumo e, embora possa ter suas origens na adolescência, o



problema se torna mais evidente na idade adulta. Apesar de pouco divulgada, a dependência do álcool é muito frequente, variando de cinco a dez por cento na população adulta.

Para os inalantes, as conseqüências mais relevantes na adolescência também são as decorrentes da intoxicação, principalmente o comprometimento cardíaco, que pode levar o usuário a óbito.

Para os inalantes, as conseqüências mais relevantes na adolescência também são as decorrentes da intoxicação, principalmente o comprometimento cardíaco, que pode levar o usuário a óbito.

No caso da maconha, o uso contínuo é o mais problemático. A dependência e a síndrome amotivacional (um quadro de desinteresse generalizado) vão se instalando ao longo dos episó-

dios de uso da maconha. As implicações legais e a clandestinidade do uso passam a ser um fator adicional de risco para o adolescente e, em alguns casos, até mesmo superam as demais.

Para a cocaína e seus derivados, o *crack* e a merla, o quadro é diferente. Em pouco tempo, o consumo de *crack* é denunciado por sinais evidentes, como o rápido emagrecimento do usuário e o descuido com a sua aparência. A fissura é intensa e os meios para a obtenção da droga podem incluir furtos domésticos e, em alguns casos mais avançados, até mesmo assaltos e prostituição. Entre os usuários de cocaína injetável, a Aids é uma das conseqüências mais preocupantes.

Políticas adotadas no Brasil nos últimos anos

Nas últimas décadas, não foram muitas as mudanças no panorama nacional do uso de drogas psicotrópicas, e as que aconteceram, em geral, foram para pior, especialmente no que se refere às drogas ilícitas (maconha e cocaína). Esse quadro sugere que as medidas adotadas nos últimos anos não tiveram a eficácia esperada e, além disso, negligenciaram várias questões de saúde. As intervenções repressivas e de controle foram as que receberam maior destaque; no entanto, já têm sido verificadas as inúmeras limitações e complicações decorrentes das medidas exclusivamente proibitivas.

Para as bebidas alcoólicas, apesar do elevado consumo e dos problemas decorrentes, mesmo as medidas de controle são incipientes. Além do pouco controle na venda para os jovens,

as informações sobre os riscos decorrentes do uso destoam do excesso de liberdade para as propagandas de bebidas alcoólicas (Noto, 1999).

Os diferentes níveis de intervenção

A busca de identidade pode levar o jovem a incertezas sobre si mesmo, abrindo espaço para a ocorrência de situações de transgressão, busca de prazer imediato e necessidade de liberdade, que muitas vezes podem favorecer o uso indevido de drogas (DeMicheli & Formigoni, 2001). A curiosidade, a influência do grupo social, a disponibilidade de drogas, o contexto familiar e situações como episódios de emoções desagradáveis têm sido apontados como alguns dos fatores de risco para o uso de drogas entre os jovens. No entanto, é importante salientar que muitos jovens resistem ao uso, embora na presença de fatores extremamente desfavoráveis.

Nesse sentido, é necessário o desenvolvimento de práticas que possam auxiliar a pessoa a conviver com as drogas, preservando sua integridade e autonomia, apesar dos fortes desafios contemporâneos como pobreza, exclusão social, abandono, violência, isolamento social, solidão, desemprego.

As medidas de intervenção ao consumo indevido de drogas podem acontecer em diferentes níveis:

Prevenção primária

Considera-se prevenção primária o conjunto de ações que procuram evitar a ocorrência de uso abusivo, ou até mes-

mo experimental, de drogas (OMS, 1992).

A divulgação de informações é o modelo de prevenção primária mais conhecido. Apresenta duas vertentes principais: o amedrontamento (enfoque nos prejuízos decorrentes do uso de drogas) e a informação científica (informação ampla e isenta). O amedrontamento foi muito utilizado em passado recente, mas se mostrou ineficaz e inadequado. Apesar de ser fundamental a divulgação de informações isentas, enquanto medida preventiva isolada não tem tido muito sucesso, uma vez que alterações dos conceitos da população não implicam, necessariamente, mudança de comportamento (Dorn & Murji, 1992).

Existem outros modelos mais recentes de prevenção primária, cuja efetividade ainda não pôde ser avaliada adequadamente. Nesse conjunto se incluem modelos que buscam fortalecer atitudes saudáveis e/ou a oferta de alternativas esportivas e culturais; modelos voltados para a modificação do ambiente, das condições e práticas instrucionais, e ainda alguns que visam a sensibilização de lideranças naturais para atuarem como multiplicadores do processo (Carlini-Cotrim, 1992; Dorn & Murji, 1992). Esse modelo de formação e sensibilização de multiplicadores vem sendo utilizado recentemente em algumas escolas brasileiras da rede pública de ensino.

Apesar da diversidade de modelos preventivos, o principal critério na escolha do mais adequado é conhecer e respeitar as características e as necessidades da comunidade onde se pretende atuar.

Prevenção secundária

A prevenção secundária é o conjunto de ações que procuram evitar a ocorrência de complicações para as pessoas que fazem uso ocasional de drogas e que apresentam um nível relativamente baixo de problemas (OMS, 1992).



Essas ações buscam sensibilizar as pessoas a respeito dos riscos, favorecendo a mudança de comportamento através do aprendizado de novas atitudes e escolhas mais responsáveis.

Os serviços específicos de prevenção secundária ainda são muito pouco explorados no Brasil, especialmente em função das inúmeras dificuldades relacionadas à implementação desse tipo de intervenção. Os usuários não dependentes, muitas vezes, não identificam qualquer prejuízo imediato do uso da droga e ainda sentem imenso prazer em usá-la. Dessa forma, eles não tendem a buscar ajuda em serviços especializados, sendo assim dificilmente identificados. No caso das drogas ilícitas, a identificação do usuário se torna ainda mais complicada por se tratar de um comportamento clandestino.

Prevenção terciária

A prevenção terciária é o conjunto de ações que, a partir de um problema existente, procura evitar prejuízos adicionais e/ou reintegrar na sociedade os indivíduos com problemas sérios. Também busca melhorar a qualidade de vida dos usuários junto à família, ao trabalho e à comunidade de forma geral (OMS, 1992).

As políticas públicas de redução de danos, como a iniciativa de distribuição de seringas entre usuários de drogas injetáveis, buscam reduzir os efeitos negativos tanto para o indivíduo quanto para a sociedade, reconhecem que as pessoas usam e muitas delas continuarão usando drogas, independentemente das intervenções convencionais. Essa estratégia vem recebendo maior atenção a partir da constatação da transmissão do HIV e das hepatites virais, pela troca de agulhas e seringas contaminadas durante a prática de uso injetável de drogas (Mesquita, 1994). Embora já tivesse sua importância reconhecida internacionalmente, no Brasil foram inúmeras as resistências políticas para a implementação de projetos voltados para a redução de danos.

No nível de prevenção terciária, também se inserem as ações voltadas para identificar e lidar com casos emergenciais (como síndrome de abstinência, *overdose*, tentativas de suicídio, entre outros) e/ou com pacientes portadores de problemas que necessitam encaminhamento (hepatite, Aids, cirrose, entre outros). Também envolvem a orientação familiar e o auxílio na

reabilitação social dos usuários.

Tratamento

Existem inúmeros modelos de tratamento para dependência, incluindo grupos de auto-ajuda (entre os quais destacam-se os Alcoólicos Anônimos), abordagens psicanalíticas, comportamentais, cognitivas, medicamentosas, entre outras.

No entanto, tem sido demonstrada a semelhança de efetividade entre as diferentes abordagens disponíveis. Os índices de recuperação são muito baixos, oscilando entre 20 a 30% os casos de pacientes que se mantêm recuperados dois anos após o tratamento (Miller, 1992).

Formas alternativas de intervenção têm sido estudadas para aumentar os índices de recuperação. Alguns defendem a importância de um pareamento entre os pacientes e as abordagens terapêuticas, ou seja, que a escolha do tratamento tenha como referência as características/ necessidades do paciente. Essa nova proposta de estudos tem sido um dos principais focos de pesquisas sobre o tratamento da dependência química ao longo dos últimos anos (Lindstrom, 1992).

No entanto, é consenso a necessidade de redes de assistência integral ao dependente, incluindo serviços de orientação familiar, encaminhamento para tratamento de co-morbidades, apoio para reinserção profissional e/ou educacional, entre outros.

Especificidades das intervenções com adolescentes

É consenso entre especialistas nessa área que as intervenções voltadas para os adolescentes devem levar em conta muitas das particularidades dessa faixa etária. A resistência que o adolescente sente ao admitir o uso de drogas, associada à crença onipotente de que “*não preciso de ajuda*”, “*paro quando quiser*”, dificultam a procura de auxílio na fase inicial do problema. O sentimento de desconfiança e temor é muito frequente entre os jovens usuários e, portanto, devem ser ainda mais acentuados os cuidados com o estabelecimento de vínculos de confiança, empatia, aceitação e sigilo.

Preferencialmente, as intervenções devem ser antecedidas por um diagnóstico claro e preciso do uso de drogas do adolescente, com uma avaliação clínica global, uma avaliação dos aspectos da vida familiar e social, bem como uma sondagem de eventuais problemas legais. Técnicas de motivação são importantes nessa fase, a fim de facilitar a adesão do jovem à intervenção. É importante ressaltar que não existe uma abordagem melhor ou pior, mas é necessário um diagnóstico adequado, capaz de orientar na escolha do tratamento mais adequado para cada caso.

As intervenções podem ocorrer em nível individual, familiar, grupal ou integrativo (individual + familiar, familiar + grupal), ou em comunidades terapêuticas. É recomendada a atuação em equipe multidisciplinar para atendimento do jovem, com uma com-

posição mínima: um médico psiquiatra, um psicólogo e um assistente social. Atualmente, têm sido encorajadas práticas de intervenções breves com jovens usuários de drogas, que normalmente estão baseadas em um tempo limitado e focalizadas no comportamento de consumir drogas. A orientação adequada ao jovem e à sua família pode auxiliar a aderência na intervenção, assim como é necessário estabelecer um plano de ação a ser discutido com o jovem e seus familiares no início da intervenção (Silva, 2001).



Referências

- Carlini-Cotrim, B. (1992). *A escola e as drogas: realidade brasileira e contexto internacional*. Tese de Doutorado não publicada. Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo - SP.
- DeMicheli, D. & Formigoni, M. L. O. S. (2001). Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predict of future use pattern? *Addictive Behaviors*, 27, 87-100.
- Dorn, N. & Murji, K. (1992). *Drug prevention: a review of the English language literature*. Institute for the Study of drug dependence (ISDD), 46p. (Research Monograph, 5).
- Galduróz, J. C. F., Noto, A. R. & Carlini, E. A. (1997). *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus de dez capitais brasileiras no ano de 1997*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia – Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. São Paulo - SP.
- Lindstrom, L. (1992). *Managing alcoholism: matching clients to treatment*. New York - NY. Oxford University Press.
- MacRae, E. (2001). Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. Em S. D. Seibel & A. Toscano (Orgs.), *Dependência de drogas* (pp. 25-34). São Paulo - SP. Atheneu.
- Masur, J. & Carlini, E. A. C. (1989). *Drogas: subsídios para discussão*. São Paulo - SP. Brasiliense.
- Mesquita, F. (1994). Perspectivas das estratégias de redução de danos no Brasil. Em F. Mesquita & F. I. Bastos (Orgs.), *Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos* (pp. 169-180). São Paulo - SP. HUCITEC.
- Miller, W. R. (1992). The effectiveness of treatment for substance: reasons for optimism. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 93-102.
- Noto, A. R. (1999). O uso de drogas psicotrópicas no Brasil: últimas décadas e tendências. *O Mundo da Saúde*, 23(1), 5-9.
- Noto, A. R., Nappo, A. S., Galduróz, J. C. F., Mattei, R. & Carlini, E. A. (1997). Use of drugs among street children in Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, 29(2), 185-192.
- OMS, Organização Mundial da Saúde. (1992). *Reagindo aos problemas das drogas e do álcool na comunidade*. São Paulo. 109p.
- Paulino, W. (1997). *Drogas*. Série Jovem, Ática, 1997.
- Silva, E. A. (2001). Abordagens familiares. *Jornal de Dependência Química*, 2(Supl.1), 21-4.

Capítulo XI

Adolescência e Aids

Monalisa Nascimento dos Santos Barros



Até junho de 2001, foram notificados no Brasil 215.810 casos de Aids, sendo 34.568 em jovens de até 24 anos. Considerando que não se notifica soropositividade, calcula-se que o número real (incluindo os soropositivos) seja cinco vezes maior que o apresentado em boletins epidemiológicos produzidos pelo Ministério da Saúde (Ministério da Saúde, 2001). Analisando as tabelas do boletim citado, verificamos que, do total de notificados com Aids, 11,4% dos homens e 16% das mulheres são jovens entre 13 e 24 anos.

Calcula-se que, desde a infecção pelo vírus até o desenvolvimento da doença, o indivíduo leve de cinco a dez anos como portador sadio. Podemos inferir que os doentes de Aids com até 29 anos têm uma grande possibilidade de terem contraído o vírus na adolescência ou logo após terem dela saído. Ampliando a faixa examinada até 29 anos, os números são ainda mais expressivos, atingindo 43,3% dos indivíduos do sexo feminino e 34% do sexo masculino notificados, entre 1980 e

2001, pelo Ministério da Saúde.

A rapidez com que ocorrem mudanças de conceitos, terapêuticas, expectativa de vida, tempo e qualidade de sobrevivência tem exigido do profissional de psicologia um envolvimento maior nas diversas etapas da assistência e prevenção do HIV/Aids. A ação do psicólogo tem sido ampliada, deixando de ser apenas o acompanhamento do processo de morte. Ele pode tentar diminuir a vulnerabilidade social através de ações educativas intra e extra muros, promover o aconselhamento pré e pós teste, fazer o acompanhamento dos pacientes soropositivos, participar da revelação do diagnóstico e do processo de comunicação a parceiros e à família, quando solicitado e coordenar grupos terapêuticos ou de adesão ao tratamento.

Neste texto, pretendemos abordar os aspectos mais atuais e emergentes da Aids em nosso país, que são as questões relativas à evolução da infecção pelo HIV, a vulnerabilidade, a adesão ao tratamento, a terapia antiretroviral, os sentidos do risco, os transtornos mentais que ocorrem com adolescentes portadores de HIV/Aids e os direitos dos portadores do vírus.

Evolução natural da doença

Para o psicólogo que acompanha pacientes com Aids, torna-se necessário conhecer a evolução natural da doença, uma vez que esta tem se tornado doença crônica, com longo período de evolução e exigências específicas no seu manejo, como exames laboratoriais e clínicos regulares, especificidades ligadas à medicação, ao preconceito social etc.

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é o agente etiológico da Aids e foi descoberto em 1983 por Luc Montagnier, tendo sido classificado como retrovírus. Sendo um retrovírus (RNA), o HIV não consegue se reproduzir sem antes ser transcrito por um DNA. Em 1986, foi identificado na África um segundo agente e determinou-se a classificação desses vírus como HIV I e HIV II respectivamente.

O HIV possui glicoproteínas cujas estruturas têm a função de acoplar o HIV às células CD4 que apresentam receptores compatíveis. As células humanas, que possuem na sua superfície receptores CD4 em grande quantidade, são os linfócitos auxiliares ou linfócitos CD4 que, dentro do sistema imunológico, cumprem um papel fundamental na distribuição direta de agentes invasores e no desempenho da função de desencadear respostas imunes de maior complexidade. Com a contaminação, a concentração de vírus tende a aumentar, a reposição de células de CD4 torna-se declinante e o processo de falência do sistema imunológico começa a se estabelecer. Há um lento processo de desequilíbrio que, se não houver

interferência, através da introdução dos medicamentos, levará, após alguns anos, a um estado de profundo comprometimento imunológico cujo desfecho será a manifestação da infecção, até então não aparente.

O diagnóstico da presença do vírus no organismo é feito através da pesquisa de anticorpos anti-HIV no sangue, mas devemos considerar o tempo entre a exposição ao vírus e a possibilidade de serem encontrados anticorpos anti-HIV no sangue (de duas semanas a três meses). A esse período chamamos de janela imunológica; o indivíduo pode estar infectado e o exame apresentar-se negativo.

Dois exames laboratoriais servem de parâmetros para a avaliação da condição imunológica do portador: a contagem de linfócitos CD4 e o exame da carga viral plasmática que determina o número de partículas virais que estão circulando no sangue periférico do infectado. Quanto maior esse número, maior a destruição do sistema imunológico.

Quando assintomático, o indivíduo é considerado soropositivo ou portador do vírus. Quando surgem os sintomas, ele passa à condição de doente de Aids. Quando o diagnóstico é realizado antes da instalação da doença, pode ser feito o controle dos níveis de CD4, de carga viral e iniciada a medicação antiretroviral sem ter havido ainda a manifestação dos sintomas clínicos. Em geral, esse controle é feito pelo infectologista de quatro em quatro meses. Alguns pacientes acompanham os resultados com bastante ansiedade e expectativa, outros preferem ignorar.

O tratamento atual da infecção pelo HIV fundamenta-se no uso de drogas antiretrovirais específicas e de antibióticos ou quimioterápicos utilizados para o manejo das infecções oportunistas e neoplasias. A terapêutica antiretroviral tem como objetivo a supressão da replicação do HIV, através do bloqueio de diferentes etapas do ciclo reprodutivo viral. Atualmente existem três grupos de drogas. Os chamados coquetéis são combinações entre remédios de três grupos. Em geral é utilizada a terapia dupla, tripla ou quádrupla. A monoterapia não é recomendada. Quando o paciente apresenta falhas nos primeiros esquemas, pode haver outras combinações e associações denominadas de terapia de resgate.

O uso do coquetel representa um aumento no tempo e na qualidade de vida, mas causa inúmeros efeitos colaterais que podem limitar a utilização dos medicamentos para muitos pacientes. Esses efeitos variam de pessoa a pessoa e, na maioria das vezes, são toleráveis.

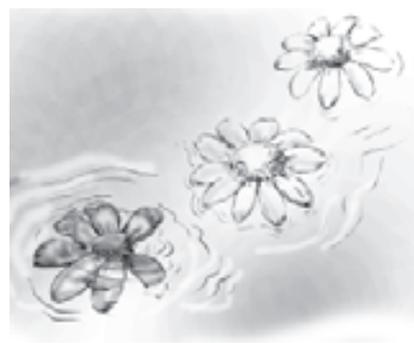
As falhas no tratamento podem ocorrer em razão da seleção natural de cepas mutantes ou serem facilitadas pelo uso errado dos medicamentos. Quando alguém atrasa ou pára de tomar a medicação, o vírus volta a se multiplicar com a mesma força que tinha antes de os remédios atuarem. Surgem novos vírus com pequenas mudanças (mutações), que não são sensíveis à medicação, fazendo com que o efeito do tratamento diminua. A adesão ao tratamento é fundamental. A exposição a subdoses do medicamento ou a regimes de uso intermitente acelera a emergência do vírus, inviabilizando o uso de diversas drogas do

‘arsenal’ e, muitas vezes, deixando o paciente sem nenhuma alternativa de tratamento.

Terapia antiretroviral

A terapia antiretroviral tem demonstrado eficácia em fazer crescer os níveis de CD4 e em decrescer os níveis de carga viral em grande número dos casos. “Com a terapêutica antiviral adequada, espera-se que a carga viral se torne indetectável pelos níveis atuais, controlando a progressão da doença” (Coordenação Nacional de DST/Aids, 2000, p. 18).

No acompanhamento de pacientes soropositivos, percebemos o incremento da angústia e da ansiedade por ocasião da introdução da terapêutica antiretroviral. Até esse momento, o indivíduo é, muitas vezes, assintomático e não tem



concretas evidências da doença a não ser no plano emocional e social. O coquetel traz a concretude no aqui e agora e cria situações novas como: necessidade de adequar a dieta para o uso de alguns

remédios, decisão de tomar ou não na frente de amigos, criação de estratégias para que ninguém veja e pergunte por que tantos remédios, “escravidão” aos horários, abstinência alcoólica, mudança na rotina de vida e o manejo dos efeitos colaterais nos

primeiros meses. Alguns relatam esse momento como uma sensação de “começo do fim”, de acordo com o trabalho de Teixeira, Paiva e Shima (2000).

No adolescente, deve-se acrescer os horários de aula e prova, a decisão de deixar que os colegas saibam ou não, a pressão da família para não contar e/ou a superproteção dos pais, que passam a não permitir algumas particularidades porque agora acham que têm que vigiar a ingestão dos remédios e outras situações.

A adolescência é um período marcado por mudanças corporais e pelo exercício mais explícito da sexualidade. Paquerar, namorar, apaixonar-se passa a fazer parte da vida social e afetiva. A presença do HIV na vida de um adolescente pode transformar esses momentos em situações de crise. Contar, ou não, para o parceiro(a)? Quando contar? Até onde contar? Ter uma vida “normal” como os outros ou esconder-se destas experiências? Como a família lida com essas situações? O psicólogo, estando atento, pode facilitar a elaboração desses e de outros questionamentos.

Adesão ao tratamento

O Brasil é um dos poucos países do mundo a distribuir gratuita e universalmente os medicamentos antiretrovirais. A introdução dos antiretrovirais levou a considerar a Aids uma doença crônica e tratável e foi responsável por uma drástica queda da mortalidade. Entretanto, evidencia-se a necessidade

da promoção à adesão ao tratamento como medida fundamental à efetividade do mesmo e como medida de prevenção à disseminação do vírus resistência no plano coletivo. A não adesão ao tratamento, além de ser uma ameaça à eficácia do coquetel contra a Aids no não aderente, representa também uma ameaça social. O doente de Aids que já desenvolveu resistências a alguns antiretrovirais repassa o vírus já resistente. Se não houver uma atenção direta, persistente e contínua com relação à adesão, a velocidade da seleção natural de cepas resistentes pode ser maior do que a do aparecimento de novos antiretrovirais.

O psicólogo, sendo parte da equipe multiprofissional, é, também, um dos responsáveis por pensar a questão da resistência e propor alternativas para a construção de facilitadores para a adesão dos pacientes às terapêuticas. Para isso, é necessária a compreensão de alguns fatores básicos como o de que algum grau de não adesão é universal em todas as patologias crônicas, mesmo aquelas em que há risco de vida.

Comparando estudos sobre a aderência em doenças crônicas com estudos sobre Aids, Teixeira e colaboradores (2000) não encontraram evidências de que fatores relacionados à pessoa sob tratamento, tais como perfil socioeconômico, sexo ou idade tenham relação com a aderência. O único fator que admite uma relação desse tipo é o uso de drogas. Os estudos sobre o uso de drogas e HIV estão mais concentrados nos usuários de drogas injetáveis – UDI - e estes apresentam taxas mais significativas de recusa ao tratamento. Outras pesquisas

citadas no estudo referido acima apresentam uma associação com pequenas diferenças na aderência de usuários de drogas. Dos trabalhos avaliados pelos autores, a maioria ressalta que “uma intervenção planejada por parte do serviço de saúde apresentou resultados positivos no incremento da aderência em UDI atuais” (p. 15).

Outros fatores que indicam uma associação mais clara com os níveis de adesão estão relacionados à doença e ao tipo de tratamento. Um dos fatores que pode dificultar a adesão é a falta de “vantagens terapêuticas imediatas e a necessidade de controle periódico” (Teixeira e cols., 2000, p. 15).

Como a Aids ainda não tem cura, o uso dos antiretrovirais é prescrito por toda a vida e sabe-se que a aderência diminui com o tempo de tratamento. Uma boa aderência no início pode ser um indicativo de aderência em longo prazo. O tipo do regime terapêutico – número de doses, via de aplicação, número de drogas, restrição alimentar, presença de efeitos colaterais ou tóxicos - está mais diretamente associado à não adesão. Os estudos apontam que mais de três doses por dia, tamanho do comprimido e restrições dietéticas são razões para não adesão.

Ao se estudar a adesão ao tratamento, raramente o pesquisador se depara com o uso abusivo. Não adesão, comumente, significa subdosagem ou troca de horários. Em grande parte dos casos, o doente de Aids começa a tomar as medicações quando a avaliação laboratorial indica e não quando passa a sentir os sintomas, ou seja, é a equipe de saúde que

indica o momento de começar. E, muitas vezes, conversar com o portador sobre como tomar os antiretrovirais é sentido por ele como a confirmação da soropositividade. Aceitar o tratamento, ser aderente a ele, equívale a aceitar a soropositividade. Portanto,



a adesão precisa ser construída.

A experiência de profissionais que lidam com a adesão em São Paulo, escrita por Paiva, Leme, Nigro e Caraciolo (2000), sugere que o início do tratamento pode ser adiado, proporcionando o tempo necessário para que a pessoa aceite o tratamento e participe da decisão de quando vai começar e quais obstáculos poderá enfrentar.

Se houve uma boa adesão ao tratamento, houve uma compreensão do que significa e de sua eficácia, proporcionando o comprometimento e apropriação, por parte do paciente, do seu tratamento. Compartilhar com o paciente as evoluções clínicas, laboratoriais e psicológicas do seu tratamento viabilizam a cumplicidade necessária no cuidado com a sua saúde. Se a prescrição dos antiretrovirais é de responsabilidade do médico, o espaço para acolher e compartilhar a vivência desse tratamento é de todos os da equipe, principalmente do profissional de psicologia. Proporcionar uma escuta que leve à reflexão sobre o significado da medicação na vida e no cotidiano daquela pes-

soa, a quem vai contar, quem não pode vê-lo tomando as medicações, quais as estratégias que aquela pessoa está criando para facilitar ou dificultar a adesão pode ser o diferencial no resultado do tratamento.

“Mesmo profissionais de ‘cabeça feita’, como se diz, e que têm uma conduta aberta e interativa se pegam às vezes forçando o paciente, esquecendo-se de que é melhor trabalhar *com_ele* do que por ele e induzir a resistência” (Paiva e cols., 2000, em Teixeira, 2000, p. 35).

Até aqui falamos como se todos devessem aderir, porém há aqueles que não querem usar da medicação ou fazem opções por medicações homeopáticas e/ou outras. E esses pacientes precisam ser respeitados e acolhidos. Trabalhar com a adesão é um processo no qual nos deparamos com dificuldades de diversas ordens e a diversidade de portadores constitui um desafio constante à equipe.

Conceito de vulnerabilidade

Ao longo dos 20 anos de epidemia, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) mudou o perfil dos contaminados e a história natural da doença. Atualmente, a epidemia demonstra uma tendência à feminilização, juvenilização, pauperização e interiorização. Sendo assim, a população mais vulnerável, hoje em dia, é a das mulheres jovens, de nível sócioeconômico mais baixo, do interior do país.

No início da epidemia, foi disseminada a idéia de que

existiriam grupos de risco à doença. Depois passou-se a trabalhar com a noção de comportamento de risco. As duas noções circunscreviam o risco ao comportamento individual. O conceito de vulnerabilidade é uma tentativa de explicar como a inter-relação de fatores distintos como os individuais, os sociais e os políticos podem facilitar ou dificultar a exposição de uma pessoa ou população ao HIV.

A vulnerabilidade amplia a compreensão do risco, já que a “disseminação do vírus ocorre no entrecruzamento de comportamentos e vivências individuais e subjetivas – sexualidade e identidade de gênero – com condições sociais mais amplas, como acesso a serviços e existência de políticas públicas” (Vilela & Diniz, 1998, p. 8). Quando o enfoque era apenas no comportamento social, a solução encontrada foi a de impor um comportamento (sexo seguro) e um instrumento (a camisinha) e depois se contabilizava o número de usuários de camisinha. Esse tipo de abordagem não considerava as diferenças entre as pessoas e seus contextos sócio-históricos. Propunha a responsabilidade individual descontextualizada.

O fracasso dessa estratégia foi generalizado. A Aids forçou uma atenção mais acurada, uma vez que o poder público queria uma resposta, a população sentia-se ameaçada e a doença avançava. O conceito de vulnerabilidade pessoal e coletiva aponta para a responsabilidade dos aspectos sociais mais amplos, assim como para a existência de políticas públicas claras para o enfrentamento da epidemia.

Aids e assistência em saúde mental

Desde a situação de testagem até a convivência com o resultado da sorologia, a ansiedade e a angústia permeiam os sentimentos da pessoa envolvida. O aconselhamento pré-teste é um momento de intervenção importante para a prevenção da saúde mental. É o momento para revelações das fantasias com relação ao HIV, de esclarecimento de dúvidas, de informações sobre as possibilidades de tratamento, de criação de estratégias de enfrentamento da soropositividade e convivência com o diagnóstico/doença. É um momento crucial para o estabelecimento de vínculo.

A revelação do diagnóstico é outro momento de grande ansiedade. Esclarecer o paciente sobre essa ansiedade e seus mecanismos de maneira clara e objetiva, valorizando os sintomas psicológicos e acolhendo seu sofrimento psíquico é tão fundamental quanto a assistência clínica.

No transcorrer da doença, outros episódios de *ansiedade* estarão presentes. O acompanhamento do paciente com Aids deve, também, proporcionar um diagnóstico diferencial constante com outras situações que geram sintomas semelhantes: afecções neurológicas relacionadas a Aids, doenças secundárias e efeitos colaterais dos antiretrovirais. Os medicamentos antiretrovirais são responsáveis por sintomas como insônia, cefaléia, fadiga, parestesias e mal-estar difuso que estão diretamente ligados com os sintomas sugestivos de ansiedade.

Outra situação ansiogênica é decidir se vai contar, com quem dividir essa informação e a forma de contar. Em geral, nesse momento o paciente sente-se inseguro quanto à postura e à disponibilidade afetiva dos interlocutores. É interessante uma investigação acerca das relações dele com os familiares e amigos, se está dividindo suas angústias e medos com alguém e como tem sido a qualidade dessa acolhida. “O conhecimento dessas relações pessoais constitui em uma ferramenta



importante no desenho do projeto terapêutico voltado para a reversão do quadro ansioso” (Coordenação Nacional de DST/Aids, 2000, p. 24). Em geral, nesses casos, a assistência psicológica e acompanhamento são suficientes para a manutenção do equilíbrio psicológico, gerando conforto e garantias de

que ele siga as orientações terapêuticas.

Um agravamento na situação psicológica do portador do HIV pode levá-lo a desenvolver uma crise de *depressão*. A incidência da depressão aumenta à medida em que a doença progride e/ou pode ocorrer como efeito colateral das medicações. Vale lembrar que a situação de se descobrir portador e/ou doente de Aids já é uma vivência de situação de perda, concreta ou simbólica, e pressupõe um processo de luto.

O estabelecimento de uma crise depressiva vai exigir um manejo específico. A investigação minuciosa pode ajudar no diagnóstico diferencial. Devem ser investigados a existência de fadiga crônica, irritabilidade renitente, choro fácil, alterações no apetite, desejo sexual ou sono, a existência de outros sintomas associados e se existe e como tem sido feito o uso de medicações.

Nos quadros depressivos moderados que não regridam com psicoterapia ou grupo de apoio, pode ser indicado o uso da medicação antidepressiva. Nesse caso, o encaminhamento do paciente a um psiquiatra é recomendado.

Não é rara a ocorrência de *surto psicótico* em algum momento do desenvolvimento da doença ou durante o aparecimento de infecção oportunista do Sistema Nervoso Central (SNC). Ao avaliar um paciente agitado, devemos considerar a orientação espacial e temporal, a presença de delírios, se a mudança de comportamento foi abrupta, se existem antecedentes de transtornos psiquiátricos e suas condições físicas gerais. O encaminhamento ao psiquiatra também é aqui recomendado. Além do surto psicótico de base orgânica são comuns, também, quadros delirantes persecutórios (paranóide), quadro maníaco ou hipomaníaco e quadros psicóticos agudos ou reativos.

O profissional de psicologia que trabalha nos serviços de Aids deve estar apto ainda para identificar e diferenciar os sintomas que indicam *afecções neurológicas* para proceder ao encaminhamento devido. Faz-se necessário o conhecimento

da fase evolutiva da infecção retroviral para estabelecimento dos possíveis diagnósticos. As afecções neurológicas são de alta frequência, chegando a cifras de 50 a 90% em crianças e adolescentes. Essas afecções podem comprometer o Sistema Nervoso Central ou o Sistema Nervoso Periférico, a depender do estágio clínico imunológico evolutivo da infecção e podem estar diretamente relacionadas ao HIV ou serem secundárias – responsabilidade de outras etiologias favorecidas pela imunossupressão – ou serem efeitos colaterais pelo uso de drogas antiretrovirais.

Uma afecção neurológica que tem relação causal com o HIV e que acomete a muitas crianças e adolescentes com Aids é o Complexo Cognitivo Motor relacionado ao HIV (CCM HIV), também denominado, *demência associada ao HIV*, caracterizada principalmente pela lentificação dos processos mentais. Apesar de a demência poder surgir de forma abrupta, em muitos casos podem ser observados distúrbios cognitivos mais brandos e estáveis, desde a fase assintomática e na fase sintomática inicial, caracterizada por comprometimento da tensão e concentração e por uma certa lentidão no desempenho mental, que podem ser evidenciados por *testes psicológicos*. O paciente mantém suas atividades, mas com maior dificuldade na realização das tarefas. Quando há um recrudescimento do CCM HIV, pode haver lentidão psicomotora, apatia, isolamento social e abandono das atividades habituais. Os pacientes começam se queixando de certa queda no rendimento, de dificuldades em atividades corriqueiras como leitura, resolução de problemas,

de distúrbios leves na memória. Às vezes, as queixas são vagas e isoladas. Podem se assemelhar a um distúrbio depressivo, mas a diferença é que, na demência, há mais apatia e desinteresse do que tristeza. Muitas vezes, a queixa é do familiar ou do acompanhante. A intervenção, nesse caso, deve ser a mais precoce possível devido às repercussões na qualidade de vida do paciente e sua sobrevivência e na possibilidade de tratamento. Um encaminhamento a uma avaliação neurológica mais acurada é fundamental, inclusive porque quadros como toxoplasmose cerebral e meningite tuberculosa e outros também podem gerar sintomas parecidos com a demência.

Muitos déficits cognitivos estabilizam ou regredem com a terapia antiretroviral. “Medidas gerais que auxiliem o paciente a compensar a queda de seu rendimento mental podem ser de grande utilidade, assim como a orientação de seus familiares. A psicoterapia para indivíduos com distúrbios cognitivos pode ser de grande valia; devem ser feitas, todavia, adaptações técnicas que considerem o padrão de funcionamento mental dos pacientes” (Coordenação Nacional de DST/Aids, 2000, p. 47).

Outro grupo afetado pela Aids é aquele constituído por pessoas que, por medo, desinformação ou maior vulnerabilidade



psicológica sentem-se infectadas, mesmo apresentando sorologia negativa. Na maioria das vezes, essas pessoas não trazem história de comportamento de risco, mas desenvolveram a convicção de estarem contaminadas mesmo com vários resultados sorológicos negativos. Podem apresentar sintomas como crises de pânico, distúrbios obsessivo-compulsivos, vivências hipocondríacas e ansiedade generalizada e apresentar quadros nos quais os sintomas da doença são mimetizados – diarreia, perda de peso, perda de apetite, doenças de pele e queda de cabelo. A argumentação lógica não é suficiente. Uma boa relação entre a equipe dos serviços de Aids e o paciente aflito com as fantasias de infecção ou doença é determinante para o sucesso do encaminhamento deste para os serviços especializados. A paciência, a tolerância e a atitude de acolhimento são tão importantes quanto para aqueles portadores de HIV.

Manejo de situações difíceis na criança e no adolescente com Aids

Um tópico bastante discutido entre os profissionais do serviço de Aids é a comunicação. Quando e como comunicar a soropositividade a um jovem? Sabemos da vulnerabilidade da criança e do adolescente ao mundo externo e do alto grau de observação e percepção que eles possuem. Podemos, portanto, afirmar o importante papel do adulto em poder traduzir em palavras o que está sendo vivenciado por ela. Um entendimento

e compreensão de seus medos, fantasias e angústia tende a facilitar a vivência da doença. Às vezes, falar a verdade pode estar vinculado ao aumento da dor. Lidar com o adoecer da criança, comunicá-la da perda dos pais ou de algum amigo de sala de espera são situações bastante sofridas. Entretanto, não falar a verdade pode favorecer a resistência do jovem em voltar ao assunto, aumentando a confusão entre o que é percebido e o que é falado. O vínculo deve estar baseado na confiança para que gere conforto e segurança na relação.

Como e o que dizer acerca da doença e sobre a morte são indicados pelo próprio jovem. É comum na adolescência uma modificação na percepção da equipe. Os profissionais, que eram bons e amigos, podem passar a serem vistos como os que o diferenciam do grupo, os que trazem problemas, os que exigem as tomadas das medicações e a realização de exames regulares.

Há diferenças no comportamento de aceitação da condição de portador entre os jovens que cresceram na condição de portador, os jovens hemofílicos e os adolescentes que se infectaram por suas experiências sexuais ou por uso de drogas injetáveis. Porém, o profissional deverá, independente da forma de contaminação, construir com o jovem uma relação de confiança e acolhimento que permita discutir questões como comportamento sexual – prevenção, transmissão, cuidados que o portador de HIV deve ter consigo e com o outro, uso de drogas e outros. Construir com o paciente a capacidade de decidir sua vida.

Outra situação na qual a intervenção do psicólogo é

bastante importante consiste na preparação para os procedimentos médicos necessários ao tratamento. O psicólogo, que mantém aberto o canal de comunicação com o jovem paciente, tem mais facilitada a expressão dos sentimentos.

O acompanhamento psicológico favorece o alívio psíquico através da elaboração dos conteúdos inconscientes. O manejo adequado dessa situação reduz a ansiedade e o estresse, melhorando a qualidade de vida do jovem. “Grupos escolares, grupos de ajuda mútua e associações têm uma função terapêutica na relação do adolescente com a sua doença. Apoio e psicoterapia familiares fazem também parte essencial do manejo. Negação inicial, culpa pela doença do filho e raiva da equipe médica são alguns dos sentimentos mais encontrados. Os pais devem ser esclarecidos sobre os problemas da criança e, no caso das doenças neurológicas, sobre como lidar com as limitações específicas delas. Elas precisam de estabilidade ambiental e tendem a entrar em crise de ansiedade e confusão mental, com as mudanças de ambiente e as exigências que lhes são feitas ” (Coordenação Nacional de DST/Aids, 2000, p. 56).

O Futuro - A compreensão do risco e a construção da solidariedade

É fato que a educação com relação à Aids no Brasil tem sido pouco eficaz. O preconceito social e a discriminação têm sido mais letais e produtores de seqüelas do que o próprio

vírus. A discriminação tem, inclusive, inibida uma resposta social mais eficaz à epidemia.

Paulillo (1999), num estudo sobre os sentidos do risco, encontrou em sua análise vários componentes na produção de sentido para o risco do HIV, desde a projeção do risco para o mundo externo (isso não tem nada a ver comigo), à necessidade de hierarquização de riscos (a situação de vida, às vezes, oferece riscos mais concretos do que se imaginar contaminado pelo vírus). Outro componente é a falta de crença na ciência. A ciência médica contribuiu para responsabilizar determinados grupos (os ‘grupos de risco’) e generalizou o comportamento dos homossexuais e dos usuários de drogas antes de mudar o discurso. Além disso, há embutido no sentido do risco as questões de gênero e o lugar do amor em nossa cultura. O amor está vinculado à confiança. É comum percebermos um sentimento de invulnerabilidade nas pessoas apaixonadas, como se o amor os protegesse. Em geral, o comportamento feminino ainda está vinculado ao de subalternidade na relação. A busca do prazer, seja pelo sexo, seja pela droga, tem influência nas representações do risco do HIV. “O sexo contém um elevado investimento afetivo e apresenta um conteúdo simbólico muito forte de ligação com o ato de viver e de se sentir vivo” (Paulillo, 1999, p. 219).

A grande vulnerabilidade social a que está exposta a maioria dos brasileiros torna o risco do HIV um risco a mais entre outros. Unido a isso, a falta de hábito da população brasileira em exercitar o controle sobre os rumos do país produz a

crença de que é impossível controlar a doença e a epidemia. Para concluir, Paulillo acrescenta ainda a grande complexidade interna dos sujeitos humanos. “Trabalhar com riscos exige, portanto, abrir mão da busca da invariância, da lógica racional e dos discursos impositivos” (Paulillo, 1999, p. 222).

Richard Parker (1994) defende a política da solidariedade como a “única resposta possível à epidemia de HIV/Aids, seja no Brasil ou em qualquer lugar do mundo” (p. 19). Propõe a compreensão da solidariedade como a percepção do diferente, como a capacidade de a pessoa entender e identificar-se com a dor e o sofrimento do outro, apesar de diferenciá-lo de si próprio.



Devemos considerar que agir a respeito do tratamento do organismo infectado - indispensável para a vida - assim como a respeito das mudanças do comportamento individual - indispensável para as transformações coletivas - é impossível se não levarmos em conta o componente da subjetividade.

É função do psicólogo a otimização das iniciativas preventivas através do aconselhamento vinculado à situação de testagem, considerando os fatores psíquicos que obstaculizam ou facilitam tais medidas. O psicólogo pode também criar mecanismos de promoção de maior envolvimento comunitário,

a partir dos seus componentes subjetivos, nas iniciativas de combate à epidemia e ao preconceito através de desenvolvimento de atividades de grupo, promoção de treinamentos, seminários e ações educativas.

Os direitos dos portadores de HIV/Aids

Em outubro de 1989, a Rede Brasileira de Solidariedade formada pelas ONG's/Aids brasileiras editou a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids. Os artigos dessa declaração têm efeito de garantias individuais aos olhos da lei.

Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids

Considerando que a Aids é uma epidemia mundial e é preciso um esforço coletivo mundial para detê-la, que não existe perigo de contágio da Aids, exceto através das relações sexuais, de transfusão sanguínea e da passagem da mãe para o feto ou bebê, que do ponto de vista planetário é a Humanidade que se encontra soropositiva, não existindo uma “minoría” de doentes, que contra o pânico e a discriminação a prática da solidariedade é essencial,

Proclamamos que:

1- todas as pessoas têm o direito à informação clara,

exata, cientificamente fundada sobre a Aids, sem nenhum tipo de restrição. Os portadores do vírus têm o direito a informações específicas sobre sua condição;

2- todo portador do vírus da Aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida;

3- nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena, ou qualquer tipo de discriminação;

4- ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV, qualquer que seja sua raça, sua nacionalidade, sua religião, sua ideologia, seu sexo ou orientação sexual;

5- todo portador do vírus da Aids tem o direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que tende a recusar aos portadores do vírus um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação nas atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei;

6- todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV;

7- ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para a Aids sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada

por todos os serviços médicos e assistenciais;

8- ninguém será submetido aos testes de Aids, compulsoriamente, em caso algum. Os testes de Aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, para controle de pessoas ou populações. Em todo os casos de teste, os interessados deverão ser informados por um profissional competente;

9- todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde ou o resultado de seus testes;

10- todo portador do vírus tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania.

Rede Brasileira de Solidariedade
(ONG's/Aids) Porto Alegre - Outubro de 1989

Referências

- CN DST/Aids (2000). *Manual de assistência psiquiátrica em HIV/Aids*. Ministério da Saúde. Brasília - DF.
- Ministério da Saúde (2000). *Boletim epidemiológico da Aids* (Ano XIV, número 2). Ministério da Saúde. Brasília - DF.
- Paiva, V., Leme, B., Nigro, R. & Caraciolo, J. (2000). Lidando com a adesão. Em P. Teixeira, V. Paiva & E. Shima (Orgs.), *Tá difícil de engolir?* São Paulo - SP. NEPAIDS.
- Parker, R. (1994). *A construção da solidariedade*. Rio de Janeiro. Rele Dumará, ABIA, IMS, UFRJ.
- Paulillo, M. S. (1999). *Aids - Os sentidos do risco*. São Paulo. Veras Editora.
- Rede Brasileira de Solidariedade (1989). *Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids - Fórum Brasileiro de ONG's/Aids*. Porto Alegre - RS.
- Teixeira, P., Paiva, V. & Shima, E. (2000). *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo*. São Paulo - SP. NEPAIDS.
- Villela, W. & Diniz, S. (1998). *A epidemia da Aids entre as mulheres*. São Paulo - SP. NEPAIDS/CEFSS.

Capítulo XII

Adolescentes em situação de rua

Lucas Neiva-Silva
Sílvia Helena Koller



Como caracterizar os adolescentes em situação de risco?

A literatura tem gerado muitas definições sobre quem são, como são e quantos são os adolescentes em situação de risco, que se desenvolvem pelas ruas das cidades brasileiras e do mundo inteiro. Definir esses adolescentes como pertencentes a um ou outro grupo tem

sido sempre uma tarefa difícil para estudiosos. No entanto, essas definições são necessárias para realização de pesquisas, bem como para o planejamento de intervenções. Koller e Hutz (1996) afirmam que definir crianças e adolescentes como pertencentes a grupos estáticos como meninos *de* rua ou meninos *na* rua, é uma temeridade, pois a complexidade e a diversidade do espaço da rua produz uma dinâmica bastante particular às vidas das pessoas que dele se utilizam. Em substituição a esses termos, sugerem a terminologia *crianças e adolescentes em situação de rua*. Os adolescentes em situação de rua serão identificados,

nesta cartilha, tomando-se por base a caracterização apresentada por Neiva-Silva e Koller (no prelo), em que são considerados cinco aspectos principais: (1) a vinculação com a família, (2) a atividade exercida, (3) a aparência pessoal, (4) o local em que se encontra o adolescente e (5) a ausência de um adulto responsável pelo mesmo. Antecipadamente, faz-se necessário ressaltar que estes não são critérios rígidos, a serem adotados em definitivo, mas características que devem ser consideradas em toda a sua complexidade e analisadas de forma aprofundada no contato face-a-face com os adolescentes.

A relação com a família sempre foi mencionada como um dos principais fatores a serem considerados na descrição dos adolescentes em situação de rua. Inicialmente, os adolescentes em situação de rua eram vistos como aqueles que abandonaram seus lares ou foram abandonados por suas famílias. Posteriormente, foram identificados, nos países em desenvolvimento, dois tipos de adolescente no contexto da rua (Lusk, 1989). Essa diferenciação teve como principal enfoque a vinculação com a família. O primeiro grupo, denominado “meninos *na* rua”, era constituído, (dentre outros fatores,) por

aqueles que vinham para a rua, mas mantinham laços familiares, retornando para casa à noite ou nos finais de semana. (Lusk, 1989; Raffaelli, 1996). O segundo grupo, os “meninos *de rua*”, era formado por aqueles que haviam rompido os laços familiares, apesar de a maioria não ser órfã. Atualmente, observa-se que os adolescentes não estão em dois grupos estáticos, mas pertencem a um *continuum* entre a volta diária à casa e a total permanência na rua ou em instituições de atendimento. A vinculação familiar não pode ser entendida como um critério estático de identificação de um adolescente em situação de rua. Devido à complexidade do universo psicossocial e da dinâmica da vida na rua, o tipo de ligação estabelecida com a família é mais um aspecto considerado para a compreensão da problemática.

O segundo aspecto adotado para caracterizar a situação de rua é a atividade desempenhada pelo adolescente nesse contexto. Uma primeira diferenciação necessária está relacionada à realização de dois tipos de atividades: as lícitas e as ilícitas. Segundo Rosemberg (1996), as principais atividades lícitas desempenhadas na rua são: pedir esmola, perambular, brincar, dormir e trabalhar. O ato de esmolar inclui o pedido de dinheiro ou produto, geralmente alimentação, sozinho ou acompanhado de outros adolescentes. Perambular refere-se à circulação pela rua, sozinhos ou em grupo.

O ato de brincar é de grande importância para o desenvolvimento infanto-juvenil, independente do contexto e apesar dos potenciais riscos que a rua apresenta. A atividade

lúdica é de especial interesse para o profissional que busca realizar alguma intervenção junto a esses adolescentes. Constitui uma das principais formas de estabelecimento de vínculo entre um adulto, em princípio desconhecido, e o adolescente. Dependendo da idade do adolescente com o qual o adulto interage e do número de pessoas envolvidas, inúmeras atividades podem ser desenvolvidas com o objetivo de aproximar a relação, conquistar a confiança mútua e, em conseqüência, estabelecer vínculos. Dentre estas, citam-se as atividades esportivas, nas quais se destacam o futebol, bastante difundido no Brasil, e as atividades artísticas, como o desenho, a pintura, a colagem, a música, a dança, o teatro e a fotografia.

Dentre as atividades artísticas passíveis de serem



desenvolvidas junto aos adolescentes em situação de rua, algumas merecem um certo destaque, pela gama de vantagens que oferecem ao profissional durante a sua realização. Uma delas é a música, capaz de despertar interesse, principalmente quando composta e cantada pela própria

garotada. Surgem desde canções infantis até aquelas produzidas pelos próprios adolescentes, marcadas com um conteúdo de denúncia social, como no movimento *hip-hop*. Uma ferramenta muito utilizada é registrar em áudio ou vídeo a interpretação

individual ou grupal e depois mostrá-la aos protagonistas, para que ouçam ou assistam suas próprias vozes e atuações. A capoeira, fruto da união entre a música e a dança, tem sido uma das atividades que mais desperta o interesse de adolescentes em situação de rua, talvez por possuir elementos de caráter esportivo e de arte marcial, e por ser oferecida em espaços públicos, onde eles circulam. Essa atividade estimula o desenvolvimento psicomotor, através do ritmo e do exercício corporal, permite a expressão disciplinada da agressividade contida e, principalmente, o desenvolvimento moral, através da construção de normas e regras para o jogo de capoeira e de convívio entre os pares. Ainda no campo das artes, o teatro, desenvolvido no contexto da rua, destaca-se por permitir que o adolescente represente suas próprias experiências, dramas e conflitos. Com frequência, os jovens apresentam comportamentos mais tímidos, na realização dos jogos dramáticos, mas, com o tempo, assumem os mais diferentes papéis. Verifica-se a representação de personagens do cotidiano da rua, como por exemplo, o bêbado que anda cambaleando, o traficante que tem muito dinheiro, o policial agressivo, a criança de rua, o filho, o pai, a mãe e a criança com alto poder aquisitivo. Enfim, surgem em cena inúmeros símbolos do imaginário social, que representam concepções e conflitos vividos no contexto da rua.

O período da adolescência é decisivo na vida do jovem, pois, geralmente, coincide com a entrada no mundo do trabalho, caracterizando a construção de uma nova identidade ou a

aquisição de um novo *status* de adulto (Sarriera, Schwarcz & Câmara, 1996). Com relação à população em situação de rua, esse marco no ciclo desenvolvimental nem sempre ocorre da mesma maneira, pois o trabalhar, geralmente, se inicia ainda na infância, antes mesmo do primeiro contato com a escola. Trabalho consiste em qualquer ação laboral lícita, formal ou informal, cujo objetivo final seja a obtenção de dinheiro, alimento, vestuário, bens, serviço ou privilégio. Dentre os trabalhos mais comumente realizados na rua, encontram-se os vendedores ambulantes, os engraxates, os guardadores e limpadores de carros e os que realizam alguma atividade artística, como por exemplo, o malabarismo. Dentre as atividades lícitas, o trabalho e a mendicância configuram-se como sendo as principais formas de obtenção do que necessitam. Contudo, reconhece-se que parte dos adolescentes desenvolve, também, de forma esporádica ou periódica, atividades ilícitas, tais como o roubo, o furto e as ações ligadas ao comércio de drogas, tais como venda, compra, intermediação e transporte. Uma parte considerável de adolescentes em situação de rua de ambos os sexos é exposta à exploração sexual para garantir a sua sobrevivência.

O trabalho, realizado por adolescentes em situação de rua, analisado em toda a sua complexidade, ainda é bastante discutido. Se, por um lado, “é proibido qualquer trabalho a menores de quatorze anos de idade, salvo na condição de aprendiz” (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990, Art. 60), por outro, o trabalho é gerador de identidade para o sujeito (Jacques, 1993) e renda para a sua sobrevivência e a de sua

família, diferenciando os adolescentes dos “vagabundos” e dos “marginais” (Bonamigo, 1996). O trabalho realizado por crianças e adolescentes em situação de rua permite “uma forma diferente de infância,... que envolve, ao mesmo tempo, prejuízos e vantagens, exigências e atribuições, sofrimento e satisfação” (Bonamigo, p. 149).

O terceiro aspecto adotado para caracterizar a “situação de rua” do adolescente é sua aparência pessoal. Este é um dos aspectos mais frequentemente usados para identificá-los. A aparência é pautada, principalmente, na observação de aspectos exteriores, como a vestimenta e a higiene (Rosemberg, 1996). Frequentemente, observa-se a ausência de calçados, uso de roupas descuidadas e com tamanhos inadequados ao corpo, assim como mãos, pés e rosto sujos, denotando pobreza e desleixo. Esses fatores podem ser descritos como aparência de abandono, pois a visível falta de higiene e de adequação no vestir informam sobre a ausência de atenção de um cuidador. Essas ocorrências contribuem para a manutenção de um estereótipo que descreve, dentro destes padrões, as características físicas da população de rua. Por outro lado, podem-se encontrar diversos casos que não se ajustem a essa descrição. Em geral, as crianças em situação de rua, quando chegam na adolescência, tendem a ter uma maior preocupação com a auto-imagem, podendo ser encontradas com roupas e calçados limpos e relativamente novos. Dependendo de esses adolescentes estarem trabalhando e do quanto disponibilizarem em termos financeiros, é possível encontrar referências, inclusive, sobre o uso de grifes da moda

caras e famosas. Isso é observado, por exemplo, em adolescentes envolvidos em algumas atividades ilícitas, em geral rendosas e que exigem melhor apresentação pessoal, confundindo-os com jovens de nível socioeconômico médio. Diante do exposto, salienta-se a importância do profissional em extrapolar a observação apenas da aparência pessoal e buscar a identificação de outros fatores contextuais para que haja a correta identificação da população.

O quarto fator adotado para caracterizar o termo “em situação de rua” é o local onde o adolescente se encontra. “A rua não é apenas um lugar de circulação. Para muitos, é lugar de viver” (Craidy, 1999, p. 21). Rosemberg (1996) define a rua



como “toda via ou logradouro público externo” (p. 31), incluindo avenidas, praças, parques, estacionamentos, jardins, feiras, calçadas, assim como todo espaço público ao redor de instituições

ligadas a comércio, alimentação, lazer, transporte, desporto, saúde e religião, dentre outros. Essa descrição do local deve ser tomada com base em outros aspectos, tais como a proximidade da casa ou local considerado como referência domiciliar primária. A rua deve ser compreendida não só como espaço físico concreto, mas também como o contexto onde são estabelecidas e desenvolvidas as principais relações de

socialização do adolescente que nela vive, de forma parcial ou integral. Existe, ainda, o local adotado pelos adolescentes como referência para deixar seus pertences e/ou para dormir. Sua nomenclatura varia de acordo com as cidades ou regiões do país, mas em geral são conhecidos por “mocós”, comumente localizados em becos, terrenos baldios, casas abandonadas, construções não-concluídas e até nas copas de árvores ou sob as mesmas. Na maior parte das vezes, esses locais são deixados conhecer apenas quando existe grande vinculação do adolescente com os seus visitantes. É recomendável que esses locais sejam respeitados e não penetrados sem a devida autorização.

O quinto aspecto adotado para caracterizar o adolescente em situação de rua é a ausência de um adulto identificado como seu cuidador ou responsável. Esse aspecto é mais apropriadamente utilizado para definir as crianças em situação de rua do que os adolescentes, pois estes, em geral, têm mais autonomia para circularem sozinhos pelas ruas, estando quase sempre desacompanhados. Alves e colaboradores (2001) verificaram que os adolescentes em situação de rua procuram sistematicamente a companhia de adultos na rua, nem sempre seus cuidadores, mas conhecidos ou pessoas com quem podem conseguir alguma ajuda. Há, ainda, aqueles adultos que se aproximam dos adolescentes com pretensa aparência de cuidadores, mas que, na verdade, são exploradores do seu trabalho ou da sua sexualidade. Existem casos em que os adolescentes estão aparentemente sozinhos, por exemplo,

vendendo algum produto ou realizando algum serviço, mas estão sendo observados à distância por um adulto que se intitula “responsável”. Quando da aproximação de alguma pessoa que possa representar uma ameaça à funcionalidade dessa estrutura, seja um policial, um educador de rua ou um pesquisador, surge imediatamente esse adulto, afirmando que as crianças não estão desacompanhadas.

Em resumo, os critérios de identificação de adolescentes em situação de rua para fins de planejamento ou execução de determinada intervenção devem levar em conta os cinco aspectos aqui citados. Entretanto, devido à enorme complexidade e diversificação dessa população, reitera-se que nenhum dos fatores deve ser tomado de forma absoluta e isolado dos demais. Na análise de todo o contexto, é importante considerar os riscos aos quais os adolescentes estão expostos, assim como o quão vulneráveis eles estão frente a esses riscos (Hutz & Koller, 1999). Ressalta-se que não se pretende estabelecer uma norma a ser seguida de forma arbitrária para a classificação da referida população no Brasil, nem tampouco preencher as lacunas para o entendimento das condições de vida dos adolescentes que se utilizam do espaço da rua para o seu desenvolvimento. Ao contrário, espera-se oferecer um conjunto de fatores a serem levados em consideração para orientar a identificação de cada caso de adolescente que esteja em situação de rua.

Quais os possíveis caminhos para a intervenção?

Ao se planejar uma intervenção voltada aos adolescentes em situação de rua, é preciso reconhecer que não existe uma “receita” única a ser seguida criteriosamente. O primeiro aspecto a ser considerado é focalizar o objetivo específico para o qual essa intervenção está sendo planejada: evitar a migração para a rua ou a exposição a riscos, drogas, exploração do trabalho ou da sexualidade etc. Contudo, tem-se observado que alguns fatores são primordiais nos projetos de intervenção. Dentre eles, um dos principais é o desenvolvimento de uma rede de apoio social. Esta pode ser compreendida como sendo o conjunto interligado de recursos pessoais, profissionais e institucionais que venham a oferecer algum tipo de apoio aos adolescentes em situação de risco. Quando um grupo concentra suas atenções em torno de uma temática que diz respeito direta ou indiretamente a todos, existe uma grande possibilidade de mobilização em busca de soluções e ações práticas (Cinnanti, 1999). Este é o princípio da formação das redes sociais. O estabelecimento dessa rede deve abarcar os diversos contextos nos quais estão inseridos os adolescentes, desde um nível micro onde se estabelecem as relações interpessoais imediatas até um nível macro no ambiente das grandes instituições (Brito & Koller, 1999).

Antes de realizar qualquer intervenção, é necessário conhecer o público alvo. Um primeiro passo é identificar se existe alguma vinculação preservada entre o adolescente e a

sua família. Retomando o contínuo no qual em um dos extremos estariam os adolescentes totalmente ligados à família e no outro os que perderam todo o contato com esta (Neiva-Silva & Koller, no prelo), cabe ao profissional tentar localizar onde se encontram cada um das pessoas com as quais ele está lidando. Uma vez realizado esse diagnóstico e sendo observado que existe uma família capaz de oferecer um mínimo de proteção, deve-se buscar o resgate da competência familiar, evitando ao máxi-



mo o rompimento completo dos vínculos, independente do nível de parentesco. A família pode ser entendida como um contexto de risco, mas também como um espaço de proteção (Dios, 1999). Segundo a autora, o risco ocorre quando há negligência, abandono, exposição à violência, ao abuso e quando há dificuldades no estabelecimento de vínculos afetivos. Por outro lado, a proteção acontece quando existe, ainda que de maneira irregular, o acolhimento, o afeto, a preocupação, o cuidado. Partindo do princípio de que “toda família apresenta nuances de risco e de proteção em menor ou em maior escala” (Dios, p. 84), cabe ao psicólogo fortalecer essa rede social primária, minimizando os fatores de risco e potencializando os fatores de proteção encontrados na família. No entanto, não se pode perder de vista o

desejo do adolescente em retomar esses vínculos, respeitando a sua história pregressa com esse grupo familiar. Qualquer tentativa de reintegração na família que não contemple esse aspecto será fadada ao fracasso. Muitas vezes, um encaminhamento institucional pode ser muito mais protetor do que forçar o retorno de um adolescente a uma família abusiva.

Uma das principais atividades do profissional que planeja desenvolver alguma intervenção com adolescentes em situação de rua é identificar e integrar a ação de pessoas da comunidade, profissionais e instituições que contribuam ou estejam dispostos a contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida. Geralmente, na ânsia de solucionar o problema, as pessoas pensam em fundar instituições que cuidarão dos adolescentes e os transformarão dentro de pouco tempo em cidadãos. Observa-se a necessidade de desconstruir o mito de que um único profissional isolado poderá resolver toda a complexa problemática apresentada. Mais importante que a criação de novas instituições, é o fortalecimento e o trabalho integrado das que já existem. Nesse sentido, cabe ao psicólogo buscar encontrar em sua cidade todas as organizações governamentais (OGs) e organizações não-governamentais (ONGs) que disponibilizam algum tipo de serviço destinado aos adolescentes em situação de risco. Estas devem abarcar diferentes recursos necessários ao desenvolvimento humano, como educação, trabalho, saúde, moradia, alimentação e lazer, sempre visando à melhoria da qualidade de vida e à promoção da saúde dessa população.

Dentre as diferentes organizações, destacam-se as escolas que possuem um plano de ensino diferenciado para receber o adolescente que vem da rua. Estas, em geral, contam com profissionais melhor capacitados para lidar com as idiossincrasias do seu público-alvo. Nessas instituições, destacam-se as equipes de “educadores de rua”, grupos mais bem treinados e instrumentados para a abordagem e o trabalho na rua, cujo objetivo final é promover a inserção ou o retorno dos adolescentes à escola. Existem também instituições voltadas exclusivamente para o atendimento da dependência química, seja ela em relação às drogas, ao álcool ou ao fumo. Nestas, é imprescindível a interdisciplinaridade profissional, abarcando áreas como psicologia, pedagogia, medicina, nutrição, enfermagem, terapia ocupacional e serviço social, dentre outras. O adolescente, enquanto trata a sua dependência química, pode participar de oficinas profissionalizantes em instituições voltadas exclusivamente para esse fim. Dependendo do nível de organização das mesmas, podem ser elaborados projetos de reinserção social através de convênios com empresas, nas quais os adolescentes entram como “aprendizes”. Outras instituições possuem infra-estrutura voltada para o lazer e a prática de esportes. Estas são de grande importância, pois, em geral, funcionam como a “porta de entrada” dos adolescentes na grande rede de instituições e, ao mesmo tempo são, a “porta de saída” das ruas. Podem ser elaborados projetos como “ruas de lazer” ou “esporte na madrugada”, nos quais são oferecidas atividades em momentos/contextos nos quais os adolescentes poderi-

am, de outra forma, estar na rua.

Complementando o conjunto de serviços oferecidos aos adolescentes em situação de rua, encontram-se os albergues, destinados àqueles que possuem menor vinculação familiar. Considerando que, nesses casos, os adolescentes retornam ao lar apenas de forma esporádica ou em situações extremas, quando não mais retornam, os albergues se apresentam como um serviço de grande importância, oferecendo o local para repouso, higiene e alimentação. O papel do psicólogo nesse ambiente é imprescindível, pois dependendo do fruto do seu trabalho, o adolescente retornará para a rua ou entrará no processo de reinclusão social junto às demais instituições. Por fim, são incorporadas à grande rede institucional de apoio as organizações de saúde pública, como hospitais, centros de saúde e desintoxicação, postos de emergência etc. Não basta apenas haver a instituição, é preciso que haja um serviço especial de atendimento à população de rua, uma vez que, em muitos ca-

sos, os adolescentes não estão de posse dos documentos necessários ao pronto atendimento. Por essas dificuldades, muitas vezes pequenos males são menosprezados pelos próprios jovens e se agravam até se tornarem casos de urgência. A população de rua, devido à alta exposição aos riscos desse contexto, deve ter acesso a instituições voltadas ao atendimento de acidentes, doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis e causadas pelo uso de drogas em geral.

Como é possível observar, o psicólogo possui grande responsabilidade e trabalho não só dentro de cada uma das instituições aqui descritas, como também na integração de todas elas. Faz-se necessário considerar que poucas são as cidades brasileiras que possuem toda essa rede já implantada, cabendo também ao profissional da psicologia oferecer grandes contribuições na potencialização dos recursos das organizações já existentes ou na implantação daquelas ainda inexistentes.



Referências

- Alves, P. B. , Koller, S. H., Silva, M. R., Santos, C. L., Silva, A. S., Reppold, C. T. & Prade, L. T. (2001). Brinquedo, trabalho, espaço e companhia de atividades lúdicas no relato de crianças em situação de rua. *Psico*, 32(2), 47-71.
- Bonamigo, L. R. (1996). O trabalho e a construção da identidade: Um estudo sobre meninos trabalhadores na rua. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9, 129-152.
- Brito, R. & Koller, S.H. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. Em A. M Carvalho (Org.), *O mundo social da criança: Natureza e cultura em ação*. São Paulo. Casa do Psicólogo.
- Cinnanti, C. J. J. (1999). Redes sociais na prevenção da drogadição entre crianças e adolescentes em situações de rua. Em D. B. B. Carvalho & M. T. Silva (Orgs.), *Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do Prodequi*. Brasília. MS/COSAM; UnB/PRODEQUI; UNDCP.
- Craidy, C. M. (1999). *Meninos de rua e analfabetismo*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- Dios, V. C. (1999). Droga, família, escola e o grupo de pares no processo de socialização de crianças e adolescentes em situação de rua. Em D. B. B. Carvalho & M. T. Silva (Orgs.), *Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do Prodequi*. Brasília. MS/COSAM, UnB/PRODEQUI, UNDCP.
- Estatuto da Criança e do Adolescente. (1990). *Diário Oficial da União. Lei nº 8069*, de 13 de julho de 1990. Brasília - DF.
- Hutz, C. S. & Koller, S. H. (1999). Methodological and ethical issues in research with street children. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 85, 59-70.
- Jacques, M. G. C. (1993). *Trabalho, educação e construção da identidade*. Tese de Doutorado não-publicada. Curso de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre - RS.
- Koller, S. H. & Hutz, C. S. (1996). Meninos e meninas em situação de rua: dinâmica, diversidade e definição. *Coletâneas da ANPEPP – Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia*, 1(12), 11-34.
- Lusk, M. W. (1989). Street children programs in Latin America. *Journal of Sociology and Social Welfare*, 16, 55-77.
- Martins, R. A. (1996). Criança e adolescentes em situação de rua: definições, evolução e políticas de atendimento. *Coletâneas da ANPEPP – Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia*, 1(12), 35-44.
- Neiva-Silva, L. & Koller, S. H. (no prelo). A rua como contexto de desenvolvimento. Em E. Lordelo (Org.), *Contextos brasileiros de desenvolvimento da criança*. Salvador - UFBA.

- Raffaelli, M. (1996). Crianças e adolescentes de rua na América Latina: Artful Dodger ou Oliver Twist. *Psicologia: reflexão e crítica*, 9, 123-128.
- Rosemberg, F. (1996). Estimativa sobre crianças e adolescentes em situação de rua: procedimentos de uma pesquisa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 9, 21-58.
- Sarriera, J. C., Schwarcz, C. & Câmara, S. G. (1996). Juventude, ocupação e saúde. *Coletâneas da ANPEPP – Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia*, 1(12), 61-78.

Capítulo XIII

Os adolescentes em conflito com a lei

Ana Luíza de Souza Castro



F. tem quinze anos de idade, sendo o penúltimo filho de seis irmãos. Cometeu um ato infracional contra o patrimônio, o que motivou seu internamento provisório. Nascido no interior do estado, conta que tudo corria bem em sua vida até o pai começar a beber; quando alcoolizado, agredia fisicamente a esposa e os filhos. Quando F. estava com 10 anos de idade, a mãe “cansou de apanhar” e saiu de casa. Em seguida, F. passou a usar inalantes, maconha, cocaína e, ultimamente, *crack*. O pai desapareceu de casa dois anos depois. F., então, foi internado através do Conselho Tutelar em uma fazenda para dependentes químicos. Lá permaneceu durante um ano. Quando teve alta, dirigiu-se à capital à procura da mãe. Voltou a utilizar drogas e foi detido quando cometia o delito. A mãe, que constituiu nova união, afirma ter saído de casa face às surras frequentes desferidas pelo marido. Tentou obter a guarda dos filhos, porém somente obteve a do filho mais moço. Sobre F., diz que sempre foi rebelde. Sente-se culpada pela atual

situação do filho, a quem tem visitado na instituição. Afirmado que desconhecia o envolvimento de F. com drogas, manifesta o desejo de auxiliá-lo e tê-lo em sua companhia.

O que leva um adolescente a cometer um ato infracional? Os motivos são complexos e de várias ordens. Os autores, de linhas diversas, concordam em um ponto: esse adolescente, em um determinado período de sua vida, buscou no delito alguma forma de reconhecimento, de pertencimento, de obtenção de algo. A grande maioria desses jovens, ao contrário do que pensa o senso comum, possui uma família. Esta, porém, enfrenta grandes problemas para assumir seus papéis. Alcoolismo, maus-tratos, abandonos, graves faltas materiais, fragilidade ou inexistência da figura de autoridade ou de uma substituta. Assis (1999a), após pesquisa realizada com adolescentes privados de liberdade em três unidades do estado do Rio de Janeiro, concluiu: o ato infracional de maior incidência é contra o patrimônio (62,6%). Dos autores, 9% não possuía registro de nascimento e 72% não estava estudando no momento da internação. A situação familiar mostrou que somente 29,2% provinham de lar composto pelo pai e pela mãe. A maioria dos

adolescentes revelou que seus pais eram separados (71%). Winnicott (1994) relaciona o fato da privação familiar e negligência com futuros cometimentos de delitos.

É sabido que a adolescência, pelo menos na cultura ocidental, representa um período de transformações. O modelo socioeconômico e cultural dominante, onde o grande valor, insistentemente anunciado pela mídia, é possuir bens que a ampla maioria das pessoas jamais terá, agrava ainda mais a situação dos adolescentes brasileiros.

Hoje, no Brasil, a ampla maioria dos adolescentes privados de liberdade é composta por excluídos sociais. Será impreciso afirmar que a miséria, a penúria de bens materiais, a falta de perspectivas causa o cometimento de atos infracionais. Porém, podemos concluir existir aí uma condição de vulnerabilidade. Assis (1999b) aponta como principais fatores de risco o consumo de drogas, o círculo de amigos, os tipos de lazer, a auto-estima, a posição entre irmãos, os princípios éticos (reconhecimento dos limites entre o certo e o errado), a presença de vínculos afetivos relacionados à escola e os sofrimentos de violências infringidas pelos pais.

Quando um jovem comete um ato infracional grave, houve inúmeras falhas: as políticas sociais básicas, o lazer, a escola, o estado, a sociedade; todos nós estamos implicados. Buscar soluções para esse problema é, portanto, responsabilidade de todos esses setores e de cada um de nós. Cabe lembrar a frase de uma campanha realizada pelo Conselho Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente do Estado do

Rio Grande do Sul: ninguém nasce infrator!

O Estatuto da Criança e do Adolescente e as mudanças de paradigma

F. é um adolescente, autor de um ato infracional contra o patrimônio. Provavelmente, tivesse cometido o delito há quinze anos, sob a vigência do Código de Menores, permaneceria internado bem mais de 45 dias sem sentença, na companhia de adolescentes simplesmente abandonados. Além de não ter suas garantias básicas respeitadas, ao receber a medida, o longo tempo decorrido entre o cometimento do delito e a sentença anularia o efeito de socioeducação.



Há quase doze anos, após uma grande discussão com os operadores do direito e com a sociedade civil organizada, foi promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Vários documentos nacionais e internacionais questionavam a falta de respeito aos direitos humanos de crianças e jovens brasileiros, a visão criminalizante da pobreza e, portanto, a inadequação do código de Menores.

O ECA, como passou a ser chamado, foi um grande avanço por vários motivos, entre eles: considerou crianças e adolescentes “seres humanos em desenvolvimento” e “sujeitos”

de direitos e deveres. Por esse motivo, dado as mudanças requisitarem sua contrapartida cultural, a nomenclatura “menores” não mais é aceitável. A mídia, ao cobrir um evento para jovens, não costuma produzir manchetes do tipo “menores lotam *show* de *rock*”. Lamentavelmente, “menores” continuam sendo os adolescentes autores de ato infracional, “pobres e abandonados”.

Rompeu com a doutrina da “situação irregular” e reafirmou a noção da “proteção integral”, pela qual todas as criança e adolescentes, sem distinção, são prioridade absoluta e dever da família, da sociedade e do Estado a sua proteção. Saraiva (1999) situa a ideologia do estatuto no princípio segundo o qual todas as crianças e os adolescentes desfrutam dos mesmos direitos e deveres compatíveis com sua situação peculiar de desenvolvimento, rompendo com a idéia, vigente nos antigos “juizados de menores”, da existência de uma “justiça” repressora para os pobres e, para os bem nascidos, uma legislação absolutamente diferente.

Antônio Gomes da Costa (1999), avaliando o processo de implantação do ECA, enumera vários avanços: a estrutura de “participação necessária” para o cumprimento da Lei, já implantada nos estados e em grande parte dos municípios, a desativação da chamada “política nacional de bem-estar do menor” (cujo órgão máximo, a FUNABEM, foi extinto), o Ministério Público assumindo suas novas atribuições na área da infância e juventude, o movimento social em defesa das crianças e adolescente continuando ativo, os municípios

assumindo grande parte dos programas etc. Como problemas, enumera: parte considerável dos Conselhos de Direitos e Tutelares ainda não funcionarem dentro do princípios do ECA, velhas FEBEMS criadas no modelo assistencialista, correccional e repressivo, ainda persistirem, embora com novas roupagens, os programas e as ações desenvolvidos nas áreas de educação e saúde para a população infanto-juvenil ainda não considerarem, como é necessário, a perspectiva do Estatuto da Criança e do Adolescente. Finalmente, situa como obstaculizadoras dos avanços da legislação as seguintes culturas: cultura política predominantemente clientelista e fisiológica, cultura administrativa, marcadamente burocrática e corporativa, cultura técnica fortemente auto-suficiente e formalista, cultura jurídica ainda muito contaminada pelos resíduos da velha doutrina da “situação irregular” e cultura cidadã emoldurada por uma história secular de passividade e conformismo.

O ECA considera “ato infracional” a conduta descrita como crime ou contravenção penal. Os inimputáveis são os adolescentes entre 12 e 18 anos, considerando a idade na data do fato. As crianças até doze anos incompletos receberão uma das medidas de proteção.

No Capítulo II - Dos Direitos Individuais, Artigo 106 determina que nenhum adolescente será privado de liberdade senão em flagrante de ato infracional ou por ordem escrita e fundamentada da autoridade judiciária. Prossegue o ECA, no Artigo 11º, que nenhum adolescente será privado de sua liberdade sem o processo legal. São asseguradas ao adolescente:

pleno e formal conhecimento da atribuição de ato infracional, igualdade na relação processual, defesa técnica por advogado, assistência judiciária gratuita e integral aos necessitados, direito de ser ouvido pessoalmente pela autoridade competente e direito de solicitar a presença de seus pais ou responsáveis.

Comprovada a prática do ato infracional pelo adolescente, poderão ser aplicadas as seguintes medidas:

1) Sem privação de liberdade: a) advertência que consiste na admoestação verbal pela autoridade judiciária; b) obrigação de reparar o dano, indicada para atos infrações com reflexos patrimoniais. A autoridade determinará que o adolescente restitua a coisa, promova o ressarcimento do dano ou compense o prejuízo da vítima; c) prestação de serviços à comunidade, que consiste na realização de tarefas gratuitas de interesse geral, por período não excedente a seis meses, junto a entidades assistenciais, hospitais, programas comunitários ou governamentais. As tarefas serão atribuídas conforme as aptidões do adolescente, devendo ser cumpridas durante jornada máxima de oito horas semanais, não prejudicando a frequência à escola ou à jornada normal de trabalho, e d) liberdade assistida, que consiste no acompanhamento, auxílio e orientação ao adolescente. A autoridade judiciária designará pessoa capacitada para acompanhar o caso, a qual poderá ser recomendada por entidade ou programa de atendimento. São incumbências do orientador entre outras: promover socialmente o adolescente e sua família inserindo-os, quando for o caso, em programa oficial ou comunitário, supervisionar a frequência e o aproveitamento

escolar, realizar diligências no sentido da profissionalização do adolescente e de sua inserção no mercado de trabalho e apresentar relatório do caso.

2) Medidas com privação de liberdade: a) semiliberdade, que consiste na permanência do adolescente em estabelecimento socioeducativo, onde as atividades externas são realizadas independentemente de autorização judicial. São obrigatórias a escolarização e a profissionalização, sempre que possível através dos recursos existentes na comunidade. O regime de semiliberdade pode ser determinado desde o início ou como forma de transição para o meio aberto; b) internação,



que consiste em medida privativa da liberdade, sujeita aos princípios de brevidade, excepcionalidade e respeito à condição peculiar de pessoa em desenvolvimento. A

naõ ser que haja expressa determinação em contrário, não será permitida a realização de atividades externas. A medida não possui prazo determinado. A manutenção deverá ser reavaliada, mediante decisão fundamentada, no máximo a cada seis meses. O período máximo de internação em nenhuma hipótese excederá a três anos. Quando atingido o limite máximo, o adolescente deverá ser liberado, colocado em regime de semiliberdade ou de liberdade assistida. A liberação será compulsória aos vinte e

um anos de idade. A desinternação será precedida de autorização e ouvido o Ministério Público. A medida de internação só poderá ser determinada quando tratar-se de ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência à pessoa, por reiteração no cometimento de outras infrações graves ou por descumprimento reiterado e injustificável da medida anteriormente aplicada. A internação deverá ser cumprida em entidade exclusiva para adolescentes, em local distinto daquele destinado ao abrigo, obedecendo rigorosa separação por critérios de idade, compleição física e gravidade da infração, e durante o período de internação serão obrigatórias atividades pedagógicas. O Artigo 124 refere-se aos seguintes direitos do adolescente privado de liberdade: entrevistar-se pessoalmente com o representante do Ministério Público, peticionar diretamente a qualquer autoridade, avistar-se pessoalmente com seu defensor, ser informado de sua situação processual, ser tratado com respeito e dignidade, permanecer internado na mesma localidade ou naquela mais próxima ao domicílio de seus pais ou responsável, receber visitas, ao menos semanalmente, corresponder-se com seus familiares e amigos, ter acesso aos objetos necessários de higiene, habitar alojamento em condições adequadas de higiene e salubridade, receber escolarização e profissionalização, realizar atividades culturais, esportivas e de lazer, ter acesso aos meios de comunicação social, receber assistência religiosa, segundo sua crença e desde que assim o deseje, manter a posse de objetos pessoais e dispor de local seguro para guardá-los, receber, quando for desinternado, os

documentos pessoais indispensáveis à vida em sociedade.

Por fim, determina que, em nenhum caso haverá incomunicabilidade, podendo a autoridade judiciária suspender a visita se existirem motivos sérios e fundados de sua prejudicialidade aos interesses do adolescente e que é dever do Estado zelar pela integridade física e mental dos internos, cabendo-lhe adotar as medidas adequadas de contenção e segurança. Como se pode perceber, o caráter fundamental das medidas é a possibilidade de reinserção social. Para tanto, faz se necessária uma avaliação técnica especializada que efetivamente aponte as condições subjetivas do adolescente, sua família, suas potencialidades, a fim de que a decisão seja a mais eficaz para aquele adolescente.

A medida de internação significa privar o adolescente do direito de ir e vir, o que é algo muito grave para o mesmo, ainda que seja em um estabelecimento exatamente como descrito no ECA. Portanto, é fundamental que sua utilização ocorra quando não existir outra possibilidade

Hoje, no Brasil, mais de 20 mil adolescentes estão privados de liberdade. Experiências positivas existem, nas quais a capacidade das unidades não ultrapassa 40 internos, localizadas perto de sua comunidade de origem, onde há atendimento médico, psicológico, trabalho educativo, lazer, atividades culturais, onde situações de maus tratos são punidas e, acima de tudo, onde há um plano individual de atendimento que, desde a entrada prepare o retorno do adolescente para a sociedade. Esse talvez seja o maior paradoxo: não há reinserção sem

sociedade e, portanto, o confinamento e a completude institucional em nada auxiliam o processo de desligamento.

Sem dúvida, não é um trabalho fácil. Disputa-se diariamente a construção de um novo caminho e de novos valores (para o adolescente). Porém, infelizmente, a sociedade a que ele retornará é aquela mesma em que um traficante de drogas lhe oferecerá, por uma semana de tráfico, o mesmo que um trabalhador assalariado percebe por um mês de trabalho, além de grande parte da sociedade não o acolher, questionar até a quantidade de comida, o banho quente ou frio nas unidades de internação e não desejar a construção de unidades perto de sua casa, nem mesmo para crianças e jovens vítimas de abandono. Cabe salientar, infelizmente, que as novas instituições convivem com as velhas: superlotadas, fisicamente inadequadas, depositários de adolescentes, às vezes piores que muitos presídios. Ainda não se pode falar em uma política de internação brasileira.



O mito do rebaixamento da idade penal

Inicialmente, é importante esclarecer que, na maioria dos países ditos desenvolvidos, a idade penal é de 18 anos (Alemanha, França, Itália etc.). Em alguns estados norte-americanos, como Califórnia, Arkansas e Wyoming, a idade penal está fixada entre 19 e 21 anos. Na contramão estão Egito, Paraguai e Índia, que a fixam em 15 anos.

Sem dúvida, hoje no Brasil os adolescentes são as maiores vítimas de violência, inclusive de homicídios. Responsabilizá-los pelo aumento da violência, além de carecer de qualquer base técnica, contribui para encobrir os graves problemas de distribuição de renda do país.

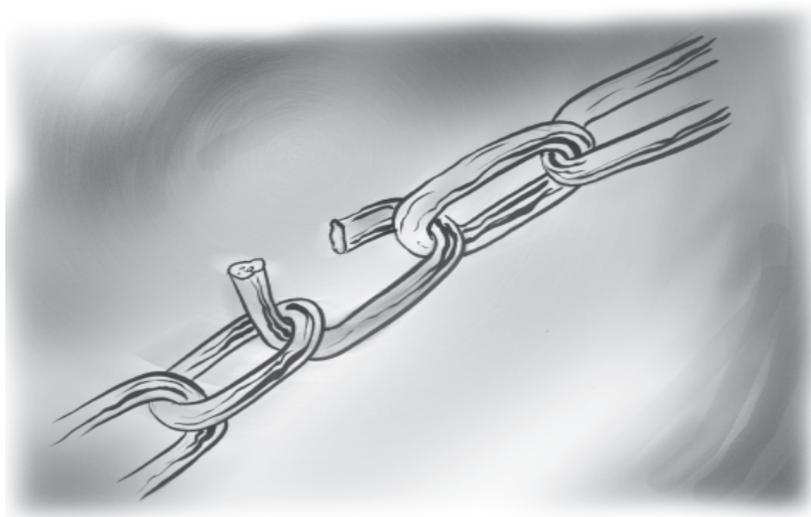
Portanto, a questão real é a implantação efetiva do ECA e o seu aprimoramento no que se fizer necessário, implementando políticas sociais básicas, medidas de proteção e medidas socioeducativas sem privação de liberdade. As FEBEMs são como os manicômios: o ideal é que não existam.

Talvez a grande mudança proposta pelo ECA seja a idéia de que, sem uma rede articulada e solidária entre todos os envolvidos (judiciário, governos, conselhos de direitos, sociedade etc.), tornam-se improváveis intervenções bem sucedidas com os adolescentes que cometem atos inflacionais.

Os psicólogos e a Psicologia têm muito a contribuir, realizando uma intervenção técnica qualificada, sem preconceitos e estigmas, que respeite a subjetividade de cada adolescente em conflito com a lei. O psicólogo deve, junto a outros

profissionais que atuam com essa população, conhecer mais profundamente o ECA para poder participar mais diretamente, tanto nos Órgãos de Controle Social, nos Conselhos de Direitos e Tutelares, na efetiva construção e implementação das políticas públicas de atendimento à infância e à adolescência, como as da Educação e da Saúde, como nas políticas sociais inclusivas que possam responder de imediato à miséria e ao abandono a que estão submetidos a grande maioria dos nossos jovens.

A propósito, F., após permanecer 30 dias em internação provisória, recebeu as medidas socioeducativas de Prestação de Serviços à Comunidade e Liberdade Assistida. Vem cumprido as medidas. Há 40 dias não comete novos atos infracionais. Está em atendimento ambulatorial para drogadição e em abstinência. A mãe tem conseguido acompanhá-lo, mostrando-se atenta e afetiva.



Referências

- Assis, S. (1999a). Os adolescentes infratores do Rio de Janeiro e as instituições que os “ressocializam”. A perpetuação do descaso. *Caderno de Saúde Pública, Outubro*, 835-838.
- Assis, S. (1999b). *Traçando caminhos de uma sociedade violenta*. Rio de Janeiro - RJ. Fiocruz.
- Costa, A. C. G. (1999). *O novo direito da infância e da juventude do Brasil. Avaliando conquistas e projetando metas*. UNICEF. Brasília - DF.
- Estatuto da Criança e do Adolescente. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente*. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Lei nº 8060, de 13 de julho de 1990. Brasília - DF.
- Lahalle, A. (1989). *As regras mínimas das Nações Unidas para a administração da Justiça de Menores*. Ministério Público do Estado de São Paulo. São Paulo - SP.
- Mendez, E. G. (1993). *Adolescentes infratores graves*. Sistema de Justiça e Política de Atendimento. Rio de Janeiro - RJ. Santa Úrsula.
- PEMSEIS (2001). *Programa de execução de medidas socioeducativas de internação e semiliberdade*. FEBEM/RS. Porto Alegre - RS.
- Saraiva, J. B. da C. (1999). *Adolescente e ato infracional. Garantias processuais e medidas socioeducativas*. Porto Alegre - RS. Livraria do Advogado.
- Volpi, M. (1997). *O adolescente e o ato infracional*. São Paulo - SP. Cortez.
- Winnicott, D. W. (1984). *Privação e delinquência* (Álvaro Cabral, Trad.). Londres. Tavistock.

Carta de Reivindicação dos Adolescentes

O que a gente tem pra dizer não é novo. Muita gente já disse antes e muitas dirão depois. Mas, enquanto as coisas não mudam, também não dá pra mudar o discurso. Tem que insistir, persistir.

Numa coisa, porém, somos únicos. Participamos do Encontro Internacional de Adolescentes, de 14 a 17 de maio de 2001, em Salvador - Bahia, Brasil. Falamos sobre os nossos problemas e pensamos nas possíveis soluções. Refletimos sobre o que somos, o que queremos e o que podemos fazer.

Rio de Janeiro, Ceará, Distrito Federal, Paraná, Pernambuco, São Paulo, Bahia, Sergipe, Rio Grande do Norte, Paraíba, Acre, Roraima, Tocantins, Minas Gerais, Suécia, Portugal e Nova Zelândia. Viemos de muitos lugares. Somos mais de 300 jovens. Especiais por sermos diferentes e, ao menos tempo, termos direitos iguais.



Somos quase iguais ao que vocês foram quando tinham a nossa idade. Talvez a gente tenha mais liberdade, mas, com certeza, temos menos oportunidades. O que acaba dando na mesma, porque continuamos não tendo a chance de ser o que desejamos.

E, por falar em desejo, é disso que trata esta carta. Queremos falar para vocês sobre nossos desejos e necessidades. Desejos que, como as estrelas, estão distantes, parecem inalcançáveis, mas sempre nos servem de guias para nos lembrar onde queremos chegar e por onde devemos caminhar. Desejos que, apesar das dificuldades, também podem se tornar realidade, pois, se não acontecerem, de nada terá adiantado a nossa discussão.

É verdade! Pensam que temos a cabeça na lua, mas nossos pés estão bem fincados no chão. Por isso, tratamos de sugerir algumas propostas concretas que, se implementadas, certamente vão tornar nossos desejos mais realizáveis. A idéia é que todos vocês, nos seus consultórios, gabinetes, escritórios, salas de aula ou meios de comunicação possam usar seu poder, competên

cia, criatividade e força de vontade para nos ajudar a tirar essas idéias do papel.

Nós sonhamos, mas sonhamos acordados. E esse sonho nos dá força para construir um futuro melhor.

Contamos com vocês!

O QUE QUEREMOS

acolhimento

alimentação

amizade

amor

apoio

arte

atenção

autonomia

cidadania

compreensão

conscientização

confiança

conhecimento

cultura

democracia

deveres

dignidade

direitos

diversão

educação

esportes

felicidades

formação

política

honestidade

humildade

identidade

igualdade

inclusão

informação

integração

justiça

lazer

liberdade

moradia

oportunidade

participação

paz

perspectivas

possibilidade de

renda

progresso

protagonismo

juvenil

realização

reconhecimento

respeito

responsabilidade

saúde

segurança

sensibilidade

solidariedade

trabalho

união

O QUE SUGERIMOS

QUE NOSSAS FAMÍLIAS...

tenham condições de nos oferecer: um ambiente mais harmônico, afetivo e acolhedor;

nos ensinem desde pequenos sobre nossas origens e nossa cultura;

cuidem da gente, para que não tenhamos que assumir responsabilidades muito grandes antes da hora;

respeitem os nossos direitos e cobrem nossos deveres;

participem mais da vida da nossa escola; possam ser melhor preparadas para cumprir o seu papel no nosso desenvolvimento;

sejam denunciadas quando cometerem atitudes que comprometam a nossa integridade física, psíquica e moral;

participem do nosso dia-a-dia;

estejam sempre abertas ao diálogo.

QUE AS INSTITUIÇÕES EDUCACIONAIS....

abram espaço para dialogar com a gente sobre todos os assuntos;

fortaleçam nossas idéias e permitam que a gente mostre nosso potencial;

ajudem a melhorar a nossa relação com a família;

ofereçam acompanhamento psicológico e pedagógico;

conheçam e trabalhem nossa realidade pessoal, familiar e social;

reconheçam e trabalhem nossa realidade pessoal, familiar e social;

reconheçam, respeitem e valorizem a nossa identidade cultural;

ofereçam educação integral, com ensino formal de qualidade e cursos profissionalizantes, encaminhando os jovens para o mercado de trabalho;

fortaleçam os nossos grêmios estudantis, dando-lhes maior autonomia;

disponibilizem cursos gratuitos e de qualidade de preparação para o vestibular;

fortaleçam a formação dos profissionais de educação;

melhorem a qualidade das metodologias que utilizam;

integrem alunos com necessidades especiais, preparando a comunidade escolar para se relacionar com essas pessoas e disponibilizando infraestrutura e materiais adequados e profissionais capacitados para atendê-las;

promovam a nossa conscientização nas áreas dos direitos – direitos humanos e ambientais, Estatuto da Criança e do

Adolescente e Lei de Diretrizes e Bases da Educação e Constituição Federal;

ensinem a gente e assegurem a nossa iniciação e participação ativa na área das políticas públicas;

preparem a gente para o primeiro emprego e interajam com as empresas para que isso se torne realidade;

garantam a nossa segurança física e psicológica e promovam a educação para a paz;

nos acompanhem após o término dos programas educacionais;

nos ensinem sobre nossas origens e nossa cultura;

trabalhem os temas transversais;

ofereçam mais bolsas de estudo para o ensino superior.

QUE OS POSTOS DE SAÚDE...

sejam equipados para nos dar atendimento especializado, inclusive capacitando profissionais para atuar com o público adolescente;

ofereçam acompanhamento psicológico/terapêutico;

realizem diagnósticos sobre a realidade da comunidade que atende;

promovam ações de prevenção, inclusive na área do planejamento familiar;

distribuam gratuitamente todos os métodos contraceptivos;

forneçam informações, orientação e capacitação sobre sexualidade, drogas e cidadania;

estimulem a participação da comunidade nos conselhos de saúde.

QUE OS PROFISSIONAIS QUE TRABALHAM COM A GENTE...

criem e apoiem projetos sociais voltados para nosso desenvolvimento;

sejam mais capacitados a atender a gente, respeitando as nossas características individuais;

estejam sensibilizados e capacitados para trabalhar com pessoas com necessidades especiais, principalmente no ensino superior;

ajudem a gente a identificar a nossa identidade e a aumentar a nossa auto-estima.

QUE AS EMPRESAS...

desenvolvam programas de promoção do primeiro emprego que não exijam experiência e capacitem quem está começando;

nos valorizem e ofereçam mais oportunidades de trabalho pra gente;

ofereçam vagas para jovens com necessidades especiais, inclusive disponibilizando contratos de trabalho em braile;

respeitem as diferenças;

ofereçam salários dignos, compatíveis com a função e não apenas com a idade do trabalhador;

invistam mais no desenvolvimento da comunidade, apoiando projetos sociais.

QUE OS ÓRGÃOS DE DEFESA... .

assegurem os direitos fundamentais garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente;

abram mais espaços e ofereçam proteção para quem tem coragem de denunciar, inclusive criando mais serviços tipo disque-denúncia;

ofereçam acompanhamento psicológico e terapêutico no caso de sermos vítimas de agressões;

garantam a punição dos culpados, agilizando a conclusão dos processos de julgamento;

fortaleçam e desenvolvam programas que previnam todas as formas de violência, inclusive familiar;

estejam acessíveis à população, com sedes em diversos pontos da comunidade.

QUE A POLÍCIA...

seja bem mais preparada para lidar com a gente e todos os cidadãos, conhecendo e respeitando o Estatuto da Criança e do Adolescente;

não use do seu poder para humilhar ou agredir a quem quer que seja, independente de idade, cor, sexo ou classe social;

seja mais fiscalizada, podendo ser punida como qualquer outro cidadão; atue como agente de educação e reintegração;

entenda quem também faz parte da sociedade; ofereça mais segurança para nós, nossas famílias e nossas escolas;

trabalhe com mais seriedade; fiscalize mais o contrabando de armas.

QUE O PODER PÚBLICO...

seja mais democrático; abra espaço para ouvir e respeite as

nossas reivindicações;

dialogue com a gente;

facilite e valorize a nossa contribuição na área das políticas públicas;

invista mais recursos em saúde, educação, moradia e lazer;

amplie a rede de escolas públicas nos bairros periféricos, distribua merenda e material escolar;

crie cursos profissionalizantes para adolescentes de baixa renda;

implemente mais programas de atendimento a meninos em situação de risco;

fortaleça o apoio a projetos que estão dando certo;

ofereça mais praças, bibliotecas, espaços de lazer, atividades artísticas e culturais;

disponibilize vagas no ensino superior para todos os alunos interessados;

ofereça transporte gratuito para estudantes;
invista em mais encontros de jovens de âmbito nacional e internacional;

implemente serviços de polícia comunitária; crie ações de mobilização em torno de temas fundamentais, com a participação de toda a população.

QUE TODA A SOCIEDADE...

abra cada vez mais espaço para a participação juvenil pacífica, reivindicante e revolucionária; envolva a gente nos processos de participação comunitária;

ofereça mais oportunidades pra que a gente se realize como pessoas, profissionais e cidadãos;

melhore a imagem que tem de nós; ofereça espaços específicos para a gente;

promova atividades esportivas e de lazer; mobilize-se para nos ajudar a garantir nossos direitos;

divulgue e cumpra o que determina o Estatuto da Criança e do Adolescente;

administre bem as verbas destinadas à infância e à juventude, sem desviar recursos;

facilite a vida e abra espaços de comunicação com os portadores de necessidades especiais;

preocupe-se em preservar o mundo onde vivemos;

trabalhe de mãos dadas; valorize o nosso potencial e a nossa contribuição;

facilite nosso acesso à informação, ao conhecimento, à arte, à cultura e às tecnologias;

abra mais espaços para que possamos multiplicar o

que aprendemos;

promova uma cultura de paz e não violência;

não discrimine as pessoas por sua opção sexual, idade ou etnia, nem mesmo os portadores do vírus HIV, deficientes físicos e usuários de drogas;

aceite, ajude e apóie os movimentos jovens e as comunidades carentes;

assegure a viabilização de todos os itens constantes nesta carta.

circule por outros bairros para conhecer outras realidades;

entenda que a cidadania está nas pequenas coisas, por exemplo, não jogar papel no chão;

tenha compromisso com a realidade política e social nos níveis municipal, estadual e federal;

contribua mais ativamente com as entidades governamentais;

utilize o espaço da escola e crie outros ambientes para discussão de nossas questões.

ANEXO – TERMO DE COMPROMISSO DOS ADOLESCENTES

QUE A GENTE.....

tenha sempre a vontade de dar certo na vida;

respeite e valorize nossas diferenças;

tenha uma atitude mais respeitosa, solidária e afetiva para com os nossos familiares, educadores, amigos e comunidade;

busque cada vez mais informação para saber o que e como reivindicar e entender porque estamos reivindicando;

receba o apoio da escola, da comunidade e do poder público para realizar nossas iniciativas;

interaja com outros grupos de jovens para realizar ações conjuntas;

Salvador, 17 de maio de 2001.

”Carta produzida no Encontro Internacional de Adolescentes, em Salvador, Bahia, 2001”.

Centros de assistência, ensino e pesquisa

CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas)

UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina)

Rua Botucatu, 862 – 1º andar – Vl. Clementino

Edifício Ciências Biomédicas

CEP.: 04.023-062 – São Paulo – SP

Telefone: (11) 5539-0155 - Ramal 126 / 170

E-mail: cebrid@psicobio.epm.br

CECRH (Centro Eulámpio Cordeiro de Recuperação Humana)

Secretaria de Saúde do Governo do Estado de Pernambuco

Rua Rondônia, 100 - Cordeiro

CEP.: 50.720-710 – Recife – PE

Telefone: (81) 3228-3200

E-mail: bcmatos@hotmail.com

CETAD (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas)

UFBA (Universidade Federal da Bahia)

Rua Pedro Lessa, 123 – Canela

CEP.: 40.110-050 – Salvador – BA

Telefone: (71) 336-8673

E-mail: neryfilho@uol.com.br

GREa (Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas)

USP (Universidade de São Paulo)

Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, S/Nº Caixa Postal 8091

CEP.: 05.403-010 – São Paulo – SP

Telefone: (11) 3081-8060

E-mail: gre@edu.usp.br

NEPAD (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas)

UERJ (Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

Rua Fonseca Teles, 121 – 4º andar – São Cristóvão

CEP.: 20.940-200 – Rio de Janeiro – RJ

Telefone: (21) 2589-3269

E-mail: sbnepad@uerj.br

PRODEQUI (Programa de Estudo e Atenção aos Dependentes Químicos)

UNB (Universidade de Brasília)

SLN 406 - Bloco-A - Sala 206

Brasília – DF

Telefone: (11) 224-9471

PROAD (Programa de Orientação de Orientação e Assistência a Dependentes)

UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina)

Telefone: (11) 5579 1543

UDED (Unidade de Dependência de Drogas)

UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina)

Rua Napoleão de Barros, 925 – Térreo – Vila Clementino

CEP.: 04.024-002 – São Paulo – SP

Telefone: (11) 5539-0155 - Ramal 162

UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas)
UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina)
Rua Botucatu. 394 – Vila Clementino
CEP.: 04.023-061 - São Paulo – SP
Telefone: (11) 5575-1708

RAID (Instituto Recife de Atenção Integral às Dependências)
Telefone: (81) 3466 8388

FUNDAC – Fundação da Criança e do Adolescente
Secretaria Fundac Brotas:
Rua Agripino Dórea, nº 26-A Pitangueiras/Brotas
Salvador/BA
CEP.: 40.255-430 Tel.: 381-8009/0202
E-mail: setras.fundac@cpu0011.ba.gov.br

Escola Picolino de Arte Circense
Av. Octávio Mangabeira, s/n – Pituaçu CEP.:41.740-000
Tel. 363-4069 Fax.: 285-0340
E-mail: circopicolino@zaz.com.br

CIPÓ – Comunicação Interativa
Rua General Bráulio Guimarães, 560, Jardim Armação
CEP.: 41.750-000
Fone: 461-4340 Telefax.: 367-1287
E-mail: cipocom@ig.com.br

CETAD - Centro de Estudo e Terapia ao Abuso de Drogas (UFBa)
Rua Pedro Lessa, 123 – Canela
CEP.: 40.110-050
Tel.:336-8673 Fax: 336-4605

GAPA – Grupo de Apoio à AIDS no Estado da Bahia
Rua Dias D’Avila, 109 - Barra CEP.: 40.140-270
Tel.: 267-1727/6554 Fax: 267-1587
E-mail: gapaba@svn.com.br

OAF – Organização de Auxílio Fraternal
Rua do Queimadinho, 17 – Lapinha CEP.: 40.325-250
Tel.: 319-9700 Fax: 319-9701
E-mail: oaf@ongba.org.br / oaf_bmq@ig.com.br

CEDECA – Centro de Defesa da Criança e do Adolescente da Bahia
Rua Conceição da Praia, 32 1.º andar – Comércio
CEP.: 40.250-015 Telefax: 243-8499
E-mail: cedeca@cedeca.org.br

Projeto Axé – Centro Axé de Defesa e Proteção à Criança e ao Adolescente. Av. Estados Unidos, 161 Ed. Suerdick 9º andar - Comércio CEP.:40.010-020
Tel.: 242-5815 (Geral) Fax: 241.3110
E-mail: projetoaxe@uol.com.br

CRAD-IS – Centro de Referência do Adolescente Isabel Souto
Av. Oceânica, 4000 Praia da Paciência – Rio Vermelho
CEP.: 41.950-000 Salvador - Ba
Tel.: 245-0978 /245-0711 Fax.: 331-1578
E-mail: crad-is@saude.ba.gov.br

CRIA – Centro de Referência Integral do Adolescente
Rua Gregório de Matos, nº 21, 1º e 2º andares - Pelourinho
Salvador – BA CEP.: 40.025-060
Tel.: (71) 322-1334/321-3041
E-mail: cria@always.com.br

CR DST - AIDS - Centro de Referência em DST/AIDS de Vitória da Conquista
Pça. João Gonçalves, S/N - Centro - Vitória da Conquista – BA CEP.: 45.020-160
Telefax.: (77) 422-8154
E-mail: dst@pmvc.com.br

CEAD – Centro de Estudos e Atenção à Dependência Química
Pça. João Gonçalves, S/N - Centro - Vitória da Conquista – BA
Telefax: (77) 422-8131
CEP.: 45.020-160
E-mail: ceasd@pmvc.com.br

PEV - Programa de Educação para a Vida
Rua Laudicélia Gusmão, 644 - Centro Vitória da Conquista – BA
CEP.: 45.035-000
Telefax: (77) 425-0681
E-mail: casadopev@ig.com.br

CREIA/ UFMS - Centro de Referência de Estudos da Infância e Adolescência de Mato Grosso do Sul CREIA/ UFMS
Av. Rio Branco, 1270 - Corumbá - MS
CEP.: 75.204-020
Tel: (67) 231-6764
E-mail: creia@ceuc.vfms.br

CEP-RUA - Centro de Estudos sobre Meninos e Meninas de Rua.
Instituto de Psicologia / UFRGS
Rua Ramiro Barcelos, 2600
CEP.: 90.035-003
Tel: (51) 3316-5150
E-mail: cep_ua@ufrgs.br

NESA/UERJ - Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente
Av. 28 de Setembro, 109 - Pavilhão Floriano Staffel, Vila Isabel, Rio de Janeiro - RJ
CEP.: 20.551-030
Tel: (21) 2587-6570 ou 2264-2082

Sobre os autores

Alexandra Ayach Anache

Psicóloga, Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo, professora adjunta do Departamento de Ciências Humanas do Centro de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS e professora do Mestrado em Saúde Coletiva e do Mestrado em Educação, UFMS - Mato Grosso do Sul.

E-mail: aanche@uol.com.br

Ana Luiza de Souza Castro

Psicóloga do Juizado da Infância e da Juventude de Porto Alegre, Vice-Presidente do Conselho Federal de Psicologia e Ex-Diretora da FEBEM-RS, Rio Grande do Sul.

E-mail: alcastro@tj.rs.gov.br

Ana Regina Noto

Psicóloga, Doutora em Ciências da Saúde, pesquisadora do CEBRID, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo - São Paulo.

E-mail: ananoto@psicobio.epm.br

Bronia Liebesny

Psicóloga e Mestre em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade de São Paulo, professora da Faculdade de Psicologia da PUCSP, São Paulo.

E-mail: liebesny@pucsp.br

Clarissa De Antoni

Psicóloga formada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Mestre e Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, membro do Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua (CEP-RUA/UFRGS), Rio Grande do Sul.

E-mail: cep_ua@ufrgs.br

Dulce Maria Fausto de Castro

Especialista em Psicanálise pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Consultora do Programa de Sexualidade do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

E-mail: nesa@uerj.br

Eroy Aparecida da Silva

Psicóloga, especialista em terapia familiar e de casal, terapeuta e pesquisadora da UDED, Unidade de Dependência de Álcool e Drogas do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

Lucas Neiva-Silva

Psicólogo formado pela Universidade de Brasília e Mestrando em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, membro do Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua (CEP-RUA/UFRGS) e coordenador

da Equipe de Pesquisa sobre Expectativas Futuras e Resiliência em Crianças e Adolescentes em Situação de Rua do CEP-RUA/UFRGS, Rio Grande do Sul.

E-mail: cep_ua@ufrgs.br

Maria de Lourdes Jeffery Contini

Psicóloga, Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas, professora do Departamento de Psicologia e do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, pesquisadora do Centro de Referências e Estudos da Infância e Adolescência da UFMS, Mato Grosso do Sul.

E-mail: contini_@terra.com.br

Marisa Lopes da Rocha

Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Social e Institucional da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, graduada em Psicologia, Mestre em Filosofia da Educação no IESAE/FGV/RJ e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade de São Paulo, assessora técnico-científica da FAPERJ e pró-Cientista da UERJ, Rio de Janeiro.

E-mail: marisalr@uerj.br

Monalisa Nascimento dos Santos Barros

Psicóloga formada pela Universidade Federal da Bahia, Mestre em Pesquisa Aplicada à População pela Universidade de Exeter da Inglaterra, título de especialista em Psicologia Clínica, coordenadora-geral da ONG Programa de Educação para Vida (PEV) e Membro do Centro de Referência em DST/Aids de Vitória da Conquista, Bahia.

E-mail: monabarros@globo.com

Rosalina Martins Teixeira

Psicóloga, Psicanalista, especialista em Saúde Mental pela Escola de Saúde do Estado de Minas Gerais, militante da luta antimanicomial, coordenadora do Projeto Arte da Saúde no Fórum Mineiro de Saúde Mental, Minas Gerais.

E-mail: artedasaude@bol.com.br

Sergio Ozella

Psicólogo, Doutor em Psicologia Social pelo Programa de Estudos Pós Graduated em Psicologia Social da Pontifícia Universidade de São Paulo, professor associado da Pós Graduação em Psicologia Social e da Faculdade de Psicologia da PUCSP, coordenador do Núcleo de Estudos “O adolescente brasileiro”, São Paulo.

E-mail: ozella@uol.com.br

Sílvia Helena Koller

Psicóloga, Doutora em Educação (PUCRS), pesquisadora do CNPq e Professora do Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, coordenadora do Centro de Estudos Psicológicos sobre Meninos e Meninas de Rua (CEP-RUA/UFRGS), presidente da Sociedade Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento, Rio Grande do Sul.

E-mail: cep_ua@ufrgs.br

Suyanna Linhales Barker

Doutoranda da Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Mestre em Psicologia e Práticas Sócio-Culturais, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, psicóloga do Programa de Atenção Primária do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente, UERJ, Rio de Janeiro.

Uma realização

