

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL UFSC/UFP**

JACIRA NUNES CARVALHO

**AUTONOMIA DO CUIDADO VIVENCIADA POR
ADOLESCENTES PARA UM VIVER SAUDÁVEL: O OLHAR
DA ENFERMAGEM**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

C331a Carvalho, Jacira Nunes

Autonomia do cuidado vivenciada por adolescentes para
um viver saudável [tese] : o olhar da enfermagem /
Jacira Nunes Carvalho ; orientadora, Alacoque Lorenzini
Erdmann. - Florianópolis, SC, 2010.

228 p. : il.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Adolescentes. 3. Cuidados. 4.
Autonomia pessoal. I. Erdmann, Alacoque Lorenzini. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem. III. Título.

CDU 616-083

JACIRA NUNES CARVALHO

**AUTONOMIA DO CUIDADO VIVENCIADA POR
ADOLESCENTES PARA UM VIVER SAUDÁVEL: O OLHAR
DA ENFERMAGEM**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Co-orientadora: Dra. Mary Elizabeth de Santana

Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde.

**FLORIANÓPOLIS
2010**

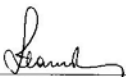
JACIRA NUNES CARVALHO

**AUTONOMIA DO CUIDADO VIVENCIADA POR ADOLESCENTES
PARA UM VIVER SAUDÁVEL: O OLHAR DA ENFERMAGEM**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

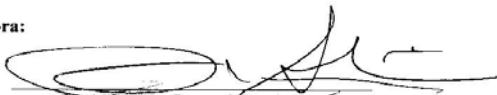
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 01 de março de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

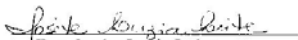


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

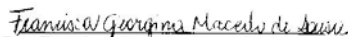
Banca Examinadora:



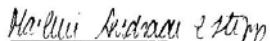
Dra. Alceque Lorenzini Erdmann
Presidente



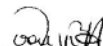
Dra. Josete Luzia Leite
Membro



Dra. Francisca Georgina Macêdo de Sousa
Membro



Dra. Marluce Andrade Conceição Stipp
Membro



Dra. Ivonete T. S. Bus Heidmann
Membro

Dra. Betina Horner S. Meirelles
Membro Suplente

Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves
Membro Suplente

Dedico essa Tese a minha mãe

Aos amigos que compartilharam comigo as incertezas de cada momento vivido na busca

por meus objetivos

A minha filha e a meus netos Luana, Letícia, Luan e Perola

de quem abdiquei do prazer de acompanhar na fase mais interessante de suas vidas para

me dedicar ao exercício de aprender a aprender.

AGRADECIMENTOS

A Deus, presença viva e constante em minha vida, minha força e minha inspiração, que me proporcionou energia e coragem para trilhar todos os caminhos vividos.

À minha doce e querida mãe, Domingas, por tudo o que fez e continua fazendo em minha vida, por seu amor, por seu carinho por ter me mostrado desde cedo a realidade nua e crua sobre a vida. Por me ensinar alçar vôos cada vez mais altos o que certamente me trouxe até aqui.

A Professora Alacoque Lorenzini Erdmann minha orientadora, pelas oportunidades de crescimento e por deixar que eu expressasse meus sentimentos e me permitir compreender a difícil arte de aprender enquanto caminhamos.

À minha co-orientadora, Professora Doutora Mary Elizabeth de Santana, por contribuir de forma delicada e me levar a refletir sempre a cada passo nesta caminhada.

Aos colegas do Grupo GEPADES, que solidárias me acolheram no grupo com carinho, com elas pude experienciar momentos agradáveis de aprendizagem, compartilhando atividades em um projeto com adolescentes.

Agradecimento especial as Doutoradas Francisca Georgina Macêdo de Sousa e a Ana Lúcia Ferreira S. de Melo, pessoas com quem aprendi que não se mede esforço, quando a questão é ajudar o outro a encontrar o seu caminho. A vocês o meu muito obrigado e que Deus as ilumine sempre.

*A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a realização do projeto DINTER/UFSC/UFGA, em especial ao **Professor Alex Fiúza de Melo, reitor da UFGA.***

Ao pessoal do Programa Saúde da Família do Canal da Visconde, ao pessoal da Escola Estadual de Ensino Médio e Fundamental Rodrigues Pinagés e aos participantes, adolescentes, professores, pais e enfermeiros minha gratidão, porque sem eles todo o esforço na construção desse trabalho teria sido impossível.

*A **Claudia**, Secretária do programa, cidadã incomum, sempre atenciosa, alegre, prestativa e muito responsável, a quem confiei a formatação deste trabalho.*

CARVALHO, Jacira Nunes. **Autonomia do cuidado vivenciada por adolescentes para um viver saudável**: o olhar da enfermagem. 2010. 228 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientadora: Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann

Co-orientadora: Dra. Mary Elizabeth de Santana

Linha de Pesquisa: Administração de Enfermagem e Saúde

RESUMO

O constructo autonomia é um dos elementos inerentes ao desenvolvimento humano e envolve naturalmente transformações nas relações do sujeito com os grupos e contextos dos quais faz parte. Dessa forma, este trabalho tem como objetivo compreender o significado de autonomia do adolescente para cuidado e suas interações na perspectiva de um viver saudável. A presente tese de doutorado encontra-se inserida na Linha de Pesquisa Administração de Enfermagem e Saúde do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Enfermagem e Saúde – GEPADES/UFSC. Trata-se um estudo descritivo/qualitativo, sendo os dados coletados por meio de entrevistas e dinâmicas interativas, tendo 27 participantes, entre estes adolescentes (16), pais (4), professores (2) e enfermeiros (5). Utilizamos como referencial teórico-metodológico a complexidade e a Grounded Theory TFD. Para a coleta de dados, a referência local foi a Casa Saúde da Família do Canal da Visconde, localizada no bairro da Pedreira, na cidade de Belém/Pará. O modelo teórico formulado foi “Entendendo a relação entre autonomia e dependência do adolescente para o cuidado na perspectiva do viver saudável” e foi sustentado pelas categorias: Expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si; Compreendendo a dependência do outro como dimensão necessária à aquisição da autonomia do cuidado do adolescente para um viver saudável; Reconhecendo o ambiente social como espaço para que o adolescente possa desenvolver a autonomia do cuidado para um viver saudável; Relacionando aspectos políticos e sociais da atenção à saúde do adolescente; Indicando a escola como parceira na aquisição da autonomia do cuidado por adolescentes para um viver saudável; Valorizando a orientação do profissional de saúde no processo de aquisição da autonomia do adolescente para o cuidado com vistas a

viver saudável. Este modelo confirma a tese defendida de que o adolescente promove a aquisição de sua autonomia para o cuidado, em consonância com os diversos tipos de contextos em que se encontra, a partir do enfrentamento das dificuldades e facilidades encontradas na própria realidade vivida, visando sempre nessas interações à possibilidade de viver saudável. Espera-se que esse conhecimento agregado ao fazer da enfermagem, configurado na dinamicidade/interatividade do cuidado em saúde, torne-se um importante instrumento na construção de políticas e ações de promoção do viver saudável desses sujeitos.

Palavras-chave: Adolescente; Autonomia Pessoal; Cuidado; Enfermagem.

CARVALHO, Jacira Nunes. **Autonomy of Care Experienced by Teenagers to a Healthy Living**: the nurse outlook. 2010. 228 p. Thesis (Doctor in Nursing) Program of Post-Graduation in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianopolis, 2010.

Adviser: Dr. Alacoque Lorenzi Erdmann

Co- Adviser: Dr. Mary Elizabeth de Santana

Line of Study: Administration of Nursing and Health.

ABSTRACT

The autonomy construction is one of the elements inherent to the human development and involves natural transformations in the relations of the subject with the groups and context in which he is part of. In this form this work has as objective to understand the significant autonomy of the adolescent to care and his interactions in the perspective of a healthy living. The present thesis is inserted in the line of study of Administration of Nursing and Health of the study group and research in Administration of Nursing of Health – GEPADES/UFSC. This is a descriptive/qualitative study, through which data were collected by means of interviews and interactive dynamics, in which 27 participants, among this adolescents (16), Parents (4), Professors (2) and Nurses (5). We use a reference methodology-theoretical to complexity and Grounded Theory- TFD. For collection of data the local reference was House of Family Health of Canal of Visconde, located in the neighborhood of Pedreira, in the city of Belem-Para. The theoretical model formulated was ``Understanding the relation between autonomy and dependency of teenager to care in the perspective of healthy living`` it was sustained by categories: Expressing the necessity of helping in the construction of autonomy to care for oneself; Understanding the dependency of the other as a necessary dimension in acquiring of autonomy for care of the teenager to a healthy living; knowing the social environment as a space for adolescent to develop their autonomy for care to a healthy living; Relating political and social aspects to the attention of the health of the teenager; Indicating the school as partner in the acquisition of autonomy of care for the adolescent to a healthy living; Valorizing the orientation of health professionals in the process of acquisition of the adolescent autonomy to care and in order to live healthy. This model confirmed the thesis defended that the teenager

promotes the acquisition of his autonomy to care, in a consistent manner with different types of context in which he is found, from coping with difficulties and possibilities of a healthy living, always seeking in this interactions the possibility of healthy living. Expecting that this aggregate knowledge makes nursing, into dynamicity/interactivity of health care, to become an important instrument in construction of political and actions of promotion of healthy living of the subjects.

Descriptors: Teenager; Personal Autonomy; Care; Nursing.

CARVALHO, Jacira Nunes. **La autonomía del cuidado vivida por los adolescentes para una vida sana: la mirada de la enfermería.** 2010. 228 p. Tesis (Doctorado en Enfermería). Programa de Posgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

RESUMEN

El constructo autonomía es uno de los elementos inherentes al desarrollo humano y, naturalmente, implica en transformaciones en las relaciones entre el sujeto y los grupos y contextos a los que pertenece. Así, este estudio tiene como objetivo comprender el significado de la autonomía para la atención de los adolescentes y sus interacciones desde la perspectiva de una vida sana. La presente tesis doctoral se insiere en la Línea de Investigación: Administración de Enfermería y Salud, del Grupo de Estudios e Investigación en Administración de Enfermería y Salud - GEPADES / UFSC. Se trata de una investigación descriptiva y cualitativa, con los datos recolectados a través de entrevistas y dinámicas interactivas, con 27 participantes, entre ellos: adolescentes (16) padres (4), maestros (2) y enfermeras (5). Como marco teórico y metodológico se utilizó la Teoría de la Complejidad y la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory* TFD). Para la recolección de los datos, el lugar de referencia fue la Casa de Salud Familiar del Canal de vizconde, ubicada en el barrio *da Pedreira* en la ciudad de Belem, Pará. El modelo teórico formulado fue: "Entender la relación entre la autonomía y la dependencia para el cuidado de los adolescentes desde la perspectiva de una vida sana", el cual es sustentado por las siguientes categorías: Expresar la necesidad de asistencia en la construcción de la autonomía para el autocuidado; Comprender la dependencia del otro como una dimensión necesaria para adquirir la autonomía del adolescente para una vida sana; Reconocer el entorno social como un espacio para que los adolescentes puedan desarrollar la autonomía del cuidado para una vida sana; relacionar los aspectos sociales y políticos de la atención de la salud de los adolescentes; Indicar a la escuela como un socio para la adquisición de la autonomía del cuidado por los adolescentes para un vivir saludable; Valorizar la orientación del profesional de la salud en el proceso de adquisición de la autonomía de los adolescentes para un vivir saludable. Este modelo confirma la tesis de que el adolescente promueve la adquisición de su autonomía para la

atención, en consonancia con los distintos tipos de contextos en los que él se encuentra, a partir del enfrentamiento de las dificultades y facilidades encontradas en su propia realidad vivida, buscando siempre en esas interacciones la posibilidad de una vida sana. Se espera que este conocimiento agregado al quehacer de la enfermería y configurado en la dinámica/interacción de la atención de salud, se convierta en una importante herramienta para la construcción de políticas y acciones que permitan promover una vida sana de esos sujetos.

Palabras clave: Adolescente; Autonomía Personal; Cuidado; Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABS	ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
ACS	AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
ECA	ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE
ESF	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
FUNABEM	FUNDAÇÃO NACIONAL DE BEM-ESTAR
IBGE	INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
LOAS	LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
MS	MINISTÉRIO DA SAÚDE
OMS	ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ONU	ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
SAS	SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE
SUS	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
TFD	TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS
UBS	UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE
UNICEF	FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS A FAVOR DA INFÂNCIA
USF	UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA
SESMA	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROSAD	PROGRAMA DE SAÚDE DO ADOLESCENTE
LDB	LEI DE DIRETRIZES E BASES DA EDUCAÇÃO
SINASE	SISTEMA NACIONAL SOCIOEDUCATIVO
CDCAs	CONSELHO DOS DIRETORES DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

SAEB	SISTEMA DE AVALIAÇÃO DA EDUCAÇÃO BÁSICA
ENEM	EXAME NACIONAL DE ENSINO MÉDIO
PNAD	PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS
DASAC	DIVISÃO ADMINISTRATIVA DA SACRAMENTA
SIAB	SISTEMA DE INFORMAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
TCLE	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: A visão da escola na atualidade.....	68
Figura 2: Relações para aquisição da autonomia.....	69
Figura 3: Revelando o fenômeno da dependência do adolescente para aquisição da autonomia para o cuidado	118

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: População adstrita à unidade de SF do Canal da Visconde por faixa etária – Belém/Pará.....	57
Quadro 2: Participantes da investigação segundo grupo amostral.....	59
Quadro 3: Codificação aberta	63
Quadro 4: Codificação aberta	63
Quadro 5: Agrupando códigos e atribuindo conceitos.....	65
Quadro 6: Agrupando conceitos em categorias – Codificação Axial ..	65
Quadro 7: Memorando 1.....	67
Quadro 8: Memorando 2.....	67
Quadro 9: Memorando 3.....	68
Quadro 10: Demonstrativo das categorias e subcategorias que emergiram dos dados durante o processo de análise	71

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	14
LISTA DE FIGURAS	16
LISTA DE QUADROS	17
APRESENTANDO A TESE	20
CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	22
CAPÍTULO I - FLORESCENDO AS IDEIAS PARA ESTE ESTUDO	23
1.1 REVISITANDO OS ASPECTOS QUE ME LEVARAM A REALIZAR ESTE ESTUDO.....	23
1.2 APRESENTANDO AS QUESTÕES DE PESQUISA, O OBJETIVO E A TESE.....	27
CAPITULO II - PERCORRENDO OS CAMINHOS DA ADOLESCÊNCIA	29
2.1 A ADOLESCÊNCIA E A LITERATURA PERTINENTE.....	29
2.2 CAMINHOS DELINEADOS PARA A ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE	34
CAPÍTULO III - DESVENDANDO OS CAMINHOS DA AUTONOMIA.....	38
3.1 BUSCANDO ENTENDER OS SIGNIFICADOS DE AUTONOMIA.....	38
3.2 A COMPREENSÃO DO CUIDADO NA BUSCA DA AUTONOMIA.....	45
CAPÍTULO IV - PELAS SENDAS DA EPISTEMOLOGIA DA COMPLEXIDADE E DA GROUNDED THEORY	48
4.1 A COMPLEXIDADE SEGUNDO MORIN.....	48
4.2 CAMINHOS PERCORRIDOS NO PROCESSO INVESTIGATIVO: A GROUNDED THEORY	52
4.3 LOCAL DO ESTUDO.....	55
4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	57
4.5 IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS	58
4.6 COLETA DOS DADOS	59
4.7 ELABORANDO OS CÓDIGOS, CONSTRUINDO CATEGORIAS	62
4.8 APRESENTAÇÃO E INTEGRAÇÃO DOS DADOS	69
4.9 VALIDANDO O MODELO TEÓRICO	71

CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	72
5.1 DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS.....	72
5.2 DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DO FENÔMENO.....	109
CAPÍTULO VI - ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MODELO TEÓRICO.....	119
6.1 MANUSCRITO 01 - O ADOLESCENTE NECESSITANDO DE AJUDA NA CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PARA O CUIDADO PARA UM VIVER SAUDÁVEL.....	119
6.2 MANUSCRITO 02 - COMPREENDENDO A DEPENDÊNCIA DO ADOLESCENTE NA CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PARA O CUIDADO.....	138
6.3 MANUSCRITO 03 - AUTONOMIA DO CUIDADO VIVENCIADA POR ADOLESCENTES PARA UM VIVER SAUDÁVEL: O OLHAR DA ENFERMAGEM.....	153
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	172
REFERENCIAS.....	175
APÊNDICES.....	187
ANEXOS.....	192

APRESENTANDO A TESE

Este trabalho consiste na tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como parte dos requisitos indispensáveis à obtenção do título de Doutora em Enfermagem. A presente tese de doutorado encontra-se inserida na Linha de Pesquisa Administração de Enfermagem e Saúde do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração de Enfermagem e Saúde – GEPADES/UFSC.

Neste estudo, buscamos compreender o significado de autonomia do adolescente para o cuidado e suas interações na perspectiva de um viver saudável.

A intenção relativa a esse trabalho é a de que ele possa contribuir com a sociedade, por intermédio dos pais, professores, enfermeiros e sociedade em geral, na elaboração de estratégias que venham propor sistemas organizados de atenção à criança e ao adolescente, que possam permitir leituras diversificadas sobre os problemas dos jovens presentes na sociedade atual e que olhem os adolescentes numa outra perspectiva, diferente do olhar atual.

Precisamos focar o olhar sobre os espaços escola e família, um espaço de educação formal e outro informal, mas ambos com muitas possibilidades de provocar os adolescentes e aqueles que ali trabalham a encontrar novas formas de viver em sociedade de maneira saudável.

O trabalho encontra-se dividido em sete capítulos. No primeiro capítulo, busco contextualizar o estudo, bem como justificar a sua relevância. Apresento as questões que nortearam o estudo e os seus objetivos.

No segundo capítulo, tendo em vista que o trabalho volta seu foco de atenção para os adolescentes, apresento alguns conceitos de adolescência e teço algumas considerações sobre as políticas públicas de proteção ao menor.

No capítulo três, discorro acerca da autonomia e sobre o cuidado.

No capítulo quatro, apresento o referencial teórico à complexidade e em seguida descrevo a metodologia utilizada neste estudo. Optei pela Teoria Fundamentada nos Dados, pois ela me permitiu, através de seus passos, construir o modelo teórico acerca do tema a que me propus.

O capítulo cinco foi dedicado à apresentação dos fenômenos, categorias, subcategorias, seus componentes e códigos.

Dediquei o capítulo seis ao modelo teórico representativo da

teoria substantiva construída neste estudo. As considerações finais foram apresentadas no capítulo sete, no qual faço algumas reflexões acerca do estudo realizado. A seguir, apresento as referências utilizadas.

De acordo com as novas normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, na sequência, apresento os resultados na forma de manuscritos, já com a formatação para os periódicos pretendidos.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Fazer este estudo sobre a adolescência foi um momento vivido de forma muito gratificante, pois, apesar de muitas incertezas diante das adversidades percebidas do viver adolescente, embrenhar pelos caminhos percorridos por outros autores foi muito satisfatório. Conhecer de forma ainda um tanto dispersa a epistemologia da complexidade foi outro mergulho nas “brumas do conhecimento”. Com a Grounded Theory, ir aos poucos descobrindo seus encantos foi um dos melhores momentos dessa experiência. Assim, foi possível descrever essa caminhada trilhando por veredas incertas, mas com a consciência de que os dados me levariam a algum lugar. Dessa forma, o encontro com o fenômeno foi meu momento de êxtase.

Na realização de um estudo desta natureza, por mais que queiramos nos afastar, tornar-se um elemento neutro nesse processo é algo quase impossível, pois acreditamos na vida cotidiana do pesquisador e na possibilidade da inteireza dos dados, se forem experienciados, vividos e participados. Nesta minha experiência, procurei estar em diversos espaços de convivência dos adolescentes, tais como: escola, casa de família, unidades de saúde, para obter uma visão melhor de suas realidades. Assim, foi possível descrever essa experiência de forma a explicar, segundo a ótica dos participantes, sobre os significados de autonomia para o cuidado do público participante deste estudo. Revisitar os aspectos que me levaram a buscar este fenômeno possibilitou-me um conhecimento sobre essa fase da vida um tanto interessante.

Em seguida, apresento as questões de pesquisa, o objetivo e a tese, elementos que me guiaram para o desenvolvimento deste estudo.



CAPÍTULO I - FLORESCENDO AS IDEIAS PARA ESTE ESTUDO

1.1 REVISITANDO OS ASPECTOS QUE ME LEVARAM A REALIZAR ESTE ESTUDO

O interesse em estudar autonomia do cuidado em adolescentes surgiu de uma forma um tanto inesperada. Sendo designada pela chefia do Curso de Enfermagem para assumir uma turma de prática* em uma unidade de referência para adolescentes, fui aos poucos, juntamente com os alunos, durante o primeiro semestre letivo de 2006, discutindo sobre a forma de acolhimento do adolescente, a consulta de enfermagem direcionada a esse público, a respeito das estratégias para implementar educação em saúde para a demanda daquela unidade e sobre as dificuldades de interação da equipe multidisciplinar daquele serviço. Procurei, neste período, inteirar-me do que informava a mídia sobre o tema. Busquei também, na abundante literatura científica, conhecimento sobre os problemas dessa clientela que aflige os pais, a sociedade, os governantes e também os próprios adolescentes.

No segundo semestre do mesmo ano, 2006, com uma outra turma

* Atividade curricular na qual o aluno vivência algumas ações inerentes ao serviço do enfermeiro sob a supervisão do docente.

de alunos, procuramos uma nova experiência, agora na rede básica de saúde do município de Belém, precisamente numa unidade de Estratégia Saúde da Família (ESF), situada no bairro da Pedreira. Nessa unidade, não encontramos serviços direcionados aos adolescentes. Eles eram atendidos conforme o plano de atendimento da ESF, que consistia numa consulta agendada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), ou, caso o adolescente necessitasse de atendimento, deveria procurar a unidade, conseguir uma ficha para agendar uma consulta com o médico da equipe com o qual sua família estava cadastrada. Procuramos conhecer o modelo de prontuário existente. Somente as adolescentes que já haviam passado por uma gestação tinham prontuários contendo algum dado registrado, mesmo assim muito incompleto. Durante a nossa passagem, realizamos um trabalho junto às equipes daquela unidade, numa tentativa de sensibilizá-las para que houvesse melhor acolhimento aos adolescentes que buscassem os serviços.

Esta nossa experiência, contribuiu para a percepção da necessidade de aumentar o foco de nossas preocupações relacionadas à adolescência. É sabido que, apesar da veiculação, pela mídia, de muitas informações sobre cuidados à saúde, prevenção de doenças e transformações que ocorrem nessa fase da vida, não são todos os adolescentes que conseguem apreender o conhecimento e colocá-lo em prática.

Segundo Bee (2003), o adolescente passa por profundas transformações fisiológicas, psicológicas, afetivas, intelectuais e sociais, considerando esta mais do que uma fase: um processo dinâmico de passagem entre a infância e a idade adulta.

Entendemos que a maioria dos adolescentes não possui todas as informações necessárias para que se sinta tranquilo em relação a tantas transformações concatenadas entre si, nem às suas dúvidas, ansiedades e vontades. Compreendemos que eles vivenciam as incertezas e os desconhecimentos sobre a fisiologia do seu corpo, sobre os fatores ligados à reprodução, à contracepção e sobre as doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo Possobom e Lazzarotto (2005), os adolescentes constituem um grupo heterogêneo, pois seus interesses não são satisfeitos pelos serviços de saúde comuns às outras faixas etárias. Daí, a necessidade do desenvolvimento de ações programáticas voltadas especificamente ao adolescente. Contudo, é preciso lembrar que as necessidades de saúde na adolescência não se restringem aos aspectos orgânico-biológicos, mas incluem outras, de caráter educacional, social, lúdico, e entre estas se faz necessário a informação para o autocuidado.

É notória a ausência de ações promotoras de saúde voltadas para esse público nos serviços de atenção básica. A carência de pessoal qualificado para o desenvolvimento de ações específicas para a faixa etária entre 12 e 18 anos compromete as iniciativas. Temos a convicção de que não bastam ações pulverizadas, é preciso que as leis sejam postas em prática e que os poderes públicos possam, juntamente com a iniciativa privada, unir esforços guiados por sentimentos de mudança, de solidariedade e amor, na conformação de diretrizes que fundamentem as práticas de cuidado à saúde do adolescente.

A ocorrência de situações indesejadas no seio da adolescência tem se tornado um problema emergente e que merece especial atenção dos gestores, dos trabalhadores de saúde e da academia no sentido de minimizá-las. Devemos pensar em ações de cuidado à saúde que busquem a promoção, prevenção, ampliem o conhecimento e opções de cuidado à saúde do adolescente com adoção de estilo de vida saudável.

Apesar das inúmeras organizações governamentais e não-governamentais presentes e atuantes com o grupo populacional de adolescentes no País, ainda é bastante preocupante o número de jovens que vivem à mercê dos desajustes sociais, das drogas, da ociosidade e da desescolarização. Precisa-se de um esforço horizontal dos profissionais de saúde e usuário/adolescente, para que nesta relação criem vínculos com a família com a intenção de qualificar a atenção à saúde do adolescente.

Estudos realizados nos últimos anos estimam que haja atualmente mais de 1 bilhão de pessoas com idades entre 10 e 19 anos, o que representa quase 20% da população mundial. No Brasil, essa população está em torno de 32 milhões de jovens de ambos os sexos entre 10 e 19 anos, o que representa, segundo dados de 2004 do IBGE, 20,84% da população total do País. (BRASIL, 2008).

Os dados apresentados pelo UNICEF (2006) revelam que 1 milhão de crianças e adolescentes brasileiros estão fora da escola; 1,1 milhão de jovens entre 12 e 17 anos continuam analfabetos; 2,9 milhões de crianças entre 5 e 14 anos permanecem trabalhando. No Pará, estado onde este estudo foi desenvolvido, os dados de analfabetismo na população adolescente ainda apresentam índices bastante elevados: 8,1% em 2005 na faixa etária de 10 a 14 anos. (BRASIL, 2008).

Segundo o banco de dados do Movimento Nacional de Direitos Humanos, o número de homicídios sofridos por pessoas entre 15 e 24 anos até 2006 era de 17,3%, sendo referido um declínio nestas taxas em função das ações preventivas estimuladas e implantadas em todo o País. A faixa etária de maior risco é a que fica entre 15 e 17 anos. (ANCED,

2004).

Entre as causas de mortalidade de adolescentes está a mortalidade por causas externas, que no Brasil, em 2005, apresentou os seguintes índices: 51,4% na faixa etária de 10 a 14 anos e 75,6% na faixa compreendida entre 15 e 19 anos. No estado do Pará, os índices ficaram em torno de 45,3% na faixa etária de 10 a 14 anos e 66,2% na faixa de 15 a 19 anos. Em Belém, estes índices se mantiveram nas mesmas proporções que o estado nas faixas etárias de 10 a 14 anos e 15 a 19 anos, representando 40% e 65,2%, respectivamente, da mortalidade proporcional por causas externas. (BRASIL, 2008).

Entre adolescentes, o tabaco é a segunda droga mais consumida. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria dos fumantes experimenta seu primeiro cigarro e se torna dependente antes dos 18 anos de idade. O número de fumantes nesta faixa etária é preocupante. Cerca de 100 mil pessoas começam a fumar todos os dias ainda na juventude. Estima-se que, no Brasil, a cada ano, 200 mil pessoas morram precocemente devido às doenças causadas pelo tabagismo, número que não para de aumentar. (BRASIL, 2008).

O aumento da atividade sexual do adolescente e de seu peso na fecundidade do País tem levado a uma preocupação maior por parte dos estudiosos com a saúde reprodutiva dos jovens. Isso decorre do fato de que os adolescentes sexualmente ativos estão mais expostos ao risco da gravidez precoce ou indesejada, mas também ao aborto, às doenças sexualmente transmissíveis e à AIDS. Destes jovens, muitos não têm acesso a informações e serviços que protejam sua saúde e permitam que tomem decisões de maneira livre e responsável.

O relatório Brasil informa que, nas regiões Norte e Nordeste, existe um número elevado de mães entre 10 e 19 anos. Os dados do Ministério da Saúde de 2005 informam que em 28,5% dos partos na região Norte e 25,1% da região Nordeste as mães estavam nesta faixa etária. A média nacional de mães nesta faixa etária é de 21,8% do total. (UNICEF, 2008).

O número de bebês nascidos de mães com menos de 15 anos vem aumentando. Na média, para o Brasil, este número aumentou de 6,9 por mil nascidos vivos em 1994 para 8,8/1000 em 2005, o que representa um crescimento de 28,6%. Houve aumento em todas as regiões. Em 1994, eram 18 mil bebês nascidos de crianças e adolescentes menores de 15 anos; em 2005, foram 27 mil. O Norte continua sendo a região onde ocorre o maior número de nascimentos de mães com menos de 15 anos, registrando 11,0/1000 em 1995 e 14,7/1000 em 2005. (UNICEF, 2008).

Os dados reforçam a necessidade de que devem ser postas em

prática ações no sentido de minimizar essa avalanche de problemas que afetam o grupo populacional de jovens em nosso país. Acreditamos que, respeitando os objetivos do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD/1989) e os princípios que preceituam o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA/1990), a população brasileira de adolescentes seria mais bem cuidada e protegida das ameaças presentes nas sociedades de modo geral.

A Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu no seu artigo 227 que “é dever do Estado e da família assegurar à criança e ao adolescente, como prioridade absoluta, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, violência, exploração, crueldade e opressão”. (BRASIL, 1988).

Isso deve ser compromisso ético de qualquer sociedade, assim como das políticas governamentais que pretendem atingir plenamente o direito básico de cidadania dos adolescentes. Além dos aspectos de inclusão de seus jovens, devem direcionar suas atenções para os fatores determinantes dos riscos, aos quais estão expostos no cotidiano de suas vidas. (OSELKA; TROSTER, 2000).

Vejo a necessidade de haver cumplicidade neste caminhar, descobrindo a melhor maneira de estabelecer uma convivência saudável entre os pais e os filhos, pois é nesta relação de parcerias e compreensões de significados que se inicia o processo constitutivo da identidade do adolescente. A escola, depois da família, é a segunda instituição onde criança e adolescente introjetam outros papéis sociais, partindo daí para as relações com o coletivo.

Segundo Batista (2000), é por meio dessas interações que se inicia o processo de individualização, que leva à constituição da identidade autônoma. O desafio desse processo está no desejo de ser independente ao mesmo tempo em que deseja preservar a ligação com a família e a sociedade.

1.2 APRESENTANDO AS QUESTÕES DE PESQUISA, O OBJETIVO E A TESE

As manifestações das pessoas de maneira geral refletem o seu interior, no qual, o fato de pensar sobre a sua vida leva-as à ação pela qual expressam as suas singularidades. Estas ações comunicam a

realidade social e pessoal vivida, construída a partir das suas experiências e possibilidades existenciais. O social, então, torna-se condição humana fundamental, pois o ser humano não vive senão em relação com o outro. (ERDMANN *et al.*, 2006).

Dessa forma, no processo de socialização dos filhos, os pais fazem uso de diversas estratégias de acordo com estilo educativo de cada um. Assim, podemos compreender que o sujeito na fase da adolescência sofre influência de variáveis internas, como a autoestima, relações com autoridade e desejo para sua independência, assim como das variáveis externas, como a estrutura familiar, presença ou ausência de controle e o ambiente emocional que envolve o indivíduo. (BRONFENBRENNER, 1996).

É nesta perspectiva da possibilidade da autonomia do adolescente, na intervenção positiva da enfermagem e ancorada no olhar complexo sobre o cuidado da saúde do adolescente que se projeta a minha intenção neste estudo.

E na expectativa de encontrar subsídios que auxiliem a compreensão das interações vivenciadas pelo adolescente para a realização do cuidado, e entendendo que este cuidado se torna essencial por ser este um momento de aprendizado ligado a condutas e comportamentos futuros, proponho as seguintes questões norteadoras do estudo: ***Quais os significados atribuídos pelos adolescentes para autonomia do cuidado na perspectiva de um viver saudável? Quais as interações experienciadas na realização deste cuidado?***

Sendo assim, o objetivo deste estudo é: Compreender o significado de autonomia do adolescente para o cuidado e suas interações na perspectiva de um viver saudável.

Esta compreensão organizada e apresentada como uma matriz teórico-empírica poderá afirmar ou não a seguinte tese: Na busca por um viver saudável, adolescentes desenvolvem, em suas interações cotidianas, a autonomia do cuidado de sua saúde e a compreensão do processo de cuidado. Esta tese agregada ao fazer da enfermagem, configurada na dinamicidade/interatividade do cuidado em saúde, torna-se importante instrumento na construção de políticas e ações de promoção do viver saudável dos adolescentes.



CAPITULO II - PERCORRENDO OS CAMINHOS DA ADOLESCÊNCIA

2.1 A ADOLESCÊNCIA E A LITERATURA PERTINENTE

Refletir sobre a vida, em seus períodos, e nessa reflexão incluir a adolescência é algo ainda incipiente na sociedade brasileira. Mesmo diante das preocupações manifestadas por alguns grupos, considera-se pertinente que haja um maior incentivo, uma maior mobilização para que estudos sejam realizados, no sentido de se fazer emergir propostas inovadoras que venham minimizar os problemas dos adolescentes em nossa sociedade. Reconhecendo as dificuldades inerentes à discussão deste tema, optamos por dialogar com alguns autores sobre as características dessa fase.

Um dos primeiros aspectos a considerar é como delimitar essa fase da vida. Neste ponto, podemos incursionar em varias direções. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “adolescência” como a fase da vida humana compreendida entre 10 e 19 anos, enquanto o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece outra faixa etária, ou seja, 12 a 18 anos.

Ainda temos os estudos que denominam essa fase de “juventude”

e estes estão inseridos numa faixa cronológica mais extensa, de 10 a 24 anos. (ALMEIDA *et al.*, 2005; PEREIRA, 2004). Há ainda aqueles que acreditam não ser possível delimitar essa fase por ser ela específica e diferente para cada ser e cada cultura. Mesmo assim, podemos perceber uma tendência em determinar o tempo da juventude com critérios etários predefinidos e rígidos. (DAYRELL, 2005).

Outro ponto a considerar, que foi discutido no estudo de Minayo (2004), são as mudanças ocorridas nos aspectos biopsicossociais, cujas peculiaridades atribuem aos adolescentes necessidades especiais e imediatas, de acordo com a dinâmica do processo maturacional de cada um.

Diante disso, Calligaris (2000) compara a adolescência como um sujeito que recebe informações de como se portar em determinado lugar, mas, ao receber as informações sobre os valores que deve respeitar naquela comunidade, sua integração àquele espaço/grupo fica suspensa em função da não-maturidade dos corpos para a realização dos ditos valores. Essa autorização é postergada e esse período de suspensão é a adolescência.

No entanto, Gomes e Lopez (1997) consideram que a adolescência é um período no qual se dá a continuação do processo de crescimento e desenvolvimento que iniciou no momento da fecundação, só que agora com uma velocidade muito maior e com características especiais. Assim, como para Ferreira *et al.* (2007), estar na adolescência é viver uma fase na qual mudanças acontecem no corpo físico, nas ações sociais e nas reações psicológicas, pois o crescimento somático e o desenvolvimento em termos de habilidades psicomotoras intensificam e os hormônios atuam vigorosamente levando a mudanças radicais, mudanças estas sendo percebidas e compreendidas de diferentes maneiras por aqueles que de certa forma dão atenção a esse processo.

Winnicott (1990), contribuindo com concepções psicológicas sobre o desenvolvimento humano, afirma que o crescimento emocional do adolescente ocorre em fases, em um movimento de vai e vem, por um processo de circularidade incessante até a morte. Este processo é necessário para o amadurecimento pessoal. Desse modo, a adolescência pode ser compreendida como uma reencenação de fases anteriores, com peculiaridades próprias, vista como uma experiência a ser repetida no futuro. Podemos reconhecer esta afirmativa na frase de Morin (1987), quando investe contra a tendência de se pensar a infância, a juventude e qualquer outra etapa da vida como etapas rígidas, que se esgotam em si mesmas, como se a passagem de cada um desses ciclos implicasse a superação do anterior.

Como parte do processo de desenvolvimento, existe, ainda, o período que denominamos de “puberdade”, que é marcado pelas transformações psicológicas ligadas à maturação sexual, no qual o adolescente se encontra sentindo e observando, em seu corpo, as mudanças desse novo ciclo de vida. Todas essas mudanças vão se desenvolvendo ao longo de vários anos, vão progredindo, e são acompanhadas de sentimentos contraditórios. Segundo Patrício (1995), nesta fase, dois fatores são necessários: a tendência inata ao amadurecimento, ou seja, os caracteres que o próprio organismo se encarrega de processar, e a existência de um ambiente que possibilite e facilite este processo. Por ambiente, podemos compreender o meio sociocultural e afetivo-espiritual, representado pela família, escola, trabalho, lazer, religião, comunidade, entre outros, de forma dinâmica e inter-relacionada, influenciando tudo no universo, todas as dimensões de seu espaço, essenciais ao desenvolvimento da vida sem perda da qualidade.

Para Balonne (2003), é na dimensão do ambiente social e afetivo que o adolescente passa uma fase de descobertas e de início da aquisição da independência, sendo necessário o estabelecimento de limites, por parte dos pais, para que eles aprendam o que é certo ou errado e formem uma personalidade saudável. Na adolescência, o indivíduo adquire também a capacidade de pensar o abstrato e dedica sua faculdade ao questionamento do mundo que o rodeia. O intelecto apresenta-se aqui mais eficaz, rápido, e permite elaborações mais complexas, ocorre um aumento da concentração, seleção de informações, maior capacidade de retenção e evocação, a linguagem se torna mais completa e complexa. Isso tudo faz com que o adolescente sinta que “pode tudo”, tornando-se mais independente e contra os valores até então tidos como corretos.

É nessa luta entre dúvidas e incertezas que o adolescente vislumbra possibilidades de assumir compromissos, de responder por seus atos e atitudes, liberar os pais para a execução de inúmeras tarefas para as quais até então se sentia incapacitado. A isso chamamos “processo de construção da autonomia”, que se caracteriza por ser diferente em cada ser. Para a Rede Feminista de Saúde (2004), é neste percurso que se desenvolvem processos psicológicos e padrões de identificação que evoluem da fase infantil para a adulta, entre eles a transição de um estado de dependência para outro de relativa autonomia.

Na percepção de Almeida (2005), para sair desse estado, os jovens precisam sentir o apoio dos adultos a sua volta. Os adultos no lugar de pais estão como ponto de referência. No entanto, em muitas das famílias, na medida em que os adolescentes dirigem sua atenção para

fora de casa, tanto pais como outros membros vivenciam esta busca pela independência como uma perda do filho. Na verdade, em psicologia a transição da infância para a adolescência assinala uma perda para a família: a perda da criança. Os pais, muitas vezes, sentem um vazio quando os adolescentes passam a ter maior independência.

Nesse estágio da vida, há uma luta para obter sua própria autoimagem e essa procura pode também se tornar confusa para os adolescentes e familiares. É comum os filhos ficarem particularmente divididos entre a identificação com a mãe e a identificação com o pai, sejam eles menina ou menino. (PRETO, 2001).

Nesse sentido, Carter e McGoldrick (2001) dizem que o gênero sempre foi um aspecto integral da autoidentidade e que os relacionamentos entre filhos e pais do mesmo sexo têm um poderoso efeito sobre o processo de identificação de gênero durante a adolescência.

No enfrentamento desse processo de identificação para encontrar sua imagem nas certezas e incertezas do desejo, adolescentes e família alteram regras, usam dos limites para se reorganizarem no intuito de alcançar/oferecer a tão almejada autonomia. Preto (2001) ressalta que nessa etapa do ciclo da vida algumas famílias necessitam de ajuda por passarem por uma grande mudança ao tentar dominar as tarefas da adolescência. Em muitos casos, buscam uma parceria com a escola, quando não, procuram terapia familiar junto a um profissional qualificado para tal.

Entendemos que tanto adolescentes quanto os familiares precisam de espaços para alívio de suas tensões, como sinaliza Preuschoff (2003). É imprescindível que os pais permitam liberdade aos filhos adolescentes, porém, ao mesmo tempo, devem continuar insistindo em manter as regras básicas da convivência. Calma e serenidade, e também humor, devem ser atitudes constantes dos pais durante a adolescência dos filhos.

Segundo Preto (2001), é bom que saibam os pais que autonomia não quer dizer que o indivíduo fique desconectado emocionalmente dos pais. Significa, de fato, que a pessoa não necessita de tanta dependência dos pais em termos psicológicos. Assim, ela possui um maior controle sobre que decisões tomar. Deve, contudo, saber diferenciar escolhas sensatas das que são autodestrutivas, que podem trazer riscos para sua vida.

Nas últimas décadas, a adolescência tem sido motivo de estudos nas diferentes vertentes: biológicas, sociais e psicológicas. Autores como Englund *et al.* (2006), Benkert *et al.* (2007), Gomez e Lopez

(1997), Ruzany (2000), Calligaris (2000), Becker (2003), Fonseca e Gomes (2004), Machado e Zagonel (2004) têm buscado compreender o fenômeno vida adolescente, na perspectiva de contribuir com a sociedade científica, oferecendo conhecimentos e estratégias de lidar com esse público diante das inúmeras situações que se colocam: sexo e gravidez precoce, uso de drogas, abandono escolar, delinquência, e tantos outros. Observamos, nos discursos desses autores, a necessidade de se compreender o modo pelo qual o adolescente se apropria do cuidado à sua saúde.

Cono (1998) afirma que a adolescência é um momento de evolução psicológica, intelectual e emocional que proporciona ao indivíduo a possibilidade de questionar o mundo, os adultos e a si mesmo. É nesta fase que muitos pais, não compreendendo o significado do desenvolvimento do adolescente, fazem críticas, provocando muitas vezes o afastamento dele do convívio com a família.

Sendo uma fase de grande vulnerabilidade a agravos externos, quase sempre determinada pelo processo de crescimento e desenvolvimento dos grandes centros urbanos e de seu amadurecimento pessoal, o adolescente coloca-se na condição de “presa fácil” das mais diferentes situações de risco: violência, maus tratos, acidentes, uso de drogas, DST/Aids e gravidez precoce (muitas vezes indesejada). (OZELKA TROSTER, 2000). Por consequência, temos evasão da escola, deserção da família, situações de abandono e de vivência nas ruas.

Todas as situações citadas, que têm relação com a falta de qualidade de vida do adolescente, promovem preocupações àqueles interessados em sua atenção e nos cuidados à sua saúde. Takiuki (1995) acreditava ser necessária a constituição de equipes multiprofissionais para trabalhar com adolescentes e familiares na promoção da saúde, na prevenção de doenças e outros agravos, e que estas equipes devem estar alocadas na rede de atenção básica à saúde.

Entretanto, Cannon (1999), citado por Ruzany (2002), observa não ser comum a presença de adolescentes usuários dos serviços de saúde, nem tão pouco os serviços oferecendo algum tipo de atenção voltada para as especificidades e necessidades desse grupo. Considera, entretanto, importante tornar possível a participação deles nas instituições de saúde, por meio do estabelecimento de programas elaborados para esse fim. Essa participação é necessária para que as equipes conheçam as necessidades sentidas, as suas noções de saúde, suas práticas e aspirações de desenvolvimento pessoal e social.

2.2 CAMINHOS DELINEADOS PARA A ATENÇÃO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

O presente capítulo tem por objetivo contextualizar as políticas públicas nacionais voltadas, direta ou indiretamente, para a promoção da atenção à criança e ao adolescente.

No Brasil, os adolescentes e jovens correspondem a 30,33% da população nacional. Trata-se de 57.426.021 indivíduos em mutação biológica, emocional e social, havendo quase igual proporção entre os sexos (50,4% são rapazes e 49,5%, garotas). Os dados estatísticos também demonstram semelhança na população entre 10 e 14 anos (17.348.067) e 15 e 19 anos (17.939.815), enquanto há decréscimo dos jovens, a população entre 20 e 24 anos (16.141.515). Dentre as explicações para tal fato, destaca-se a perda de vidas por causas externas, tais como acidentes e homicídios, principalmente relacionados ao tráfico de drogas e uso abusivo de álcool. (CORDEIRO, 2009).

Segundo Tome (2003), os adolescentes são reconhecidos como objeto das políticas públicas mediante dois modelos: o paternalista protetor e o democrático participativo. No Brasil, é possível observar os dois modelos, no entanto, predomina o primeiro, caracterizado por ter os jovens como grupo que deve ser educado e apoiado em sua luta por seus direitos e as suas garantias sociais. Contudo, o mesmo autor ressalta que as políticas públicas em saúde dirigidas aos adolescentes os visualizam como uma população em situação de risco, orientando programas para prevenção de comportamentos de risco relacionados a delinquência, alcoolismo, drogadição, prevenção de enfermidades e de gravidez indesejada, quando na realidade os jovens necessitam muito mais de ações que os levem a conhecer estratégias de promoção da saúde e de bem-estar.

Em 1988, durante o processo de construção da Constituição Brasileira, havia uma preocupação a respeito da criança e do adolescente, fato este que gerou o Artigo 227, que ressalta o dever do Estado e da família relativos à prioridade absoluta à criança e ao adolescente. (BRASIL, 1988).

A partir de então, outras leis foram elaboradas para proteção das crianças e dos adolescentes brasileiros. O Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) foi criado pela Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM, de 21/12/1989, a qual fundamenta-se numa política de Promoção de Saúde, de identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos com tratamento adequado e reabilitação,

respeitadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantidas pela Constituição Brasileira de 1988.

O programa é dirigido a todos os jovens entre 10 a 19 anos e é caracterizado pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo e educativo. O PROSAD visa garantir aos adolescentes o acesso à saúde, com ações de caráter: multiprofissional, intersetorial e interinstitucional. Entendemos que a proposta é interessante, no entanto percebemos que ainda falta um lugar específico para os adolescentes em nossa sociedade e conseqüentemente nas práticas institucionais. Podemos analisar as ações das equipes que atuam na atenção básica e podemos perceber que as estratégias utilizadas estão longe de corresponder às necessidades e às expectativas dos adolescentes.

O PROSAD preconiza os seguintes objetivos com vistas a garantir aos adolescentes o acesso à saúde:

- Promover a saúde integral do adolescente, favorecendo o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir a morbimortalidade e os desajustes individuais e sociais;
- Normatizar as ações consideradas nas áreas prioritárias;
- Estimular e apoiar a implantação e/ou implementação dos Programas Estaduais e Municipais, na perspectiva de assegurar ao adolescente um atendimento adequado às suas características, respeitando as particularidades regionais e realidade local;
- Promover e apoiar estudos e pesquisas multicêntricas relativas à adolescência;
- Contribuir com as atividades intra e interinstitucional, nos âmbitos governamentais e não-governamentais, visando à formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude, a ser desenvolvida nos níveis Federal, Estadual e Municipal. (PROSAD, 1998, p. 4).

Para atender todas as áreas, o PROSAD preconiza o trabalho multiprofissional, em que as atividades de diversos profissionais se complementem. Nessa perspectiva, médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, cirurgiões dentistas, assistentes sociais, agentes de saúde, educadores, professores de educação física, treinadores desportivos, artistas de diversos segmentos, religiosos, e outros profissionais que lidam com jovens devem formar uma equipe que trabalhe de forma

integrada, promovendo a saúde integral da população de jovens. Observa-se que o trabalho transcende a equipe clássica, pois ultrapassa os portões dos centros de saúde, hospitais, postos de atendimento, chegando a escolas, associações de bairro, clubes, estabelecimentos religiosos, instituições culturais e outros segmentos comunitários.

O Brasil foi o primeiro país da América Latina e um dos primeiros do mundo a ter uma legislação com o que há de melhor, na normativa internacional, no que diz respeito a promoção e defesa dos Direitos da Criança. (KAYAYAN, 2000). A Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, enfatiza que a criança e o adolescente têm direito à proteção da vida e da saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência, direitos fundamentais citados no Artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

No entanto, para Kayayan (2000), tornar realidade o que está posto no estatuto é uma operação que, além de implicar mudanças no panorama legal dos estados e municípios, requer também um corajoso e amplo reordenamento institucional dos organismos que atuam na área.

Depois da promulgação da lei que institui o ECA, algumas mudanças relativas à proteção à criança e ao adolescente ocorreram no país.

Ainda de acordo com Kayayan (2000), os eventos mais importantes e o ano de sua ocorrência foram:

1993 – Sanção da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS): define a assistência social como direito do cidadão e dever do Estado.

1996 – Sanção da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB): define e regulariza o sistema de educação brasileiro com base nos princípios presentes na constituição.

2000 – Aprovação do Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual contra Crianças e Adolescentes: marca a consolidação da luta contra a violência sexual infanto-adolescente.

2003 – Aprovação do Plano Nacional de Prevenção e Erradicação do Trabalho Infantil e Proteção ao Trabalhador Adolescente.

2006 – Aprovação do Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária e do Sistema Nacional Socioeducativo (SINASE): os dois documentos buscam solução para direitos garantidos pelo estatuto, mas que ainda encontram dificuldades para sua efetivação. Para o Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária, pela primeira vez, dois conselhos se reuniram para traçar as diretrizes e metas – o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e o Conselho

Nacional da Assistência Social.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, após ser promulgado, trouxe uma novidade para a estruturação das políticas voltadas a infância e adolescência no Brasil: conselhos foram criados para garantir o que foi preconizado pela lei. Os Conselhos Tutelares são responsáveis pelo atendimento direto aos meninos e meninas. Já os Conselhos dos Direitos da Criança e do Adolescente (CDCAs) são órgãos deliberativos, compostos de representantes do governo e da sociedade civil, que têm como função trabalhar na articulação das políticas públicas. (KAYAYAN, 2000).



CAPÍTULO III - DESVENDANDO OS CAMINHOS DA AUTONOMIA

3.1 BUSCANDO ENTENDER OS SIGNIFICADOS DE AUTONOMIA

Entender o significado de autonomia parece ter sido ao longo dos anos uma busca incessante de grande parcela de estudiosos.

Semanticamente, a palavra *autonomia* vem do grego, formada pelo adjetivo *autos* – que significa “o mesmo”, “ele mesmo” e “por si mesmo”, e pela palavra *nomos* – que significa “compartilhamento”, “lei do compartilhar”, “instituição”, “uso”, “lei”, “convenção”. Nesse sentido, *autonomia* significa propriamente a competência humana em “dar-se suas próprias leis”. (SEGRE; SILVA; SCHRANM, 2005).

Conceito este que, segundo Martins (2007), foi construído historicamente pelas diferentes características culturais, econômicas e políticas que modificaram a sociedade ao longo de sua história. Para Lalande (1999), o termo *autonomia* em alguns momentos aparece na academia dando a ideia de participação social, em outros traz a ideia de ampliação da participação política no que se refere a questões de descentralização e desconcentração de poder. Fato este corroborado por

Bobbio (2000), quando afirma que foi por meio do pensamento libertário que emergiu a ideia de indivíduo que buscava sua identidade e autonomia e que esta ideia se concretizava em movimentos políticos que defendiam a autogestão de escolas e fábricas, comunidades, nas quais os indivíduos passavam grande parte de suas vidas.

Para Castoriadis (1991), a autonomia é um empreendimento da humanidade e um programa de reflexão filosófica sobre os indivíduos, sendo uma busca de muitos séculos. Para valorizar esta afirmativa, buscamos a partir do pensamento de Kant (1785) a compreensão e os fundamentos dessa premissa.

O conceito moderno de autonomia resulta das ideias de Kant quando sugere o tema da capacidade de governar por uma regra que a própria pessoa aceita como tal, sem coação externa. Sendo capaz de governar por si próprio, o ser humano tem um valor que é para ser fim e nunca um meio para outra finalidade que não seja ele próprio. Essa capacidade essencial do ser humano é a raiz do direito de ser respeitado nas decisões que toma sobre si sem machucar as outras. (KANT, 1996, 2005). Logo uma pessoa autônoma é aquela capaz de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção dessa deliberação.

Ainda na concepção de Kant, a liberdade não consiste na ausência de lei, mas na independência face à necessidade natural, portanto, vontade livre e vontade submetida à lei são uma e mesma coisa. Ora, o sujeito é dotado de livre arbítrio que lhe permite escolher ser livre ou ficar dependente da heteronomia da vontade (leis naturais). Na perspectiva kantiana, a liberdade é a capacidade que permite ao homem agir de forma incondicionada, livre, pura, e, portanto, boa – o ser racional é fim de si mesmo.

Uma das bases teóricas utilizadas para o princípio da autonomia é o pensamento de Stuart Mill (1806-1883), para o qual autonomia significa que o homem é soberano sobre si mesmo, sobre seu corpo e sua mente. (GOLDIM, 2004). Assim, respeitar a sua autonomia é valorizar a consideração sobre as opiniões e escolhas, evitando, da mesma forma, a obstrução de suas ações, a menos que elas sejam claramente prejudiciais para outras pessoas.

Kamii (1985) também coloca a autonomia em uma perspectiva de vida em grupo. Para esta autora, a autonomia significa o indivíduo ser governado por si próprio, sendo o contrário de heteronomia, que significa ser governado pelos outros. A autonomia significa levar em consideração os fatores relevantes para decidir, agir da melhor forma para todos.

Logo, sendo a autonomia um constructo de muitas faces, fomos

buscar sua compreensão a partir do senso comum.

Segundo Spear e Kulbok (2004), a autonomia pode ser definida como uma condição de ser independente ou autogovernar-se. Para esses autores, a autonomia numa perspectiva desenvolvimentista relaciona-se ao domínio psicossocial, visto que adquirir autonomia em relação aos pais, adquirindo capacidade para decidir e agir por conta própria, é uma das principais tarefas evolutivas dos seres humanos durante o período da adolescência. (SPEAR; KULBOK, 2004; FLEMING, 2005). Fica implícito, assim, que o respeito à autonomia do indivíduo é um dos pontos básicos em que necessariamente se deve fundamentar toda relação entre seres humanos.

Nesse mesmo sentido, Noom (1999) define a autonomia como a habilidade para dirigir a própria vida, para definir metas, sentimentos de competência e habilidade para regular as próprias ações. Noom, Dekovic e Meeus (1999), em estudos realizados, identificaram o aparecimento de três dimensões de habilidades da autonomia que em muito têm auxiliado na compreensão desta temática. Tais dimensões incluem a autonomia atitudinal[†], emocional[‡] e funcional[§], as quais se desenvolvem de acordo com o contexto no qual o indivíduo está inserido.

Para Fleming (2005), a autonomia está definida como a habilidade para pensar, sentir, tomar decisões e agir por conta própria. Dessa forma, o desenvolvimento da independência é um componente crucial para adquirir autonomia. Porém, autonomia e independência não podem ser consideradas como sinônimos (como pode ser compreendido popularmente), na medida em que independência refere-se à capacidade dos jovens agirem por conta própria. Nesse caso, a independência é realmente necessária para se tornar autônomo, contudo, a autonomia é mais do que ter comportamentos independentes. A autonomia também prevê pensamentos, sentimentos e tomadas de decisões que envolvem não só o próprio indivíduo, mas também as relações que estabelece com os outros membros da família, seus pares ou pessoas fora do ambiente familiar.

[†] **Autonomia atitudinal ou cognitiva** refere-se à percepção de metas pelo exame das oportunidades e desejos, considerando os processos cognitivos para criar as possibilidades de fazer suas próprias escolhas.

[‡] **Autonomia emocional** refere-se aos delicados processos de independência emocional em relação aos pais e aos pares. Ela realmente ocorre quando o jovem tem confiança em definir suas metas, independentemente dos desejos dos pais ou dos pares.

[§] **Autonomia funcional ou condutual** refere-se à percepção de estratégias pelo exame do autorrespeito e controle, capacidade de tomar decisões e tratar os próprios assuntos sem a ajuda dos pais.

Estudiosos como Beauchamp e Childress (1994) admitem que a autonomia tem significados muito diferentes: autodeterminação, direito de liberdade, privacidade, escolha individual, livre vontade, comportamento gerado pelo próprio indivíduo e ser propriamente uma pessoa. Dessa maneira, o homem é caracterizado por sua vontade, sendo que a origem da liberdade está nessa natureza.

Para Silva (2006), a autonomia humana significa buscar a compreensão profunda da sua liberdade. Só quando somos capazes de interpretar a vida em sua manifestação plena é que podemos trazer da vida sua vitalidade criativa e libertadora, ou seja, não existe autonomia já determinada e imediata, ela é sempre uma conquista, está ligada às condições socioexistenciais do modo de ser no mundo. Na concepção deste autor, inexistente uma autonomia absoluta, ela é sempre mediada pelo mundo da vida em suas múltiplas experiências históricas do viver.

O conceito de autonomia para Goldim (2004) adquire especificidade no contexto de cada teoria. Virtualmente, todas as teorias concordam que duas condições são essenciais à autonomia: liberdade (independência do controle de influências) e ação (capacidade de ação intencional). Dessa forma um indivíduo autônomo age livremente de acordo com um plano próprio, de forma semelhante que um governo independente administra seu território e estabelece suas políticas e programas.

No entender de Piaget, citado por Freitas (2002), ser autônomo significa estar apto a cooperar na construção do sistema de regras morais e operacionais necessárias à manutenção de relações permeadas pelo respeito mútuo. Na autonomia, as leis e as regras são opções que o sujeito faz na sua convivência social pela autodeterminação.

Para o mesmo autor, não é possível uma autonomia intelectual^{**} sem uma autonomia moral^{††}, pois ambas se sustentam no respeito mútuo, o qual, por sua vez, sustenta-se no respeito a si próprio e reconhecimento do outro como ele mesmo.

Freire (2000) afirma que a formação estética proposta como caminho para a autonomia é formação que engloba a totalidade do ser humano e requer desenvolvimento da sensibilidade aliada à formação moral, a fim de que haja conciliação da felicidade com uma vida autorresponsável.

^{**} **Autonomia intelectual** também transita na sua definição literal, ou seja, a inteligência, pessoas que têm interesse por ideias e pensamentos, ou se dedicam a atividades que envolvem estudo e raciocínio.

^{††} **Autonomia moral** é um conjunto de regras e princípios de decência que orientam a conduta dos indivíduos de um grupo social ou sociedade e com o tempo se forma uma certa moralidade.

Reconhecendo a contribuição que esta perspectiva vem trazer à discussão da autonomia, principalmente nos seus aspectos de auto-ordenação, auto-organização e autodeterminação, Silva (2006) refere que não se pode ignorar a especificidade do âmbito complexo em que a autonomia humana deve ser discutida.

Na perspectiva de entender a interdependência dos contextos nos quais o indivíduo se desenvolve, Morin *et al.* (1996) escrevem que o sujeito é autor e ator de sua história e das diferentes histórias sociais, uma vez que múltiplas são as influências dos diversos sistemas de que participa. Nesse sentido, para conhecer o potencial autônomo do sujeito, é fundamental compreender que tipo de relações o adolescente estabelece na sua vida social. Nessa expectativa, a autonomia é construída na medida em que existe uma relação de seu mundo interno, de sua própria auto-organização, com as condições externas em que ele se desenvolve. Penso que o pensamento complexo é um pensamento que deve permitir ligar à autonomia a dependência.

Mesmo com a existência de muitos estudos a respeito da construção do conceito de autonomia, continua sendo difícil compreendê-lo por ser um conceito amplo que pode variar tanto no seu significado como na sua aplicação. Para Spear e Kulbok (2004), a autonomia nada mais é que um processo ativo, um fenômeno que necessita da orientação dos pais, ocorrendo de forma gradual, que se inicia no nascimento e se estende ao longo da existência do indivíduo.

Neste prisma, o desenvolvimento da autonomia é parte do processo de desenvolvimento do jovem e envolve, necessariamente, transformações nas relações familiares com o intuito de preparar o adolescente para o ingresso na vida adulta, transformações estas que nem sempre os pais estão dispostos a realizar. Essas mudanças estão relacionadas a autoridade, disciplina, estilo de vida, estilo de educação e de comunicação e, principalmente, de adaptação. (RÍOS GONZÁLEZ, 2005).

Segundo Martins (2002), diversas são as características que devem ser consideradas no processo de desenvolvimento da autonomia humana:

Trata-se de um processo de evolução contínua à medida que habilidades se aperfeiçoam, novas capacidades são adquiridas, novas vivências são acumuladas e integradas e, portanto, passível de rápidas e extremas mudanças no tempo;

A aquisição das competências é progressiva, não se dão saltos, e segue sempre uma ordem preestabelecida, sendo, portanto, razoavelmente previsível;

Os tempos e o ritmo em que o desenvolvimento se processa são muito individualizados, fazendo com que dois indivíduos de uma mesma idade possam estar em momentos diferentes de desenvolvimento.

A autonomia, apesar das dificuldades inerentes à sua definição, é sempre considerada um bem que a sociedade deve salvaguardar. Segundo Mill, citado por Canto-Sperber, (2003, p. 144), “uma sociedade justa é a que suporta a capacidade de cada pessoa viver como indivíduo autônomo, o que supõe a capacidade de cada um raciocinar sobre os fins da vida, inclusive os fins morais”.

É nesse contexto que entra a família e seu papel na conjugação do esforço adolescente para alcançar o nível desejado no desenvolvimento de sua auto-organização. Durante tal processo, seus membros são obrigados a passar por momentos de transição necessários e pertinentes ao ciclo vital familiar, que é diferente para cada indivíduo. Nesses momentos, a integração entre o velho e o novo se faz presente para todas as gerações envolvidas. Este é um aspecto fundamental ao enfocarmos a família com adolescentes: a importância da passagem do tempo, a integração do antigo e do novo, do moderno e do arcaico, das tradições e das gerações. (SILVA, 2008).

Para Morin (2007, p. 66), “a noção de autonomia humana é muito mais complexa já que ela depende de condições culturais e sociais.” Portanto, para ser autônomo, o sujeito necessita ser dependente da cultura e de todos os demais aspectos do mundo externo.

A literatura tem mostrado que, sob o enfoque evolutivo, o adolescente, para ingressar na vida adulta, deve adquirir certas competências, sendo que o desenvolvimento destas competências estaria relacionado com os modelos educativos adotados pelos pais, podendo estes auxiliar ou dificultar seu desenvolvimento. Neste caso, uma das competências esperadas é que os jovens adquiram na adolescência o desenvolvimento da autonomia. (REICHERT; WAGNER, 2007).

Segundo Guarigli, Bento e Hary (2006), no decurso do desenvolvimento da identidade, ocorrem processos de aprendizagem, que se dão em função do amadurecimento de estruturas cognitivas, assim como por processos motivacionais e afetivos. Assim sendo, educar, no sentido da formação da identidade do eu, significa educar para a autonomia, para uma autonomia que abre o acesso comunicativo à própria natureza interna e se apoia em uma liberdade que põe limites a si mesma.

Estudar os aspectos relativos à autonomia do adolescente tem sido uma tônica em função da necessidade de compreensão desta fase,

tanto na perspectiva individual como interacional.

Segundo Fleming (1988), as sociedades possuem diferenças na forma como suas crianças e adolescentes são preparadas para a autonomia. Dentro de cada sociedade, os valores edificados pelas diferentes classes sociais moldam diferentes expectativas relativas à autonomia do adolescente. No entanto, todas as sociedades esperam que certo grau de autonomia e de responsabilidade social seja atingido após a adolescência. Esperam que adolescentes se tornem indivíduos independentes das suas famílias de origem e venham a integrar a comunidade adulta e a partilhar os seus valores básicos, assegurando a reprodução biológica da espécie e a reprodução cultural da sociedade.

A mesma autora, ao realizar uma revisão da literatura sobre autonomia na adolescência, encontrou diversos estudiosos trabalhando com o referido tema, tais como: Jersild (1957); Murphey *et al.* (1963); Kandel e Lesser (1969, 1972); Berzonsky (1981); Greenberger e Sorensen (1974, in Berzonsky, 1981); Turnbull e Turnbull (1985); Margalit e Schulman (1986). Observou que os estudos de certa forma procuravam desenhar explicações de autonomia enquanto capacidade para funcionar competentemente, considerando que as realizações desenvolvimentais que promovem o funcionamento autônomo são a autoconfiança, uma orientação positiva para o trabalho e um claro sentido de identidade. Consideram ainda que um elemento essencial nesse processo de independência é a liberdade, o desejo e a capacidade de serem responsáveis pelos próprios pensamentos, sentimentos, julgamentos morais e decisões práticas.

Partindo do que a literatura enfatiza, de que a autonomia é um processo dinâmico e um fenômeno orientado, podemos afirmar que esse fenômeno sofre influências de situações tanto internas como externas do contexto no qual se desenvolve. A conquista da autonomia é um processo paulatino e diário, que se inicia desde os primórdios de nossa existência e, apesar de ser um processo particular, necessita do favorecimento do contexto social. Assim, a autonomia é a habilidade para dirigir a própria vida, para definir metas, os sentimentos de competência e habilidade para regular as próprias ações, e este constructo sofre a influência das práticas educativas adotadas pelos pais. É imprescindível que se conheça a percepção de ambos, pais e filhos, para poder se compreender melhor este processo. (REICHERT; WAGNER, 2007).

Esse processo de aquisição de autonomia é concluído ao final da adolescência, com a maturidade. Se, entretanto, o potencial para a aquisição da autonomia característica de determinada idade não é

respeitado, todo o processo fica comprometido, já que não são as habilidades e as competências realizadas que evidenciam a autonomia do adolescente, e sim a atitude diante dos problemas da vida e os recursos que tem para usar na busca de soluções. (SAYÃO, 2003). Entre estas atitudes estão aquelas relacionadas à busca por uma qualidade de vida, que se entende que seja essa aquisição mediada pelo cuidado que o sujeito deve ter consigo.

3.2 A COMPREENSÃO DO CUIDADO NA BUSCA DA AUTONOMIA

Na expectativa de compreender os significados de cuidado, que também têm a sua diversidade, buscamos na literatura autores que se debruçaram em estudos na tentativa de construir conceitos que pudessem desvelar a essência deste ato.

A palavra *coera*, que tem a sua origem no latim, significa “cura” e é usada, num contexto de relações de amor e amizade, para expressar uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação. Outra origem para a palavra “cuidado” deriva de *cogitare/cogitatus*, que significa “cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação”. O termo “cuidado” apresenta várias derivações, contudo sempre terá a ideia de preocupação e inquietação por alguém. (BOFF, 1999).

Para Zoboli (2004), os aspectos históricos revelam que não há uma ideia única de cuidado, mas um conjunto de noções de cuidado que se unem por alguns sentimentos básicos, por algumas narrativas formativas, cuja influência perdura através dos tempos e por diversos temas recorrentes. Segundo Collière (1999, p. 235), “cuidado vem de cuidar, que é um ato de vida, no sentido de que representa uma infinita variedade de atividades que visam manter, sustentar a vida, permitindo-lhe continuar e reproduzir-se”.

Assim, na filosofia de Heidegger (2008), a noção de cuidado deriva do tradicional mito de origem greco-latina, cuja narrativa é citada literalmente para justificar que o ser humano leva a marca do cuidado. Dessa forma, o cuidado tem para Heidegger o duplo sentido de angústia e solicitude, que representam duas possibilidades fundamentais e conflitantes: “o cuidado angústia (*sorge*)”, que retrata a luta de cada um pela sobrevivência e por galgar uma posição favorável entre os demais

seres humanos; e “o cuidado solícitude (*fürsorge*)”, que significa voltar-se para, acalantar, interessar-se pela terra e pela humanidade.

Ainda segundo Collière (1999), essa ação inerente à sobrevivência da espécie foi profundamente alterada entre os humanos, na medida em que houve os desenvolvimentos tecnológico, socioeconômico e cultural. Assim, passou de uma atividade exercida por familiares, pelo simples fato de cuidar e ser cuidado, para uma atividade profissional em vários campos.

A partir de Florence Nightingale, no século XIX, muitas teorias de cuidado emergem no cotidiano da enfermagem: teoria do cuidado das necessidades humanas básicas, da relação interpessoal, da enfermagem transcultural, transpessoal, do ser humano unitário, da adaptação, dos sistemas de saúde, do ser humano existência-saúde e da enfermagem humanística. (ZOBOLI, 2004). Essas teorias vêm ao longo dos anos fundamentando as ações de enfermagem diante da diversidade de situações vivenciadas por enfermeiros nos diversos cenários de atenção e cuidados.

Para Waldow (1998), o cuidado pode ser entendido como atividade de apoio, facilitação, capacitação, ajuda, atenção, troca de ideias e tomada de decisões. Essas são atividades que promovem ou mantêm o bem-estar, ativam um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda, visando promover o bem e, no caso das profissões de saúde, visando ao bem-estar do paciente, à sua integridade moral e à sua dignidade como pessoa. É uma necessidade e um recurso do ser humano.

Na busca pela compreensão do cuidado, podemos perceber que somos seres de relação, compartilhando o estar no mundo com o outro, e compartilhar exige inquietude na busca do conhecimento. (SILVA *et al.*, 2005). Dessa forma, o cuidado representa para Waldow (2004) a dinamicidade das múltiplas interações entre seres humanos, atingível na sua forma de ser em sistemas abertos e ambientes mais saudáveis. Diante dessa perspectiva de múltiplas interações para o cuidado, podemos pensar a familiar como um dos primeiros grupos a realizar essa troca de ações cuidadoras entre seus membros.

Na perspectiva do cuidado em família, Marcon *et al.* (2006) referem que esta tem papel importante no desenvolvimento do cuidado à saúde de seus membros, visto que em algumas situações os serviços assistenciais não têm satisfeito as necessidades da população. Por isso, torna-se necessária a elaboração de estratégias que visem à orientação e priorizem a família como centro do processo de cuidado à saúde. O cuidado da família é percebido pelos adolescentes por meio da atenção

recebida, da dedicação e preocupação demonstrada pelos cuidadores familiares. (RAMOS *et al.*, 2008).

Os membros familiares são, dessa forma, visualizados como cuidadores em situação de doença que realizam o cuidado sob a forma de proteção do indivíduo, para garantir segurança física, emocional e social da família e promover a vida e o bem-estar dos seus integrantes. (ELSEN, 2004). A sensação de bem-estar ou de satisfação está intimamente ligada à forma como o indivíduo é capaz de lidar e absorver a ocorrência de episódios na vida.

Nessa perspectiva, Unbehau *et al.* (2000) consideram que a percepção da necessidade de cuidados com a saúde na adolescência é pouco concreta, sendo sentida nos momentos emergentes e nunca como uma ação que faz parte do repertório habitual. Os cuidados e a busca por serviços de saúde estão diretamente associados às percepções socialmente construídas em torno dos problemas mais emergentes nessa etapa: sexualidade, contracepção e gravidez. Diante das necessidades sentidas, os conceitos de cuidado e autonomia interagem, mesmo sendo conceitos interdependentes, e respondem às expectativas do adolescente. Para Scucato (2004), o ser, ao cuidar de si, está construindo sua autonomia, ao mesmo tempo em que se valoriza como ser de cuidado.

Assim, podemos compreender o ser humano como um ser do cuidado, complexo, singular e plural, ser de consciência, cognoscente, político, trabalhador do conhecimento, ator e construtor das relações, interações e associações no exercício do cuidado para um viver mais saudável, a promoção da saúde e a valorização da vida. (ERDMANN *et al.*, 2006).



CAPÍTULO IV - PELAS SENDAS DA EPISTEMOLOGIA DA COMPLEXIDADE E DA GROUNDED THEORY

4.1 A COMPLEXIDADE SEGUNDO MORIN

Pensando na complexidade da pessoa humana, no processo do cuidado e na perspectiva da adolescência, que por si só traz embutido o status do complexo, buscamos em Morin a luz para a compreensão desses aspectos, no sentido de que todo acontecimento, informação ou conhecimento seja considerado na relação da inseparabilidade, do ambiente, da cultura, do social, político ou econômico.

Para uma melhor compreensão do que seja pensamento complexo, podemos dizer que ele surgiu para questionar a fragmentação e o reducionismo do conhecimento no século XVI, e a sua base epistemológica, desenvolvida por Edgar Morin, advém de três teorias que se inter-relacionam: *a teoria da informação*^{‡‡}, *a cibernética*^{§§} e *a*

^{‡‡} A teoria da informação (1948), por Claude E. Shannon, está relacionada às questões particulares da teoria da comunicação e também a questões relativas a diversas áreas do conhecimento, como: Criptografia e Cripto-análise, Teoria de Probabilidade, Inteligência Artificial, Economia, etc. (FERNANDES E AZEVEDO, 2006).

^{§§} A cibernética é uma palavra de origem remota que explica o estudo das funções humanas de controle e dos sistemas mecânicos e eletrônicos que se destinam a substituí-los. (ROQUE THEOPHILO, sd inter).

teoria dos sistemas ***.

A teoria da informação analisa problemas relativos à transmissão de sinais no processo de comunicação. A cibernética estuda as comunicações e o sistema de controle dos organismos vivos e máquinas em geral e a teoria dos sistemas afirma que o todo é mais que a soma das partes, indicando a existência de qualidades emergentes que surgem da organização do todo e que podem retroagir sobre as partes; mas o todo é também menos que a soma das partes, pois as partes têm qualidades que são inibidas pela organização global. (PETRAGLIA, 2000).

Edgar Morin nasceu em Paris, no ano de 1921, com o nome de Edgar Nahum. Teve formação transdisciplinar, desenvolveu estudos universitários em Direito e, como autodidata, em diversas áreas como História, Geografia, Sociologia e Filosofia. Mais do que filósofo, sociólogo, epistemólogo, Morin é um pensador contemporâneo, crítico, reflexivo e muito produtivo. Dedicou-se ao estudo da complexidade, termo que apropriou da cibernética e incorporou à sua obra.

Para entendermos a idéia de complexidade, precisamos olhá-la em relação ao que se consideram usualmente seus opostos. Assim podemos formar alguns pares: simples-complexo, simplificação-complexificação, redução-conjunção, reducionismo-holismo, partes-todo. É preciso, contudo, frisar que a complexidade não tenta homogeneizar seus opostos em um todo: ela mantém a distinção entre as partes. Ela associa sem tirar a identidade das partes que a compõem, mas sempre considerando que o todo é maior que a soma das partes. (CHAVES, 1998).

Para melhor estruturar o que foi denominado de Teoria da Complexidade, sete princípios foram criados pelo seu idealizador, sendo estes complementares e interdependentes. Podemos assim explicitá-los:

1. Princípio sistêmico ou organizacional, que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, considerando impossível conhecer as partes sem conhecer o todo, tanto quanto conhecer o todo sem conhecer, particularmente, as partes. O desafio da complexidade está em compreender a ideia de que toda e qualquer informação tem apenas um sentido em relação a uma situação, a um contexto. Não tem sentido se não a situarmos no seu contexto geográfico e histórico, o que quer dizer que, para conhecer, não

*** A teoria de sistemas estuda a organização abstrata de fenômenos, independentemente de sua formação e configuração presente. Investiga todos os princípios comuns a todas as entidades complexas e modelos que podem ser utilizados para a sua descrição. (LIEBER, s/ inter).

podemos isolar, é necessário um contexto e mobilizar o nosso saber, a nossa cultura, para chegar a um conhecimento apropriado e oportuno.

2. Princípio holográfico, que põe em evidência este aparente paradoxo das organizações complexas, em que não apenas a parte está no todo, como o todo está inscrito na parte.

3. Princípio retroativo. Este rompe com o princípio da causalidade linear: a causa age sobre o efeito e o efeito age sobre a causa. Há, por isso, um sistema em que o efeito atua retroativamente sobre a causa. Então deixamos de ter uma visão linear para substituí-la por uma visão circular. A isso chamamos de autonomia regulatória, e ela é produzida por uma circularidade mais intensa chamada circularidade autoprodutiva, que consiste no fato de produtos e efeitos serem necessários ao produtor e ao causador, ao que denominamos circularidade retroativa.

4. Princípio recursivo. É um circuito gerador em que os produtos e os efeitos são produtores e causadores daquilo que o produz.

5. Princípio da autonomia/dependência (auto-organização), no qual os seres vivos são seres auto-organizadores, que não param de se autoproduzir e, por isso mesmo, dependem energia para manter sua autonomia. Vale especificamente para seres humanos, que desenvolvem sua autonomia na dependência de sua cultura e para as sociedades que se desenvolvem na dependência de seu meio geológico.

6. Princípio dialógico. Este princípio permite assumir racionalmente a inseparabilidade de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo. Está em constante ação no mundo físico, biológico e humano.

7. Princípio da reintrodução do conhecimento em todo conhecimento, que opera a restauração do sujeito e revela o problema cognitivo central: da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução feita por uma mente/cérebro, em uma cultura e épocas determinadas. (MORIN, 2000).

A complexidade é a expressão adequada para tratar o mundo real, tal como ele é, uno, indivisível, em que tudo é parte de tudo. Tudo depende de tudo. Para Chaves a visão habitual disciplinar, corporativa, unidimensional, tende a deformar a visão que temos de mundo. Para corrigir essa deformação é preciso sair do lugar de onde sempre olhamos algo, olhá-lo de fora, para ter a visão de múltiplos ângulos e analisá-lo em suas várias dimensões. (CHAVES, 1998, p. 6).

Nessa perspectiva, o que a realidade nos apresenta é o fato de que a adolescência é um período que se vivencia com evidências de confusão e necessidade de rupturas e mudanças. Portanto, mostrando-

nos a necessidade de olhares diversificados ou sobre ângulos diferentes para uma percepção mais adequada dessa realidade.

Vivemos numa dimensão multidimensional, visto que é simultaneamente econômica, psicológica, mitológica e sociológica, mas as estudamos separadamente e não umas em relação com as outras. O princípio de separação torna-nos talvez mais lúcidos sobre uma pequena parte separada do seu contexto, mas nos torna cegos ou míopes sobre a relação entre a parte e o seu contexto. (MORIN, 1996). Precisamos adaptar nossa estrutura mental para usar o pensamento complexo em benefício das ações transformadoras em nossa sociedade, em vez de nos intimidarmos diante da complexidade.

Morin (2005) ressalta que o problema está em conseguirmos obedecer a um paradigma que possibilite diferenciar e ao mesmo tempo relacionar. E justamente o paradigma que domina o conhecimento na nossa civilização e na nossa sociedade é um paradigma que impede o conhecimento complexo, o conhecimento da era planetária. Como enfatiza Morin, a complexidade é uma palavra que sugere problema e não uma solução.

Dessa forma, trata-se de procurar sempre as relações e inter-retroações entre cada fenômeno e seu contexto, as relações de reciprocidade todo/partes e também de reconhecer a unidade dentro da diversidade, o diverso dentro da unidade; de reconhecer a unidade humana em meio às diversidades individuais e culturais, em meio à singularidade humana. (MORIN, 2000).

Com o intuito de esclarecer o leitor, Morin (1996) procura explicar que a complexificação dos problemas tornou necessária a aproximação e associação gradual das disciplinas em diferentes graus (disciplinaridade, multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade^{†††}). Segundo ele, o pensamento complexo se elabora nas lacunas entre as disciplinas, a partir do pensamento de matemáticos, físicos, biólogos e filósofos. Segundo o autor, o pensamento complexo é, portanto, o pensamento que lida com a incerteza e que é capaz de conceber a auto-organização. (MORIN, 2000).

A complexidade do mundo em que vivemos transparece nas expressões que usamos cotidianamente. Falamos muito das coisas que

^{†††} A disciplinaridade, a transdisciplinaridade, a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade, embora sejam fenômenos epistemológicos e pedagógicos inseparáveis, distinguem-se pelo modo de ação. Em um caso, ultrapassam-se as ciências e as disciplinas. No outro, as relações tratam das interações entre duas ou mais disciplinas. (PAVIANI, 2003).

achamos complicadas, o mundo dos adolescentes, a visão complexa dos adolescentes sobre o mundo, a realidade do mundo e coisas assim. No entanto, só existe um mundo. Todos os mundos acima se entrelaçam num mesmo espaço-tempo em que vivemos. (CHAVES, 1998).

Quisemos com este passeio inicial sobre o pensamento de Edgar Morin caracterizar o referencial teórico que nos guiará para as partes seguintes deste estudo. A ideia fundamental é a da unidade do conhecimento, necessária para o pensamento complexo, mas que demanda humildade e prudência. Em plena era do fim das certezas, não queremos saber tudo, mas também não queremos ficar encerrados em nossas disciplinas. Acreditamos que o aprofundamento no exame desta fase da vida, com suas nuances, exige um trabalho de várias disciplinas e dos diversos setores da sociedade.

4.2 CAMINHOS PERCORRIDOS NO PROCESSO INVESTIGATIVO: A GROUNDED THEORY

A opção pelo tipo de pesquisa qualitativa deu-se em função da disponibilidade dos participantes pensarem livremente sobre o tema deste estudo. A pesquisa qualitativa faz emergir aspectos subjetivos e atinge motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. (ROSA, 2006).

Na pesquisa qualitativa, o ponto de partida são questões, ou focos de interesses amplos, que vão se definindo na medida em que o estudo se desenvolve. (TURATO, 2005).

Como visamos os aspectos relacionados ao cuidado da pessoa, procuramos compreender qual o significado de pesquisa qualitativa em saúde. E constatamos, em Minayo (2000, p. 21-22), que a pesquisa qualitativa tenta dar conta de um universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que significa um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Verificando a aplicação da abordagem qualitativa nos últimos 30 anos, observamos que tem se mostrado uma possibilidade de investigação científica muito promissora. Apesar de ter surgido no seio das ciências humanas, tem hoje uma expressiva expansão para outras áreas do conhecimento, como as da saúde.

Averiguando as distintas interpretações da abordagem qualitativa, compreendemos que ela se constitui de um conjunto de diferentes

técnicas interpretativas que visam descrever e decodificar um sistema complexo de significados e tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social. (NEVES, 1996).

Compreendendo a diversidade de desenhos teóricos metodológicos que podemos utilizar em uma pesquisa com uma abordagem qualitativa, optamos por utilizar a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou “Grounded Theory”.

A TFD é uma metodologia que foi idealizada por Barney Glaser e Anselm Strauss, sociólogos norte-americanos, sendo expressa originalmente na obra “*The Discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*”. (STRAUSS; GLASER, 1967).

Santos e Nóbrega (2002) apontam que se trata de um método de investigação qualitativa que oferece explicações sobre como os eventos ocorrem e proporciona ao pesquisador a possibilidade de explorar a riqueza dos dados em contextos relativamente desconhecidos, para o entendimento interpretativo daquela realidade.

Para melhor fundamentar esta nossa expectativa, Glaser (1978) refere que os elementos da Teoria Fundamentada nos Dados, conhecida como abordagem ou como método, trata do modo de construir indutivamente uma teoria assentada nos dados, por intermédio da análise qualitativa destes e que pode agregar ou relacionar outras teorias, podendo acrescentar ou trazer novos conhecimentos ao fenômeno.

Strauss e Corbin (2002) explicam que uma teoria se constitui em um conjunto de categorias bem construídas, com temas e conceitos em sintonia, sistematizados por meio de orações inter-relacionadas que formem um marco teórico explicativo de algum fenômeno social. Portanto, os conceitos usados na construção de teorias são abstratos (conceitos que independem de tempo e espaço), sendo que a abrangência de uma teoria é determinada pela abstração de seus conceitos ou pela capacidade de o investigador abstrair relações. Ao descrever as relações entre os conceitos, o teórico/pesquisador estará estabelecendo os componentes dos conceitos ou as categorias.

Neste caso, para que seja realizado esse processo de construção, é necessário que o pesquisador seja sensível aos fatos ou fenômenos naquele contexto.

Vale ressaltar, conforme Glaser e Strauss (1967), que o objetivo desta abordagem é justamente gerar uma teoria que explica o fenômeno, ou seja, gerar uma teoria fundamentada nos dados, baseando-se na ideia de codificar, que é o processo de analisar os dados, neste referencial.

Nessa abordagem metodológica, o termo “teoria” é a percepção que o pesquisador desenvolve da realidade, na qual conceitos e

constructos são identificados e relações entre eles são estabelecidas. A teoria vem a ser o produto dos dados empíricos que nos permite compreender as experiências das pessoas. (STRAUSS; GLASER, 1967).

A codificação baseia-se em três etapas: *aberta* ou inicial – deve se fixar rigorosamente nos dados, ser feita utilizando palavras que deem ideia de ação. Isso nos possibilita evitar saltos conceituais antes do trabalho analítico necessário. Os códigos iniciais são provisórios, comparativos e fundamentados nos dados. Esta fase pode levar a perceber as falhas, as lacunas, a falta de dados indispensáveis ao trabalho, possibilitando o retorno às fontes e recuperação dos dados complementares. Existem vários modos de fazê-la, pode-se codificar palavra por palavra, linha por linha e ainda incidente por incidente; *axial* – nesta etapa, o pesquisador relaciona as categorias às subcategorias, especificam-se as propriedades e dimensões de uma categoria. A estratégia nesta fase é a de recompor os dados de forma coerente; e, por fim, a *seletiva* – é o processo de integrar e refinar a teoria, última etapa em que o pesquisador escolhe, a partir do processo de análise e movimento circular dos dados, uma categoria principal, que se constituirá no modelo teórico, demonstrando a relação com as demais categorias emergidas. (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Autores como Santos e Nóbrega (2002), Maia (2004), Mussi *et al.* (2006) e Sousa (2008) apontam as contribuições da TFD para enfermagem em uma perspectiva para aprofundar conhecimentos gerais da enfermagem e um meio de gerar teorias a partir de suas práticas.

Acreditamos na importância de se evidenciar algumas considerações que são essenciais no que se refere a algumas especificidades desta abordagem em relação às demais de cunho qualitativo. (DANTAS, 2008).

A revisão de literatura não é o passo inicial do processo de pesquisa, uma vez que emergirá da coleta e análise dos dados. Eles é que direcionarão o pesquisador a obter mais informações na literatura.

As hipóteses são criadas a partir do processo da coleta e análise dos dados e não antes de o pesquisador entrar em campo.

As teorias geradas podem ser formais ou substantivas, uma vez que são construídas em áreas de pesquisa empírica. Dessa forma, o conhecimento constrói-se a partir da interação social, de informações e compreensão da atividade e das ações humanas.

Os dados são coletados e analisados concomitantemente, descrevendo, portanto, as primeiras reflexões no início da fase de coleta. Este processo denomina-se análise constante.

O método é circular e por isso permite ao pesquisador mudar o foco de atenção e buscar outras direções, reveladas pelos dados que vão entrando em cena.

Trabalha-se com o conceito de amostragem teórica, que se refere à possibilidade de o pesquisador obter um entendimento mais profundo durante a análise dos dados acerca da realidade a ser estudada. O pesquisador decide quais informações são necessárias e onde encontrá-las, direcionando os questionamentos aos temas emergentes e importantes para o estudo. Assim, podem-se realizar pesquisas em mais de um campo de coleta de dados, ou ainda, reestruturação dos instrumentos, com mudança no foco das perguntas (no intuito de especificar e explorar a realidade investigada), ou na forma como é questionada, de modo a se aproximar do entendimento dos sujeitos e, assim, esgotar o máximo de informações.

A construção de memorandos consiste numa forma de registro referente à formulação da teoria e podem tomar conformação de notas teóricas, notas metodológicas, notas de observação e subvariedade delas. Eles são construídos durante todo o processo de coleta e análise dos dados. (STRAUSS; CORBIN, 2008).

4.3 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na região Norte do País, na cidade de Belém, popularmente conhecida como ‘Cidade das Mangueiras’ – pela abundância de mangueiras em suas ruas. É a capital do estado do Pará. Belém também é denominada de ‘Cidade Morena’, característica herdada da miscigenação do povo português com os índios Tupinambás, nativos habitantes da região à época da fundação.

Historicamente, Belém constituiu-se na principal via de entrada na região Norte do Brasil, devido à sua privilegiada posição geográfica, situada às margens do Rio Guamá, próxima à foz do Rio Amazonas.

Criada por Lei Complementar Federal em 1973, alterada em 1995, a Região Metropolitana de Belém, com mais de 2.043.543 habitantes (estimativa do IBGE/2007), compreende os municípios de Ananindeua, Belém, Benevides, Marituba e Santa Bárbara do Pará.

Em seus quase 400 anos de história, Belém vivenciou momentos de plenitude, entre os quais o período áureo da borracha, no início do século XX, quando o município recebeu inúmeras famílias europeias, o que veio a influenciar grandemente a arquitetura de suas edificações,

ficando conhecida na época como *Paris n'América*. Hoje, apesar de ser cosmopolita e moderna em vários aspectos, Belém não perdeu o ar tradicional das fachadas dos casarões, das igrejas e capelas do período colonial.

A economia de Belém baseia-se primordialmente nas atividades do comércio, serviços e turismo, embora seja também desenvolvida a atividade industrial, com grande número de indústrias alimentícias, navais, metalúrgicas, pesqueiras, químicas e madeireiras. A cidade conta com os portos brasileiros mais próximos da Europa e dos Estados Unidos (Belém, Miramar e Outeiro), sendo que o Porto de Belém é o maior movimentador de contêineres da Amazônia.

O clima em Belém é quente e úmido, influência direta da Floresta Amazônica, onde as chuvas são constantes. Tem uma população estimada de 1.500.157 habitantes. (IBGE, 2007).

Para iniciar a coleta dos dados, partimos de uma das Unidades de Saúde da Família do bairro da Pedreira, área pertencente à Divisão Administrativa Sacramento (DASAC).

A casa Saúde da Família, como é denominada em Belém, onde iniciamos a coleta de dados, funciona com duas equipes, compostas de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. As equipes desenvolvem suas atividades no ambulatório e nos domicílios, fazendo rodízio, quando uma equipe está na casa realizando atividades no ambulatório, a outra está na rua desenvolvendo atividades domiciliares. Não percebemos durante nossa estada nesta unidade de saúde a existência de qualquer atividade voltada exclusivamente para adolescentes. Todas as ações desenvolvidas na casa são direcionadas aos usuários independentemente da idade.

Utilizando o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pode-se constatar que a população adstrita à unidade está em torno de 12.418 habitantes, correspondendo a 0,82% da população do município. Estratificando a população por faixa etária, tem-se a seguinte representação:

Faixa etária	População	%
< de 1 ano	111	0,89
1-4 anos	801	6,45
5-6 anos	603	4,85
7-9 anos	771	6,21
10-14 anos	1242	10,00
15-19 anos	1395	11,25
20-39 anos	3571	28,76
40-49 anos	1605	12,92
50-59 anos	1128	9,08
60+ anos	1191	9,59

Fonte: SIAB, 2009.

Quadro 1: População adstrita à unidade de SF do Canal da Visconde por faixa etária – Belém/Pará.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Em respeito às características da metodologia utilizada, não poderíamos definir antecipadamente quantos seriam os participantes e os tipos de grupos para a coleta dos dados, até que a investigação fosse completada. Não há possibilidade de definição prévia do número de sujeitos. Dessa maneira, a amostragem foi se constituindo a partir da combinação de conceitos aliada à sensibilidade da pesquisadora para perceber as lacunas ainda a serem consideradas. Além do adolescente, buscamos grupos de pessoas, que nos ajudaram na construção das categorias e no refinamento delas, para a compreensão do fenômeno.

O número de participantes e os respectivos grupos amostrais foram se configurando a partir da análise dos dados e das reflexões sobre as categorias que iam sendo construídas. Os grupos e participantes foram incluídos para garantir refinamento e densidade às categorias iniciais, utilizando a técnica da Amostragem Teórica, como definido pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD).

Os sujeitos desta pesquisa foram adolescentes, pais, professores e enfermeiros. Justifica-se a inclusão dos sujeitos para que possam vir à tona suas experiências acerca da convivência com o adolescente durante o processo de desenvolvimento da sua autonomia, com a finalidade de encontrar subsídios que possam dar forma a um modelo teórico que venha nortear estratégias de atenção ao adolescente.

Os critérios utilizados para inclusão desses sujeitos foram:

Para professores e enfermeiros: dois anos de experiência e que tivessem disponibilidade para atender a pesquisadora por no mínimo de 2 horas;

Para os pais: que tivessem pelo menos um adolescente na família e disponibilidade para atender a pesquisadora por no mínimo de 2 horas;

Para os adolescentes: que tivessem entre 12 e 18 anos – faixa etária considerada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) –, morassem no bairro e tivessem vínculo com a Casa Família Saudável local.

4.5 IMPLICAÇÕES ÉTICAS E LEGAIS

A aproximação com os sujeitos deu-se por meio de uma reunião intermediada por Agentes Comunitários de Saúde, após terem sido selecionados no cadastro de clientes da Estratégia Saúde da Família, do Canal da Visconde, no bairro da Pedreira, e convidados a participar de um encontro com a pesquisadora na sala de uma escola pública do bairro. Nesse encontro, foi realizada a apresentação da pesquisadora, da proposta de estudo e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices A e B), assim como da forma como seria realizada a pesquisa.

Foi garantido aos participantes o acesso às pesquisadoras para quaisquer esclarecimentos, assim como o desligamento deles a qualquer momento do processo da investigação; mantivemos em sigilo o nome de todos os participantes, atribuindo-lhes codinomes. Para identificá-los, utilizamos, para o grupo 1, nomes dos rios afluentes do Amazonas, para o grupo 2, nomes de peixes, aves da Amazônia para o grupo 3 e para o grupo 4, nomes de árvores.

Seguindo os critérios éticos definidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), preocupamo-nos em somente iniciar a coleta de dados após o parecer formal do Comitê de Ética e da autorização da Secretaria Municipal de Saúde (Anexos A e B).

Depois de concluídos todos os protocolos, deu-se início ao levantamento dos dados com o primeiro grupo amostral, com a participação de 16 adolescentes.

O segundo grupo amostral foram pais e mães, por serem aqueles que possuem vínculo mais estreito com o adolescente. Constituiu-se de

quatro participantes.

O terceiro grupo amostral foram professores, por serem estes co-partícipes no processo de desenvolvimento do sujeito adolescente, e se constituiu de dois participantes.

O quarto grupo amostral teve a participação de cinco enfermeiros.

No quadro a seguir, encontram-se o número de participantes por grupo amostral, a categoria e o codinome atribuído.

Grupo Amostral	Total de Participantes	Participantes/Categoria	Codinomes
I	16	Adolescentes	Nomes de rios
II	04	Família	Nomes de peixes
III	02	Professores	Nomes de aves
IV	05	Enfermeiros	Nomes de árvores

Quadro 2: Participantes da investigação segundo grupo amostral

4.6 COLETA DOS DADOS

Um dos pontos básicos da TFD é a eleição dos grupos amostrais para a coleta de dados. Para Glaser (1992), esses grupos são eleitos conforme a análise dos dados e a formulação teórica. O tamanho da amostra é determinado pela análise dos dados. Neste caso, a escolha foi de iniciar o levantamento dos dados com os adolescentes. A amostra não é predeterminada ou definida antes da investigação, mas durante o processo, concomitantemente à saturação das informações coletadas.

Com os adolescentes a coleta dos dados foi realizada por meio de textos escritos, recorte, colagem em grupo e entrevistas gravadas em gravador digital. Com os demais participantes, utilizou-se a entrevista. Cada fase da análise foi seguida com o rigor que pede o método.

As entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho (professores), na residência (pais) e no colégio onde estudavam os adolescentes participantes, em data e horário por eles determinados. Preocupamo-nos em encontrar um local onde houvesse pouco ruído e com menor possibilidade de interrupções, o que foi providenciado pelos participantes e pesquisadora. As entrevistas foram gravadas e transcritas pela própria investigadora logo após terem sido realizadas.

Após a transcrição das entrevistas, estas foram entregues aos sujeitos que participaram para que fizessem leitura e pudessem

contribuir com esclarecimentos, após sua confirmação sobre o conteúdo transcrito, seguia-se ao processo de codificação, conforme preceitos da TFD.

A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro, abril, agosto e novembro do ano de 2009.

A análise dos dados obtidos a cada fase foi realizada de acordo com o que preceitua o método da TFD. À medida que os dados foram coletados, eram submetidos à análise concomitantemente, visando à saturação teórica, que possibilitou a emergência de novos grupos amostrais. Este procedimento, na Teoria Fundamentada nos Dados, denomina-se análise comparativa.

A análise caracteriza-se pelo movimento de ir e vir com os dados, construindo e desconstruindo instrumentos e hipóteses, confirmando-as ou não, com o objetivo de chegar à saturação teórica e ao delineamento do modelo teórico.

A amostragem teórica é um dos elementos essenciais do processo de construção da teoria e consiste em obter uma amostra baseada nos conceitos que têm relevância para a teoria que está sendo desenvolvida. (STRAUSS, CORBIN, 1998; STRAUSS, CORBIN, 2008).

Conforme determinado pela metodologia, a primeira entrevista, texto ou vídeo utilizado é considerado como a situação inicial que vai dar origem ao processo de construção da teoria. O instrumento utilizado deve permitir a identificação das primeiras categorias que nortearão o desenvolvimento da investigação.

No processo de análise, o pesquisador inicia o processo de conceituação dos dados. Estes inicialmente se constituem em códigos, que chamamos preliminares. O passo seguinte são os códigos conceituais e posteriormente as categorias, sendo que estas podem convergir a fenômenos.

A categoria pode ser uma palavra ou um conjunto de palavras que designam um nível elevado de abstração, enquanto os códigos são conceitos que também podem ser expressos por palavras ou siglas que, em conjunto, revelam o caráter abstrato constituindo as categorias. Por sua vez, uma categoria pode tornar-se fenômeno, que constitui representações características comuns que conduzem à teoria. Todo esse processo de codificação ocorre em três etapas simultâneas e recorrentes: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva.

Ao se verificar a saturação dos dados, ou seja, quando nenhuma outra informação acrescentar ou modificar as já existentes, inicia-se uma análise mais aprofundada e sistematizada de todos os dados amostrais.

Utilizando as estratégias analíticas da TFD, diante dos dados

empíricos, fomos construindo significados, elaborando questionamentos na expectativa de que novos dados fossem sendo encontrados. Durante esse processo, ao mesmo tempo em que realizávamos as análises, outro elemento fundamental para a construção da teoria era redigido: os memorandos. Neles, o pesquisador deve registrar seu raciocínio, *insights* e resultados das comparações.

Com os adolescentes, a coleta ocorreu em três momentos distintos e em três grupos. As questões trabalhadas por eles foram:

A experiência de cuidado para ter uma vida saudável e comentário sobre se conta com alguém para lhe ajudar;

A experiência quanto à autonomia do cuidado do adolescente para ter uma vida saudável e quais as interações necessárias para a execução deste;

O significado de autonomia do adolescente para o cuidado na perspectiva de viver saudável e sobre as interações feitas para realização desse cuidado.

Os primeiros textos produzidos foram analisados um a um e no decorrer da comparação dos dados novas questões iam surgindo sobre as primeiras categorias e seus significados. A análise e a construção dos primeiros conceitos permitiram entender a **dimensão da dependência da família para o cuidado dos adolescentes**. Compreendemos que **o adolescente necessita de ajuda da família e de outros órgãos sociais para o autocuidado**, que os adolescentes **precisam de ajuda para se cuidar**. Os dados nos mostraram que existe uma relação entre **dependência e autonomia**. Alguns problemas dificultadores surgiram: *dificuldade de diálogo na família, estrutura familiar desorganizada, problemas de relacionamento com a família, necessidade de pais presentes e atuantes, dificuldades financeiras na família, distanciamento dos adultos, falta de atenção dos pais, falta de confiança dos pais*.

No intuito de averiguar os conceitos elaborados, dirigimo-nos para o segundo grupo amostral, os pais. Para estes a pergunta foi: ***Como a família pode contribuir na construção da autonomia do adolescente para o cuidado na perspectiva de um viver saudável?***

Durante o processo de análise, foi possível perceber que os pais reconhecem as dificuldades impostas pelas condições sociais, corroboram todas as dificuldades colocadas pelos adolescentes e fazem as seguintes indicações: *a família deve impor limites; ensinar respeito pelo outro; ensinar a ter responsabilidades; orientar para a prevenção de doenças; tendo dificuldade de falar sobre sexo e tendo medo da violência nas ruas são duas situações que geram dificuldades, que*

reforçam a necessidade de ajuda para o cuidado e sinalizam a necessidade de parceiros que colaborem para o desenvolvimento da autonomia do adolescente.

A partir dos conceitos e categorias elaboradas neste grupo, as falas e significados apontaram para a existência de outros parceiros que podem participar nesta construção. Assim, partimos para o terceiro grupo amostral, os professores, para os quais elaboramos a seguinte pergunta: ***O que a escola precisa fazer para que o adolescente desenvolva sua autonomia para cuidar de si na perspectiva de ter uma vida saudável?***

As categorias construídas a partir deste grupo amostral apontaram para as dificuldades de organização da escola, da falta de preparo do corpo docente, de uma clientela diferenciada, de uma família distante da escola e de uma escola distante da comunidade. Com as novas categorias e conceitos que emergiram deste grupo, procuramos fortalecer os significados aqui atribuídos, partindo para um quarto grupo amostral, o enfermeiro, por estar sendo apontado desde os primeiros participantes como parceiro neste processo. A questão dirigida a este participante foi: ***O profissional enfermeiro utiliza alguma estratégia em suas atividades laborativas que contribua no processo de desenvolvimento da autonomia do cuidado pelos adolescentes para um viver saudável?*** Acreditam os participantes dessa categoria que a academia precisa preparar o profissional enfermeiro para que possa oferecer atenção aos adolescentes, que os serviços possam ser mais bem estruturados e que haja implementação dos programas de atenção a essa clientela.

4.7 ELABORANDO OS CÓDIGOS, CONSTRUINDO CATEGORIAS

Após a leitura dos textos, transcrição das entrevistas e da devolução destas pelo participante, iniciamos o processo de codificação. Os textos e as entrevistas foram codificados um a um, com o objetivo de rotular fenômenos que foram surgindo das falas e do registro dos participantes. A análise comparativa foi sendo realizada desde o início da coleta de dados. Para realizar a codificação, formamos frases com o uso de um verbo no gerúndio e procuramos preservar na íntegra a fala e o texto dos entrevistados.

‘Codificação aberta’ é o nome que se dá a essa primeira etapa da

análise e tem por objetivo fazer a redução dos dados. Este passo consiste em quebrar os dados brutos em pequenos pedaços, denominados incidentes, atribuindo a cada um deles nomes representativos de seu significado (código), permitindo a comparação entre os códigos em um movimento de vai e vem constante. Para representar esse processo de codificação, fizemos o recorte de algumas entrevistas, objetivando exemplificar o processo analítico:

Entrevista do participante 20	Códigos preliminares
Não conversam sobre sexualidade, nunca se interessaram de falar sobre isso comigo e nem eu estimulo porque penso assim, com o dia-a-dia deles eles vão aprender, pra mim nunca me ensinaram eu aprendi com o tempo, com a vida, eu botei na cabeça que eles mesmos vão ter que aprender não posso chegar e dizer, não sei se eles querem já isso porque tem pais que começam a insistir nisso aí, eu não, eu sou fechado com eles nisso aí, eu converso outras coisas com eles, negócio de estudo, trabalho, isso aí que eu converso.	20-832-56- Informando não conversar sobre sexualidade com os filhos. 20-833-57- Acreditando que os filhos vão aprender sobre sexualidade no dia-a-dia. 20-834 -57- Dizendo que, como ele aprendeu com a vida, os filhos também aprenderão. 20-835-57- Dizendo ser fechado para falar dessas coisas (sexualidade)com os filhos. 20-836-57- Orientando os filhos sobre estudos, trabalhos etc.

Quadro 3: Codificação aberta

Conteúdo do texto 5	Códigos preliminares
A gente precisa de pessoas que possam ouvir. Por exemplo, pessoas que estejam dispostas a entender o que a gente precisa. Claro que não é deixar, ter liberdade sim, mas não deixar que a gente faça tudo que quer. A maioria das mães dá muita liberdade pra fazer o que os filhos querem, então eles acham que aquilo é liberdade. Eu entendo como liberdade deixar algumas coisas da vida, assim, passear, ir numa festa, mais não todos os dias.	05-194-12- Precisando de pessoas que possam dar atenção e compreender o adolescente em suas necessidades. 05-195-12- Entendendo que os adolescentes precisam de limites dados pelos pais. 05-196-12- Compreendendo como liberdade as oportunidades de saídas a lugares próprios para a idade e com limites. 05-197-12- Reconhecendo que os excessos atribuídos aos adolescentes são de responsabilidade dos pais que permitem muita liberdade.

Quadro 4: Codificação aberta

Essa forma utilizada para identificar os códigos facilita a qualquer momento encontrar os dados durante o processo de análise comparativa. Quando colocamos **20-832-56** significa tratar-se do código número 832 da entrevista do vigésimo participante, localizado na página 56 do texto da análise. (SOUSA, 2008).

Todos os textos e as entrevistas receberam o mesmo tratamento de codificação e interpretação, sendo esta a primeira etapa do trabalho de análise dos dados obtidos, realizada por meio da microanálise, exame minucioso dos dados e dos códigos, da comparação e da formação de conceitos iniciais. Dando continuidade à codificação aberta, fomos agrupando os códigos por similaridades e diferenças, desenvolvendo um segundo agrupamento tendo como objetivo a configuração inicial das categorias, como apresentado a seguir:

Agrupando códigos – Texto 1	Conceitos provisórios
01-06-01- Descrevendo um problema de saúde como episódio desagradável. 01-17-01- Relatando o desmaio como episódio desagradável.	Descrevendo os problemas de saúde como desagradáveis.
01-03-01- Estabelecendo prioridades à saúde.	Estabelecendo prioridades à saúde.
01-22-01- Aprendendo a não se descuidar da saúde. 01-04-01- Andando de mãos dadas com a saúde. 01-60-03- Fazendo escolhas de como se cuidar.	Aprendendo a cuidar de si.
01-01-01- Tendo vida cheia de situações. 01-02-01- Analisando bem o que pretende fazer. 01-09-01- Alegando que não tomou o café da manhã por opção.	Aprendendo a fazer escolhas.
01-05-01- Tendo a saúde como fator principal para o crescimento saudável.	Concebendo a saúde como um fator para o crescimento saudável.
01-08-01-Atribuindo o desmaio à falta da ingestão do café da manhã. 01-10-01-Reconhecendo que a omissão de uma refeição causa prejuízo. 01-14-01-Justificando o desmaio pelo fato de não ter tomado o café da manhã. 01-15-01-Sentindo-se fraco por não ter tomado o café da manhã.	Atribuindo motivos desencadeadores para os problemas de saúde vivenciados.
01-22-02- Reconhecendo a necessidade de procurar ajuda médica. 01-23-02- Aderindo ao tratamento médico. 01-24-02- Vendo a saúde melhorar após consulta médica e tratamento medicamentoso. 01-25-02- Valorizando a orientação profissional para usar qualquer medicamento. 01-30-02- Aliando à saúde o cuidado com a ingestão de medicamentos. 01-31-02- Compreendendo que qualquer medicação pode ajudar, mas pode prejudicar.	Valorizando a orientação profissional.

01-33-02- Revelando a existência de pessoas que o ajudam a ter saúde.	Tendo pessoas que ajudam a cuidar de sua saúde.
01-37-02- Confiando que tem por perto pessoas da família para ajudá-lo.	Tendo a certeza de ter a família para ajudá-lo.
01-35-02- Afirmando ser importante ter por perto pessoas preocupadas com a saúde e o bem-estar. 01-36-02- Atribuindo importância ao fato de ter pessoas da família para ajudá-lo quando necessário.	Inserindo a família no contexto do cuidado à saúde.

Quadro 5: Agrupando códigos e atribuindo conceitos

A cada fase do processo de análise, os códigos sofrem nova comparação entre si, dando origem a categorias, que são uma classificação de conceitos ou nomes atribuídos aos eventos ou incidentes da experiência estudada (codificação axial). Os significados foram interpretados indutivamente, estabelecendo nomes primários para estes agrupamentos. Buscamos, assim, desenvolver as categorias e as subcategorias. No quadro a seguir, apresentamos esta etapa do processo de análise:

Conceitos provisórios	Códigos conceituais
Descrevendo os problemas de saúde como desagradáveis. Atribuindo motivos desencadeadores para os problemas de saúde vivenciados.	Vivenciando os problemas de saúde.
Temendo a ocorrência de problemas de saúde. Refletindo sobre seus problemas de saúde.	Refletindo sobre os problemas de saúde.
Inserindo a família no contexto do cuidado à saúde.	A família no contexto do cuidado à saúde
Valorizando a orientação profissional.	Valorizando a orientação do profissional de saúde.

Quadro 6: Agrupando conceitos em categorias – Codificação Axial

Até esta etapa da análise, os códigos elaborados são considerados provisórios. Nesta fase, após a codificação de grande parte dos dados às relações entre as categorias identificadas, o pesquisador tem condições de inferir sobre qual é a categoria central que consegue integrar todas as outras categorias identificadas em um esquema teórico principal, como o exposto na Figura 1.

Durante este processo de codificação seletiva, busca-se por proposições sem a validação adequada, até que se atinja o ponto da

saturação teórica. Esta etapa exige um grande esforço de integração e recuperação das informações. A integração da teoria ocorre da seguinte maneira:

a) descobre-se a categoria central, ou seja, sobre o que a pesquisa trata, usando as técnicas da redação da história ou revisando os memorandos e diagramas. (STRAUSS; CORBIN, 1998). A ideia é que o esquema teórico principal seja abstrato, suficiente e simples (reduzido), que abranja toda a variação do fenômeno, explicado nas proposições;

b) a categoria central deve também ser definida em termos de suas propriedades e dimensões, relacionando com as demais categorias;

c) refina-se a teoria, buscando por incoerências lógicas ou por proposições sem fundamentação empírica ou densidade;

d) valida-se a teoria utilizando o que os avaliadores propuseram sobre a confiabilidade do processo.

Baseando-se nos códigos extraídos do material utilizado na análise (textos e entrevistas), realizamos a **conceituação** (abstração dos códigos), na qual nos esforçamos para evitar ao máximo a interpretação além do que estes códigos nos revelavam. Uma vez as categorias e seus componentes identificados, elas foram ordenadas de maneira a identificar uma que seria central, ou melhor, aquela categoria com a qual todas as outras se relacionavam (análise seletiva). Assim, prosseguimos na análise para identificar qual entre as categorias melhor explicaria o significado de autonomia para o cuidado pelo adolescente na perspectiva de um viver saudável. Para um melhor entendimento do processo, usamos um quadro explicativo estruturando o modelo paradigmático.

Da integração, associação e comparação dos códigos, das categorias e subcategorias, originou-se a compreensão dos significados de autonomia e dependência do adolescente para o cuidado na perspectiva de viver saudável, a **teoria substantiva**. Esta é uma fase que representa o êxtase do esforço nesse processo de análise.

Para Glaser (1992), uma teoria substantiva deve conter categorias fiéis à realidade dos entrevistados e deve estar livre de pressuposições do pesquisador, o que lhe fornece validade e confiabilidade. Seu grau de generalização deve ser entendido como poder explicativo, ou seja, a capacidade de prever as estratégias em função da presença de condições causais e intervenientes.

O processo de construção da teoria implica o registro do processo analítico desde o seu início, de modo que se pode perceber o desenvolvimento do conceito, quase que passo a passo. Assim, as ideias vão sendo organizadas, hipóteses vão sendo elaboradas em forma de memorandos ou diagramas.

A seguir, alguns exemplos de memorandos e diagramas utilizados nesta investigação.

Memorando Data: 22.08.09
Situação: Tendo pessoas importantes e se sentindo protegido
O adolescente defende que para ter saúde há a necessidade da ajuda de outras pessoas. Dentre essas pessoas, faz destaque especial ao papel materno e às pessoas da família – familiares. Quando fala da família, considera que são pessoas que se preocupam e estão sempre por perto. Revela, portanto, pessoas importantes para o cuidado do adolescente. E que por serem importantes eles podem confiar naquilo que elas orientam. Pelo fato de o adolescente ter as pessoas da família por perto, ele se sente protegido por elas. Parece que proteção tem a ver com bem querer. Mas, revelar pessoas importantes é diferente de confiar nessas pessoas? Para que os adolescentes confiem nas orientações para a saúde as pessoas precisam ser importantes para ele? O que faz o adolescente confiar nas orientações dadas por essas pessoas? É pelo fato de serem importantes? Ou deles se julgarem importantes para essas pessoas? Que atitudes os familiares assumem para cuidar da saúde do adolescente? Qual o significado que o adolescente atribui à confiança? O que é confiar para o adolescente?

Quadro 7: Memorando 1

Memorando Data: 29.08.09
Situação: Expressando a necessidade de orientadores para o cuidado do adolescente
Percebe-se que para o adolescente a autonomia revelada é uma autonomia ligada à dependência. Mesmo referindo que promove o autocuidado, está sempre mostrando que sente a necessidade da interação com o grupo familiar e que são os pais, na pessoa da mãe, a que mais realiza ação para cuidar da saúde do adolescente. Expressa a importância de uma família estruturada para que o adolescente possa desenvolver-se de forma saudável. Informa receber orientações de amigos e parentes. O adolescente, de maneira geral, manifesta uma preocupação com o cuidado do outro, forma usada para estabelecer relação no seu grupo. Demonstra preocupar-se com o outro quando relata as dificuldades da família, atitudes inadequadas tomadas por familiares, quando faz avaliação crítica dessas situações. Quais as diferenças existentes entre adolescentes para a realização do cuidado? Por que a autonomia tem essa conotação de dependência? Que significa estruturação familiar?

Quadro 8: Memorando 2

Memorando
Outubro de 2009

Situação: O desenvolvimento da responsabilidade e do respeito aos outros passam pelo compromisso dos pais no processo de educação dos filhos

Para esta mãe, é de responsabilidade dos pais desenvolverem nos filhos o senso de responsabilidade e o respeito aos outros. O mau comportamento apresentado por alguns adolescentes pode advir da necessidade de ser notado, percebido pelos seus pais, portanto, diálogo e um certo controle deve ser usado.

Os pais não devem abdicar de sua responsabilidade com os filhos, determinar horários, fazer vigilância e promover orientações sobre a vida e a sociedade é o mínimo necessário.

A escola precisa estar preparada para que faça sua parte nesse processo de desenvolvimento do adolescente. Faz-se necessário que vigorem relações benéficas entre escola e familiares, para que o adolescente sinta-se seguro diante das situações que surjam nesse percurso.

Segundo esta mãe, a figura paterna deve aparecer neste cenário assumindo as mesmas responsabilidades assumidas pela mãe. O cuidar para ela significa também observar, preocupar-se, prevenir, tratar e proteger. Para esta mãe, os adolescentes necessitam muito da ajuda dos pais na construção de sua autonomia.

Quadro 9: Memorando 3

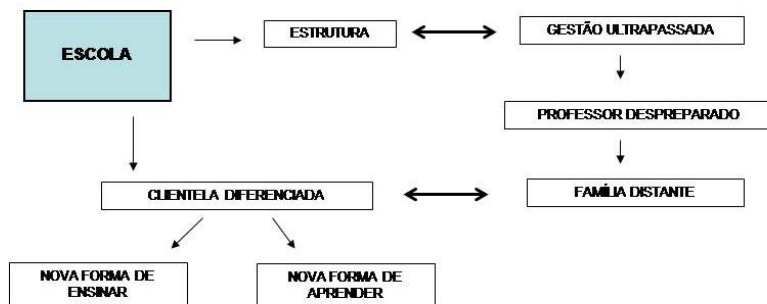


Figura 1: A visão da escola na atualidade

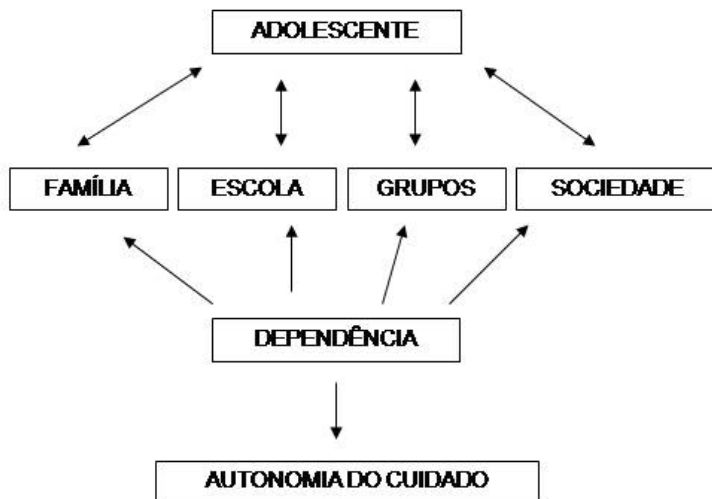


Figura 2: Relações para aquisição da autonomia

4.8 APRESENTAÇÃO E INTEGRAÇÃO DOS DADOS

A relação entre as categorias permitiu o estabelecimento da integração e compreensão do fenômeno, tarefa que foi facilitada com a utilização do modelo de paradigma de Strauss e Corbin (1998).

Assim, os modos de ver e experienciar a busca pela autonomia para o cuidado do adolescente pelos participantes do estudo desvendaram sentidos diversos que serão apresentados por meio das categorias e subcategorias. Interligadas, elas modelaram a categoria central, que permitiu a compreensão da vivência da autonomia do adolescente para o cuidado na perspectiva de um viver saudável.

Categoria central: Entendendo a relação entre autonomia e dependência do adolescente para o cuidado na perspectiva do viver saudável	
Categorias	Subcategorias
O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Precisando da ajuda de pessoas para se cuidar</i> ✓ <i>Sendo dependente dos cuidados maternos</i> ✓ <i>Sentindo-se protegido pela mãe</i> ✓ <i>Valorizando o cuidado materno</i> ✓ <i>Tendo a família como referência</i> ✓ <i>Necessitando de ajuda dos pais para exercitar a autonomia</i> ✓ <i>Considerando o adolescente imaturo para se cuidar</i> ✓ <i>Sentindo necessidade de uma família presente</i> ✓ <i>Reconhecendo o papel cuidador da família</i> ✓ <i>Sustentando o cuidado à saúde a partir de orientações da família</i>
Compreendendo a dependência do outro como dimensão necessária à aquisição da autonomia do cuidado pelo adolescente para um viver saudável.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Considerando a dependência da família como impossibilidade de ser autônomo</i> ✓ <i>Entendendo autonomia como possibilidade de cuidar-se e tomar suas próprias decisões</i> ✓ <i>Percebendo diferenças entre pessoas na conquista da autonomia</i> ✓ <i>Comparando autonomia com maturidade, segurança, liberdade e independência financeira</i>
Reconhecendo o ambiente social como espaço para o adolescente desenvolver a autonomia do cuidado para um viver saudável.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Sofrendo influências do grupo a que pertence</i> ✓ <i>Compreendendo que há uma relação de confiança entre os amigos</i> ✓ <i>Sentindo necessidade de ser percebido</i> ✓ <i>Reconhecendo-se produto do meio em que vive</i> ✓ <i>Compreendendo que a família estruturada reduz os problemas</i>
Relacionando aspectos políticos sociais da atenção à saúde do adolescente.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Questionando o abandono sofrido por filhos</i> ✓ <i>Crescendo o temor da violência por/contra jovens</i> ✓ <i>Contextualizando os eventos de violência</i> ✓ <i>Enfrentando as doenças da família junto aos serviços públicos e serviços alternativos</i> ✓ <i>Entendendo que as políticas públicas já sinalizam para a implementação de programas e projetos para esse grupo</i>
Indicando a escola como parceira na aquisição da autonomia do cuidado por adolescentes para um viver saudável.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Informando ser o adolescente mais visível na escola</i> ✓ <i>Desejando maior aproximação entre pais e professores</i> ✓ <i>Valorizando a educação continuada para adolescentes</i> ✓ <i>Apontando os projetos escolares como meio de interação entre família escola e comunidade</i> ✓ <i>Ensinando aos adolescentes que a escola é a continuidade da família</i> ✓ <i>Necessitando qualificação de profissionais da saúde e educação para trabalhar com adolescentes</i>
Valorizando a orientação do profissional de saúde no processo de aquisição da autonomia pelo adolescente para o cuidado com vistas a	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Valorizando a orientação do profissional de saúde</i> ✓ <i>Referindo precisar de pessoas que compreendam os adolescentes para orientá-los</i> ✓ <i>Recomendando que enfermeiros sejam preparados para atuar junto aos adolescentes</i>

viver saudável.	✓ <i>Reconhecendo a necessidade de que o PROSAD seja implementado na rede básica de saúde</i>
-----------------	---

Quadro 10: Demonstrativo das categorias e subcategorias que emergiram dos dados durante o processo de análise

4.9 VALIDANDO O MODELO TEÓRICO

Para que o modelo teórico desta tese de doutoramento, intitulada ‘Entendendo a relação entre autonomia e dependência do adolescente para o cuidado na perspectiva do viver saudável’, fosse validado, enviamos o quadro com o modelo estruturado, um quadro com as categorias e subcategorias e um texto explicativo da inter-relação entre categorias a três profissionais com domínio da metodologia usada, Grounded Theory – TFD.

A comissão de validadores, após análise e discussão sobre o processo, fez as seguintes recomendações, as quais foram aceitas pela pesquisadora.

Quanto à forma:

- Em relação à disposição das categorias por sobre a espiral, nossa sugestão é a de diferenciar por cores, forma e localização, de acordo com as dimensões preestabelecidas por Strauss (modelo paradigmático). As alterações sugeridas constam do desenho anexo.

Quanto ao conteúdo:

- Sugerimos rever a categoria “Condição causal: Assumindo o adolescente necessitar de ajuda da família na construção da autonomia do cuidado para um viver saudável”. A ajuda é somente proveniente da família? Seria interessante excluir esta parte tornando mais abrangente a ideia. Desse modo, ficaria somente: “Assumindo o adolescente necessitar de ajuda na construção da autonomia do cuidado para um viver saudável”. Que, no processo final de análise tornou-se: “O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si”.



CAPÍTULO V - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1 DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DAS CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

A análise comparativa minuciosa dos dados permitiu desvendar os significados da experiência de adolescentes na busca pela autonomia para o cuidado na perspectiva de um viver saudável. Trata-se de um processo permeado por uma gama de sentimentos contraditórios, muitas vezes intercalados por momentos de solidão e outros com tentativa de extravasar as energias contidas, procurando desenvolver as peculiaridades do adolecer em atividades cotidianas e/ou nos grupos de pertença.

Nesse processo de análise, foi possível identificar a categoria central deste fenômeno que explica a experiência do adolescente nesta trajetória: **Entendendo a relação entre autonomia e dependência do adolescente para o cuidado na perspectiva do viver saudável**. Esta representa a interação entre desafios vividos pelos adolescentes ao longo do percurso dessa fase, chamada de adolescência, que transita entre a infância e a vida adulta, e comporta seis categorias, relacionadas abaixo:

1. O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si;
2. Compreendendo a dependência do outro como dimensão necessária à aquisição da autonomia do cuidado para um viver saudável;
3. Reconhecendo o ambiente social como espaço para

desenvolver a autonomia do cuidado para um viver saudável;

4. Descrevendo aspectos políticos sociais da atenção à saúde do adolescente;

5. Indicando a escola como parceira na aquisição da autonomia do cuidado por adolescentes para um viver saudável;

6. Valorizando a orientação profissional para a aquisição da autonomia para o cuidado com vistas a viver saudável.

As dimensões dessa experiência são apresentadas no processo de análise, obedecendo à seguinte forma: em negrito, encontram-se as categorias e cada uma delas é composta por subcategorias, que aparecem sublinhadas.

O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si

Esta categoria mostra que durante o processo de construção da autonomia o adolescente vivencia as certezas/incertezas constantes no decorrer da experiência de viver essa fase tão cheia de surpresas. É a descoberta de que, apesar de sentir-se o “dono da situação”, ele se confronta com a possibilidade de múltiplas realizações que não dependem somente de sua vontade. Percebe então o quanto necessita de outros para desenvolver o cuidado de si. Ele se depara com sonhos e planos nunca antes experimentados e percebe que uma nova realidade se descortina em sua vida. Vê em si o adulto que deseja ser, entretanto, este adulto se encontra num corpo que ainda não se definiu para as tarefas que deseja desempenhar. Essas indefinições quanto ser e não ser o desejado e o sentido são acompanhadas de situações inquietantes, que, se bem orientadas são uma tormenta que passa sem prejuízos e muitas vezes com muitos ganhos. Assim, esta primeira categoria, **“O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si”**, foi constituída pelas seguintes subcategorias: Precisando da ajuda de pessoas para se cuidar, Sendo dependente dos cuidados maternos, Sentindo-se protegido pela mãe, Valorizando o cuidado materno, Tendo a família como referência, Necessitando de ajuda dos pais para exercitar a autonomia, Considerando o adolescente imaturo para se cuidar, Sentindo necessidade de uma família presente, Reconhecendo o papel cuidador da família, e ainda, Sustentando o cuidado à saúde a partir de orientações da família.

Nessa sua procura por autoafirmação como um ser independente, dá-se conta de que necessita de ajuda. Precisando da ajuda de pessoas para se cuidar representa o que revela o adolescente diante da impossibilidade de resolver as pequenas situações que surgem no

cotidiano de sua vida, como as necessidades básicas da higiene pessoal, de alimentação, e outras um tanto mais complexas para as quais os adolescentes deste estudo dependem de ajuda, como explicitado através das falas.

Quem me ajuda é minha mãe e minha avó. (Javari)

Bem, a minha mãe está sempre ali, me orientando para o cuidado higiênico e cuidado com minhas roupas íntimas. (Japurá)

As pessoas que cuidam de mim são minha mãe e minha irmã, elas falam que eu tenho que ter mais cuidado, comigo e com as coisas que faço ou deixo de fazer. (Coari)

Para Pigozzi (2002, p. 17), os filhos progressivamente vão conquistando a autonomia, passando a administrar algumas de suas atividades básicas, alimentação, vestuário e higiene. No entanto, continuam dependendo dos pais na conquista desses e de outros itens essenciais a sua sobrevivência física e emocional.

Morin (2007, p. 33) confirma essa interdependência do ser humano na busca por sua autonomia. O sujeito necessita trocar energias com seus pares e com o ambiente. Assim, este só pode aparecer no final de um processo físico e emocional no qual se desenvolveu por meio de várias etapas, condicionado por suas relações que tornam cada vez mais rico o fenômeno da auto-organização. Ou seja, o desenvolvimento não se dá de maneira isolada, pode ocorrer em mais de um contexto, o que deixa clara a impossibilidade de pensar este ponto a partir da premissa linear de causa e efeito, mas circular, global e abrangente.

Assim, na primeira fase dessa passagem, o adolescente se considera Sendo dependente dos cuidados maternos, por ser uma fase na qual ele manifesta a importância da mãe ou de outros por perto. Sente-se seguro em saber que pode contar a qualquer instante com alguém que lhe dê apoio sobre as mínimas necessidades, como pode ser observado nos relatos.

Acho engraçado, em casa dependemos do cuidado de nossa mãe. Ela olha e diz 'fulano tá com anemia', e olha todo o corpo e depois diz' vamos logo para o médico'. (Purus)

A minha mãe me cuida muito, ela vive me mandando ir ao ginecologista, sei que é cuidado, mas fico

*esperando, ela me orienta a usar camisinha [...].
(Tapajós)*

Uma vez tive um desmaio, senti que minha mãe ficou muito preocupada, veio correndo de seu trabalho quando soube do ocorrido. Depois disso tive outros problemas de dor de cabeça e nos olhos, logo a minha mãe me levou ao oftalmologista e aí fiquei bem. Sei que posso sempre contar com ela. Por isso acho que sou dependente. (Coary)

É importante atentar que, no início da puberdade, as transformações físicas são acompanhadas por temor do desconhecido. O adolescente tem a percepção das modificações que vêm ocorrendo com o seu corpo, das sensações e pensamentos que povoam sua mente. É neste momento que, apesar de procurarem o isolamento para sentirem essas modificações, necessitam de pessoas que os ofereçam segurança.

O aconchego da família o faz se sentir melhor e, então, Sentindo-se protegido pela mãe desenvolve a confiança no fazer e as atribuições que pareciam impossíveis passam a fazer parte do dia-a-dia, cumprindo o papel de ser seu próprio cuidador sob o auxílio do olhar materno, como podemos ilustrar com as falas.

Se uma tá com problema com relação a contar pra mãe, vamos as duas e contamos. Os meus problemas, às vezes, acho que tenho capacidade de resolver e aí não resolvo, preciso de alguém. (Tapajós)

Em qualquer outro assunto, qualquer outro problema, sempre tá lá do lado para ajudar. Não é só na doença, até mesmo na hora da educação. (Madeira)

Do jeito que ela (mãe) conhece a gente [...]. Sempre leva ao médico, vive mandando tomar remédio, ela cuida de nossa alimentação, cuida de nossa saúde. (Tapajós)

Temos o nosso mundo psíquico constantemente influenciado pelo processo de socialização que se inicia com o nascimento do indivíduo, sendo seu maior representante a mãe. (MORIN, 1999, p. 43). Assim, apesar das controvérsias de que o filho não sintoniza com a família nessa fase da vida, esse adolescente consegue sentir-se Valorizando o

cuidado materno, como pode ser percebido nos relatos.

Praticamente não sou eu que me cuido, quem me cuida é minha mãe, porque ela é mais cuidadosa. Ela manda a gente tomar remédio, ela cuida de nossa alimentação. Até hoje ela praticamente resolve todos os nossos problemas. (Tapajós).

Quando a gente tá doente, tipo assim, a mãe se preocupa em levar o filho para o hospital, em saber o que o filho tem. (Solimões)

E dessa forma, o adolescente, segundo Pigozzi (2002), deve fazer seu processo de luto e elaborar perdas significativas, como a do corpo e das fantasias infantis, de uma identidade conhecida e de todos os tipos de relações que convivia. Vive o adolescente, nesse momento, a contradição, tanto deseja viver este estado de possibilidades de vir a ser, ao mesmo tempo em que sente falta da familiaridade do passado e teme pelas mudanças que novamente ocorrerão.

Podemos fazer aqui um contraponto com o pensamento complexo, no sentido de entender o que é ser sujeito. Para Morin (2007, p. 66), “ser sujeito é poder ser autônomo, ao mesmo tempo dependente. É ser alguém provisório, vacilante, incerto, é quase tudo para si e quase nada para o universo”. Diante dessa perspectiva de ser tudo e ser nada, o adolescente experimenta as certezas/incertezas de um mundo adulto que está posto e o espera.

A maneira como o adolescente lida com as rápidas mudanças e as novas experiências varia de acordo com sua história de vida. A sua história é a história de sua família, do grupo social com o qual vive e viveu. Foi com os olhos desse grupo que conheceu o mundo, desenvolveu seus vínculos, princípios e valores necessários ao prosseguimento de sua trajetória. (AMORIM, 2006).

Tendo a família como referência é mais uma mostra de que a família é necessária no processo de maturação do sujeito. A família é o espaço onde o adolescente, diante da expectativa de realizar essa travessia, encontra ‘portos seguros’ naqueles momentos em que as tormentas assustam e trazem a insegurança. Os relatos seguintes podem exemplificar.

Hoje a sociedade anda muito dispersa [...]. Você vê que a família é o que menos tem valor [...]. A família voltando como referência vai mudar muito a formação do adolescente. (Tucunaré)

Família estruturada é aquela unida, que dá apoio, que procura ajudar todo mundo da família. (Tefé)

Segundo Osório (2002, p. 15), família é uma unidade grupal em que se desenvolvem três tipos de relações pessoais – aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consanguinidade (irmãos) – e que, a partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhes condições para a aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveu, através dos tempos, funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais.

Para Morin (1999, p. 43), esse processo de socialização começa com o nascimento e termina com a morte do indivíduo. Torna o ser humano uma entidade que fala, dá a ele uma identidade e um estado social, é habitado e determinado por regras, valores afins e possui mecanismos de motivação adequados à manutenção da sociedade.

Com essa perspectiva, o adolescente se encontra Necessitando de ajuda dos pais para exercitar a autonomia. Muitos adolescentes ainda na fase pré-púbere não têm noção do que seja autonomia, pois muitas de suas necessidades são realizadas pelos pais ou outras pessoas colaboradoras, assim, o entendimento dessa dimensão ocorre numa fase mais avançada da adolescência, principalmente quando começa a emergir no grupo familiar a contradição. Para umas coisas o adolescente já é adulto, para outras não é tempo, pois ainda é criança. Essa dúvida situação expõe o indivíduo a desejos de se encontrar, procurar descobrir um meio-termo, um equilíbrio para estruturar sua individualização, como mostram os relatos.

[...] Principalmente a responsabilidade, o jovem precisa ter confiança nos pais, fazer um esporte, ter respeito pelos outros. (Pirarucu)

Tenho uma ótima relação com eles [...]. Além de ser pai, sou amigo deles, estou para ensiná-los de todas as formas. Da experiência que tenho e a pouca que tenho quero passar pra eles. (Tambaqui)

Eu dependo um pouco de minha mãe. (Mamoré)

Eu não. Acho que tenho um pouco de autonomia porque não tenho minha família em casa. Eu já me cuido, mais também dependo de minha sogra, que me orienta. (Tefé)

Na formação de sua identidade, o jovem necessita abandonar, por um processo de seleção, ensinamentos, desejos e valores que lhe foram transmitidos e que não lhe agradam mais, assim como tomar para si aquilo que lhe convém, que deseja manter. Esse processo requer uma revisão crítica das normas e limites e resulta em um processo doloroso que poderá vir acompanhado de uma sensação de impotência ante a polaridade dependência/independência. (RIOS GONZÁLES, 2005).

E o que é autonomia diante do pensamento complexo? Para Morin (2007, p. 66), a autonomia depende de condições culturais e sociais. Para sermos autônomos, precisamos aprender uma linguagem, uma cultura, um saber, mais do que isso, necessitamos que essa cultura seja diversificada, para que possamos fazer escolhas e reflexões de maneira autônoma.

Quando não são percebidas essas possibilidades de desenvolvimento pessoal autônomo dentro dos parâmetros esperados, podemos estar Considerando o adolescente imaturo para se cuidar. Essa é uma maneira muito comum entre os pais para dizer que seus filhos ainda não podem assumir tarefas, pois ainda não desenvolveram o senso de responsabilidade, dessa forma não podem assumir o seu próprio cuidado. Os depoimentos a seguir retratam essa experiência.

A gente tem que primeiro chegar com eles, quando já estiverem crescidinhos. A gente orienta o bastante, só que para eles não é o bastante, precisam sempre mais. (Pintado)

Então ele sabe tudo o que tem que fazer, mais não faz, espera que eu diga a ele até mesmo qual é a roupa que ele tem que vestir. Mais a culpa disso sou eu, que deixei que ficasse dependente de mim. (Tucunará)

O jovem de hoje não tem a capacidade de se virar só na vida, quando ele tem aquela liberdade, ele se perde lá na frente. Ele não tem aquela autonomia própria. (Tambaqui)

Tem aquelas pessoas que tem tudo ali, os pais dão tudo, essas pessoas não procuram fazer nada, ficam só na espera dos pais. (Purus)

Diz-se que a puberdade é a maturação do corpo e a adolescência é a maturação do ser. Para Pigozzi, (2002, p. 26), isso pressupõe a

possibilidade de ritmos diferenciados entre a parte biológica e a psíquica de cada um, o que implica uma certa imaturidade para a realização do autocuidado.

Sentindo necessidade de uma família presente é uma subcategoria muito importante no contexto dessa discussão. Esta necessidade esteve muito presente nos discursos dos depoentes, em função do distanciamento que sentem existir entre eles e os pais, fato comum em decorrência da necessidade de pai e mãe trabalharem fora do domicílio, deixando muitas vezes os filhos sozinhos ou em companhia de terceiros. Em muitos momentos, esse adolescente passa o seu tempo dividindo atenção com outros adolescentes e com irmãos menores.

Tendo que ficar sozinho, procura na rua companhias que nem sempre são as melhores. Podemos perceber essa situação nas falas a seguir:

Eu sou uma pessoa que faço as coisas, sei fazer comida e também varro a casa, lavo roupa, cuido de minha irmã, vou deixar ela no colégio às 7 horas e vou buscar ela às 11 e meia, e quando chego ainda dou a comida dela e de minha tia. Eu moro só com minha tia, uma senhora de 80 anos, e minha irmã de 5 anos e meu tio. Então tomo meu banho antes de ir para o colégio, me arrumo e vou pra aula. Quando chego, faço café e tomo meu banho. Não sou relaxada, eu me cuido e me dou valor. (Jari)

Eu não tenho muito cuidado comigo, porque minha mãe trabalha o dia todo, eu fico só com meus irmãos e fico mais na rua, não tenho nada para fazer em casa. (Mamoré)

Segundo Vidigueira (2007), as mudanças cognitivas que ocorrem nessa fase capacitam o adolescente a imaginar futuros papéis sociais, a equacionar possibilidades e escolhas e a atingir um raciocínio socioemocional e cognitivo mais estável. As características desse novo modo de pensar estendem-se ao pensamento do adolescente sobre si, sobre os outros e sobre o mundo, interferindo desse modo nas suas relações interpessoais.

A família constitui indubitavelmente um dos fatores mais importantes e determinantes da personalidade. Essa importância cresce do fato de a família ser o ambiente mais importante para a criança, o seu primeiro grupo social e onde esta passa ou deveria passar a maior parte de seu tempo. O desenvolvimento da personalidade da criança depende

em grande parte dos estilos ou práticas educativas parentais. (VIDIGUEIRA, 2007).

Na perspectiva de Morin (2007), podemos explicar o entendimento que se faz da apreensão do ser sobre o ser e o mundo das interações cósmicas, a partir do princípio hologramático. Desde a infância, a sociedade é impressa em nossa mente no decurso da educação familiar, prossegue com a educação escolar e com a educação universitária, o que nos faz ser o todo e a parte neste mundo de interações/retroações.

Reconhecendo o papel cuidador da família traz à tona que a responsabilidade imposta pela sociedade deve ser assumida pela família no papel de educadora de seus jovens, papel muitas vezes negligenciado, outras vezes deixado sob a responsabilidade de outros. Este aspecto pode ser visto nos relatos que seguem.

Alguns jovens não têm respeito por aquilo que é deles. Acredita-se que seja por falta de limites que os pais não impõem, aí tudo se reflète na rua e na escola. (Arara)

Acho que carinho, amor, atenção conduz a pessoa a um crescimento, vai tendo uma educação, coisas assim. (Solimões)

A gente precisa de pessoas que possam ouvir pessoas que estejam dispostas a entender o que a gente precisa. A boa relação com a família é muito importante. (Purus)

Toda educação visa a levar o indivíduo ao progresso, ao pleno desenvolvimento de suas capacidades inatas e adquiridas de forma constante e dialógica. O desenvolvimento integral, segundo Signoretti *et al.* (2002), depende tanto dos cuidados relacionais que envolvem a dimensão afetiva como dos cuidados com os aspectos biológicos do corpo, bem como com a qualidade da alimentação e cuidados com a saúde, além da forma como esses cuidados são oferecidos e das oportunidades de acesso a conhecimentos variados.

Percebemos que a categoria Sustentando o cuidado à saúde a partir de orientações da família reforça o papel da família na formação do adolescente para enfrentar as vicissitudes da vida. Nessa perspectiva, é a família que deve se pôr na vanguarda de qualquer iniciativa relacionada à educação ou preparo do adolescente para o cuidado à sua

saúde.

Depois do desmaio que tive, passei a agir segundo as orientações de minha mãe. Tenho seguido o que recomenda a minha família, assim tenho estado bem com minha saúde. (Coary)

Para que eles sigam metade do que se orienta, a gente deve pegar eles, sentar e conversar, orientar sobre tudo, principalmente as meninas, que aos dez, doze anos já estão tendo relações sexuais e não sabendo se cuidar, podem pegar uma doença ou uma gravidez. (Pintado)

O educar e o cuidar caminham simultaneamente e de maneira indissociável, possibilitando a crianças e adolescentes expressarem suas múltiplas linguagens, viverem com as diferenças, diante das diversas formas de organização da vida familiar quanto ao que tange às diversas culturas sociais, possibilitando que eles construam sua identidade e sua autonomia. (SIGNORETTI *et al.*,2002).

A congruência das subcategorias Precisando da ajuda de pessoas para se cuidar, Sendo dependente dos cuidados maternos, Sentindo-se protegido pela mãe, Valorizando o cuidado materno, Tendo a família como referência, Necessitando de ajuda dos pais para exercitar a autonomia, Considerando o adolescente imaturo para se cuidar, Sentindo necessidade de uma família presente, Reconhecendo o papel cuidador da família, e ainda, Sustentando o cuidado à saúde a partir de orientações da família, que constituíram a primeira categoria, **“O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si;”** mostra os movimentos do viver humano adolescente, família, grupos sociais vinculados, que convergem para a possibilidade do viver mais saudável destes adolescentes, exercitando sua autonomia, mas sempre na dependência da família como protetora, educadora, orientadora, cuidadora e presente na vida deles.

Compreendendo a dependência do outro como dimensão necessária à aquisição da autonomia do cuidado para o adolescente para um viver saudável.

A análise dos dados nos permitiu compreender a dimensão percebida pelos adolescentes sobre o significado de autonomia. É perceptível na explicação dada ao processo de tornar-se autônomo o surgimento de diversificadas formas de entender o que ocorre no percurso dessa construção. Esta categoria será explicada pelas

subcategorias listadas a seguir:

- Considerando a dependência da família como impossibilidade de ser autônomo;
- Entendendo autonomia como possibilidade de cuidar-se e tomar suas próprias decisões sem interferência de terceiros;
- Percebendo diferenças entre pessoas na conquista da autonomia;
- Comparando autonomia com maturidade, segurança, liberdade e independência financeira.

A tomada de consciência sobre a autonomia foi observada como um processo que possui gradações. Esse processo se inicia desde o nascimento e caminha em direção à autogestão da vida diante de todas as interações/retroações necessárias. Para explicar a subcategoria Considerando a dependência da família como impossibilidade de ser autônomo, podemos dizer que esta é uma fase conhecida como heteronomia, presença de interações dinâmicas que agem e retroagem sobre o indivíduo na busca por resoluções para alguns aspectos de suas necessidades. Para o adolescente, é seu momento de busca de si e consiste em um processo em que há encontros fortuitos com as paixões repentinas, formulação da autoimagem, autodefinição corporal e psicológica. No afã dessa procura, vê na família uma barreira para seu crescimento e independização, como podemos observar na fala a seguir:

[...] Eu desejava logo ter maioridade, assim podia me separar dos meus pais, morar sozinha, ser independente, ter minhas coisas [...] ter um canto só pra mim. Me sentia insatisfeita [...]. Depois fui tomando consciência de que a vida não é fácil como eu pensava [...]. Qualquer situação era motivo de briga com meus pais[...]. Agora tenho respeito por eles, mudei o meu jeito de pensar sobre a vida. (Uruará)

É inexistente uma autonomia absoluta, ela é sempre mediada pelo mundo da vida em suas multiexperiências históricas do viver. A questão é que não existe autonomia já determinada e imediata, ela é sempre partejada, está ligada às condições socioexistenciais do nosso modo de ser no mundo. (FREIRE, 2000). E nosso modo de ser no mundo passa pela necessidade de ser produto e produtor de nossas experiências, pois, quando confrontadas com as experiências dos pais e avós, surgem novas experiências e modos diferentes de viver.

Portanto, a autonomia emerge durante essa ação/retroação no mundo das experiências vivenciadas com os adultos, sejam pais,

professores ou outros que assumam essa posição diante dos jovens.

Morin (2007, p. 253) ressalta que “todo ser aberto age e retroage em seu ambiente”. Dessa forma, podem construir e manter sua existência, sua autonomia, sua individualidade, sua originalidade na e pela dependência com o ambiente. O ser humano é um ser aberto e necessita viver da dependência para conquistar sua autonomia.

Após a compreensão de que a autonomia se alimenta da dependência, torna-se esclarecedora a segunda parte da categoria: Entendendo autonomia como possibilidades de cuidar-se e tomar suas próprias decisões. É uma interpretação dada pelos adolescentes na faixa etária acima de 16 anos, por já terem desenvolvido a capacidade relativa ao autocuidado, entendido a passagem pela fase anterior da heteronomia, agora caminhando para/entre as diversas possibilidades do encontro com o mundo global. A separação progressiva dos pais é vivenciada pela ambivalência dos adolescentes entre situações de dependência/independência. As constantes flutuações de humor diante de tantas modificações, conquistas e impedimentos de toda ordem são características comuns nesta fase. Eles ainda não compreendem que somos seres ecodependentes, sendo o ambiente em nossas vidas co-presente e co-organizador, assim o desejo de não-interferência tem relação com a interação com o outro.

[...] Eu me cuido do meu jeito, eu sou muito atenta e também muito cuidadosa com o meu corpo. Eu sou vaidosa e sou uma menina limpa. Toda vez que acordo, vou direto para o banheiro tomar meu banho. Sou uma pessoa que faço as coisas, não dependo dos outros. (Jari)

[...] Foi assim que eu vim pra cá. Minha família mora em outro lugar e eu vim morar aqui no Pará. [...] Então tá, vou trabalhar para ter minhas coisas, foi o que fiz. Agora trabalho, estudo e tenho minhas coisas. Eu, tipo assim, ainda mando um dinheirinho pra ela. Eu me senti melhor saindo de casa. (Solimões)

É papel da família facilitar esse processo para o jovem e favorecer seu desempenho adulto de socialização/individuação para um desenvolvimento sadio, com autonomia, independência e condições para tomar suas próprias decisões. (FREITAS, 2002).

Conforme Morin (1999), o sentido da autonomia do sujeito deve ser buscado em sua auto-organização, produto mesmo da organização

biopsíquica e do reconhecimento do homem simultaneamente biológico-cultural. Ou seja, o sujeito só adquire pertinência quando inserido numa rede de interações/retroações bio-psíquico-socioculturais do sistema planetário.

É importante atentar para as diferentes percepções no processo de aquisição da autonomia pelos adolescentes, como se observa em Percebendo diferenças entre pessoas na conquista da autonomia. Explica-se pelas experiências do adolescente nos seus grupos de pertença, onde são capazes de perceber as diferenças existentes entre seus membros no que tange à capacidade de cada um alcançar determinados patamares no processo de independização.

De acordo com essa percepção, uns conseguem muito cedo ter visão mais global da situação um tanto complexa pela qual estão passando. Conseguem introjetar os achados que consideram saudáveis para si e rejeitar aquilo que pode ser prejudicial ao seu desenvolvimento. Outros têm uma percepção mais reduzida, um caminhar mais lento. Às vezes, não conseguem discernir para fazer a melhor escolha. São estes os adolescentes que muitas vezes tornam-se “presa fácil”, tanto para o início precoce da vida sexual, para uma gravidez indesejada, quanto para o ingresso no mundo das drogas e da prostituição.

[...] Ela sempre se virou desde pequena, eu nunca fui fazer trabalho pra ela, ia só pesquisar, ler nos jornais, procurava saber, não tinha ajuda em casa. Já os outros sempre pedem ajuda ao pai, são mais lentos para conseguir as coisas que querem, terminam sempre pedindo à mãe. (Pirarucu)

[...] Ele não tem condições de viver só, ele é altamente dependente de mim, já o outro menor, acho que se for preciso ele toca bem a vida. (Tucumaré)

Na percepção de Coates (1997), os adolescentes caminham mais frequentemente em direção à autonomia nas famílias em que são encorajados a participar das discussões e das decisões, suas e do grupo familiar. Neste caso, os adolescentes tendem a usar os pais como modelo e a procurar amigos aprovados por eles. Dessa forma, as mesmas condições que promovem a independência constroem um elo de proximidade e afeição entre pais e filhos, fato que leva o adolescente a se sentir confiante em sua jornada para a vida adulta.

De outra forma, olhando pela ótica das relações conflitantes nos

grupos familiares com adolescentes, a desordem não é uma entidade em si, ela é sempre relativa a processos energéticos, interativos, transformadores ou dispersivos. (MORIN, 2008, p. 199). Da mesma maneira que o homem não tem uma caminhada linear, a ordem e a desordem estão presentes nos momentos interativos/transformadores ou disjuntivos. Portanto, o caminhar para a autonomia não se faz por trilhas iguais em tempos iguais. As certezas e incertezas são comuns nessa jornada.

Diante da expectativa do adolescente para compreender o que se passa no seu caminhar em busca do seu eu, de sua subjetividade, entende que a autonomia pode ser compreendida por intermédio da explicação da subcategoria Comparando autonomia com maturidade, segurança, liberdade e independência financeira. São os adolescentes conscientes que existe um processo de maturação e que estão vivenciando esta fase. Consideram, entretanto, que alguns adolescentes não percebem a magnitude que é esse momento na vida de cada um. Outros, tendo uma visão mais ampliada da realidade que os cerca, alçam o voo para abraçar a liberdade que tanto cogitam. Por liberdade, entendem a possibilidade de tomar as decisões de ir e vir, poder dizer vou àquela festa ou àquela praia, sem necessariamente pedir autorização a seus pais, assim, poder decidir por si, de acordo com seus desejos e sua vontade, escolhendo o que considera melhor e mais atraente para si.

Já a independência está atrelada à condição financeira, pois consideram poder seguir sem a ajuda dos pais somente quando conseguem se sentir incluídos no grupo social e no mercado de trabalho.

[...] É assim, às vezes a gente vê um negócio assim nas lojas, a gente pede dinheiro pra nossos pais, às vezes eles têm e dão reclamando, outras não dão e a gente fica, assim, tristes e às vezes zangados [...]. É quando vem o pensamento 'eu ainda vou ter meu dinheiro'. (Mamoré)

[...] Tinha vezes que eu pedia alguma coisa para minha mãe e ela dizia que não tinha [...]. Saí de casa, fui trabalhar e hoje tenho meu dinheiro, sou independente. (Solimões)

[...] Ter liberdade significa ter o salário deles, só quando eles trabalharem, por enquanto vive embaixo do meu teto, tem que me respeitar. (Tambaqui)

Para Durante e Teixeira (2008), a liberdade é uma das características essenciais para a vida humana competente e autônoma. A

combinação confiança/autonomia dá ao ser humano um sentimento de determinação, alavanca para a iniciativa de viver com responsabilidade. Nesta fase, começam os interesses por instrumentos de trabalho, pois trabalho remete à questão da competência. Essa transformação requer o controle da atividade produtiva, autonomia e liberdade para tomar suas próprias decisões a respeito de um trabalho significativo e emancipatório.

O investimento que fizemos para realizar essa análise envolvendo o pensamento complexo foi uma tentativa de reconciliar o universal e o singular, a parte e o todo, na perspectiva de compor a totalidade complexa, levando em conta as extraordinárias diversidades individuais e culturais do homem no seu processo de adolecer.

2. Reconhecendo o ambiente social como espaço de influências para o adolescente desenvolver a autonomia do cuidado para um viver saudável.

Na definição desta categoria, é dada ênfase ao processo pelo qual se constituem as identidades do indivíduo. Na interação que ocorre no meio familiar, cultural e social ao qual o indivíduo pertence, as regras e normas de uma sociedade vão sendo internalizadas desde a infância, formando o seu superego. Dessa forma, elas se reforçam, criam e recriam os seus valores. Esta categoria se fortalece nas subcategorias a seguir:

- Sofrendo influências do grupo a que pertence;
- Compreendendo que há uma relação de confiança entre os amigos;
- Sentindo necessidade de ser percebido;
- Reconhecendo-se produto do meio em que vive;
- Compreendendo que a família estruturada reduz os problemas na escola.

Reconhecendo o ambiente social como espaço de influências para o adolescente desenvolver a autonomia do cuidado para um viver saudável.

Esta categoria emergiu das concepções de ambiente social e suas influências presentes nos relatos dos participantes. Entende-se ambiente como o meio onde o sujeito está inserido e do qual pode aproveitar algumas características que possam ser agregadas à sua personalidade durante a fase da adolescência. Em algumas passagens, observa-se uma contradição relacionada a essa percepção, sobretudo dos modos de influências percebidas, se positivas ou negativas. As divergências

muitas vezes também estão relacionadas à forma de significar ambiente, como ilustrado nas falas que seguem.

O fato de morar neste espaço do canal, não tem influenciado elas, pois isso vai depender de cada adolescente aqui desse pedaço. Eu sempre digo a elas 'olhem com quem andam' [...]. Não é que não se deva cumprimentar [...]. Agora, a gente não pode é sair de casa e se meter junto com eles. (Pintado)

Para este outro participante, o ambiente é produto da ética da família.

[...] Nós somos produto do meio [...]. Não podemos vacilar assim, fazendo coisas erradas [...]. A gente tem sempre que fazer coisas certas. (Tambaqui)

Segundo a UNESCO (2000), o ambiente está estruturado sobre um alicerce triaxial, a natureza (ecossistemas naturais), sociedade (ecossistemas humanos) e a cultura (dimensão temporal). Nessa perspectiva, a concepção de natureza é entendida com o homem fazendo parte dela e não apenas como a natureza estando ao redor do homem. O ambiente é um todo uno e, portanto, não divisível em partes isoladas.

Dependendo da estrutura psicológica de alguns adolescentes, os aspectos relacionados ao ambiente podem ser causa de lesões nos aspectos físico, emocional e social, que interfere no desenvolvimento moral, na formação de valores, da autoestima, e contribui para a desestruturação da personalidade e dificuldade de estabelecimento do equilíbrio necessário ao desenvolvimento e amadurecimento perfeitamente harmônico. (PRATTA; SANTOS, 2007).

Nesse sentido, podemos compreender que produzimos a sociedade que nos produz, ao mesmo tempo, somos, não só, uma pequena parte de um todo que é o todo social, mas esse todo está no interior de nós mesmos, o que quer dizer que temos as regras sociais, a linguagem social, a cultura e normas sociais no nosso interior. Segundo este princípio, não só a parte está no todo como o todo está na parte. A compreensão do humano deve ser complexa, não podemos reduzir o outro a um único aspecto, devemos considerá-lo na sua multidimensionalidade. (MORIN, 2007, p. 114).

Diante do exposto, emerge a subcategoria Sofrendo influências do grupo a que pertence. Observa-se que os adolescentes, durante o processo de maturação, procuram grupos com os quais possam ter

alguma identificação. Nesses grupos, a troca de experiências promove certa confiança, pois se sentem inclusos, aceitos entre seus pares, principalmente porque entre eles não há a negação e, sim, a impulsão para o fazer, para gratificar-se com os feitos. Isso pode ser exemplificado a seguir:

A teleguiação, a galera, tudo estimula. A adrenalina é grande. A gente tem que ter vontade própria e forte [...]. A gente vai com aquela galera, é legal para quem sabe curtir, pra quem não sabe curtir não é bom. (Tapajós)

Tenho uma amiga que teve problemas sérios com o filho. O grupo de colegas de seu filho o convenceu a comprar merenda de forma irregular no colégio, fato que culminou com a expulsão do garoto do colégio. É isso que penso, se o adolescente não estiver preparado e não dizer 'não' a muitas imposições do grupo, ele vai se perder. (Tucunaré)

Se a gente for se abrir com a mãe [...] já vai dar um monte de conselhos que pra gente não adianta [...]. Com os amigos já é diferente [...]. A gente só tem que ter cuidado no que seguir [...]. Tem amigos que só levam a gente para o mau caminho. (Solimões)

Um dos aspectos apresentados pelos jovens foi a importância que o grupo de pares assume na adolescência. Meschke, Bartholomae e Zenthall (2002) referem que o grupo de pares é também, muitas das vezes, a fonte de informação mais acessível e confortável e onde se sentem mais à vontade para expor as suas dúvidas, embora alguns jovens expressem preocupações no que se refere à acuidade da informação, conseqüentemente, os seus conselhos nem sempre são positivos.

Durante a adolescência, desfaz-se a relação de dependência que havia com o “papai” e a “mamãe”, e se estabelece um laço similar, de segurança, com os amigos. Nessa perspectiva, é indispensável a participação em grupos de amizade. Entretanto, convém que os pais continuem por perto, pois a intensidade da relação com o grupo sempre apresenta o risco de tornar-se prejudicial. (EDUARDS, 2008).

Mesmo havendo essa perspectiva de o grupo poder tornar-se um espaço de influências negativas, não é essa a visão do jovem, pois em sua percepção o grupo tem significado de inclusão, participação e

aceitação. Dessa maneira, Compreendendo que há uma relação de confiança entre os amigos é expressa na fala dos depoentes como compromisso muito importante nas relações do adolescente, muitas vezes considerado mesmo um código de honra. Do grupo nada pode sair de suas fronteiras. Os grupos podem contribuir para que saia dali uma pessoa fortificada, com uma personalidade estruturada, dono de si e de suas decisões, como pode tornar o indivíduo uma pessoa dependente, desestruturada, um pária na sociedade, como pode ser percebido nas falas.

Passo os meus dias fora, tentando fugir de problemas [...]. Tenho amigos errados, apesar de não entrar no mundo deles, tento manter a amizade, pois sempre tem algo de bom. (Xingú)

Amigo, mesmo que a gente brigue com ele, a gente confia, ele não vai te entregar pra ninguém. Está sempre disposto a te ajudar. (Solimões)

O grupo para os adolescentes representa o apoio que necessitam para a experiência social de ser, desempenho dos papéis sociais e, especialmente, o desafio para crescimento psicológico e emancipação da influência familiar. Para os pais, isso é visto como uma ameaça à integridade física e psicológica de seus filhos, já que não têm mais o controle que antes possuíam sobre os procedimentos deles. (ALVES, 2008).

Diante das considerações relacionadas a mudanças no comportamento dos filhos, podemos estar diante da necessidade manifestada por alguns adolescentes de se sentirem percebidos pelos seus pais.

Sentindo necessidade de ser percebido é uma subcategoria que nos apresenta uma visão do adolescente nas relações com seus grupos, relacionada às estratégias que utiliza para ser percebido. No período da adolescência, são comuns as mudanças de humor diante de qualquer contrariedade. Essa característica pode levar o indivíduo a se incluir, tornar-se parte de ou excluir-se, isolar-se, principalmente do grupo familiar e da escola. Demonstrar essa necessidade pode ser uma forma de dizer que precisa de ajuda para o cuidado de si.

A minha vida não é muito fácil [...]. Minha mãe não tem pulso com meus irmãos [...]. Levo sempre a culpa. Passo os dias fora tentando esquecer os meus problemas. (Xingú)

Minha família é muito grande, fui ficando de lado, fui para as ruas. Quando saí de casa, minha avó dizia que eu era a vergonha da família. Não me considero importante para minha família. (Tefé)

Eu adoro ficar isolada, sozinha na minha, no meu canto, fico pensando no que fiz, se fiz certo ou errado [...]. A gente só pensa depois e já é tarde demais, o leite já está derramado, aí a gente quer reparar o estrago.(Tapajós)

Para Martins (2009), os adolescentes precisam ser percebidos por nós em sua totalidade, e precisamos comunicar o que percebemos, pois do contrário será natural que busquem ser percebidos através de outros recursos, como os tecnológicos e fora de nossos lares. Assim, para que se sintam existindo, eles precisam ser celebrados nas atitudes que são dignas de mérito, que registram as virtudes, os comportamentos positivos, a criatividade, a força de superar obstáculos, a capacidade de compartilhar, enfim, as conquistas todas que demonstram a vontade que eles têm em fazer o melhor. Também é necessário que eles percebam que notamos suas falhas de condutas. É fundamental registrá-las, mas como fonte de informação, não como crítica negativa. A partir desta constatação, surge a subcategoria Reconhecendo-se produto do meio em que vive, por meio da qual é possível entender a mensagem traduzida nas falas dos participantes. O meio em que vive o adolescente, principalmente este do grupo familiar, é capaz de agregar ao comportamento do adolescente características peculiares ao seu desenvolvimento. Como o ser humano é um ser gregário por natureza, não consegue estar bem se vive fora dessas relações parentais e dos seus grupos de pertença. Para justificar essas premissas, ilustramos com as falas.

Eu sou aquela pessoa que gosto de tudo correto [...]. Minha mãe criou os filhos sozinha [...]. Não deu motivos para que a gente saísse errando na vida. Eu acredito em espelho da família, os pais são os espelhos dos filhos. (Tucunaré)

Vejo a vizinha, ela não tem nenhuma estrutura [...]. Os filhos vivem soltos. De quem é a culpa? Dela. Ela não teve uma educação da mãe dela para passar para os filhos, porque isso é feito uma corrente. Se recebo formação dos meus pais, tenho condição de

passar para os meus filhos. (Tambaqui)

Às vezes, minhas filhas reclamam que querem uma roupa de marca, que veem na televisão. Eu digo a elas que o que temos só dá para comprar uma outra mais barata. Aí elas trazem aquela roupa contra vontade, mais usam, é o que posso fazer. (Pintado)

Tem família que acostuma mal o filho. Se não tem pra dá, não tem, o filho precisa compreender. Mais tem pais que passa por cima de tudo para dá ao filho algo que ele não pode. Acostuma mal, pois toda vez vai ser assim, se não tiver o filho vai aprontar. (Purus)

Pode-se dizer que é no interior da família que o indivíduo mantém seus primeiros relacionamentos interpessoais com pessoas significativas, estabelecendo trocas emocionais que funcionam como um suporte afetivo importante quando os indivíduos atingem a idade adulta. (PRATA; SANTOS, 2007). É também no interior do grupo familiar que desenvolvem a capacidade de se autocuidar.

Desse modo, pode-se asseverar que as experiências vivenciadas pelo jovem, tanto no contexto familiar quanto nos outros ambientes nos quais ele está inserido, contribuem diretamente para a sua formação enquanto adulto, sendo que, no âmbito familiar, o indivíduo vai passar por uma série de experiências genuínas em termos de afeto, dor, medo, raiva e inúmeras outras emoções, que possibilitarão um aprendizado essencial para a sua atuação futura. (PRATA; SANTOS, 2007).

Como fator resultante dessa compreensão, surge a subcategoria Compreendendo que a família estruturada reduz os problemas. Pode se perceber a relação muito próxima entre família e escola e daí entender o porquê de sua importância neste contexto. As falas dos participantes são bastante esclarecedoras quando dizem se a família participa da escola, o filho, seja criança ou adolescente, terá um maior respeito com aquele espaço e com seus professores, conseqüentemente terão maior aproveitamento das atividades escolares.

Acho que todo o problema do adolescente e da escola está na ausência da família no espaço da escola e da falta de limites aos adolescentes. (Arara)

Eu acho, assim, que a escola deveria junto com os pais descobrir o que o adolescente precisa, às vezes, os pais não sabem do que os filhos precisam. O

adolescente faz algumas coisas que dizem ser errado porque não teve limites na família. (Parus)

A escola deveria ajudar mais na educação dos adolescentes, eu acho que ela faz muito pouco. Acho a escola muito distante da realidade dos alunos. Participo das reuniões das escolas dos meus filhos, por isso posso dizer as famílias deveriam ir mais à escola. (Pintado)

É na família (independentemente do seu desenho) que os adolescentes constroem seus significados, representações, regras, valores e experimentam emoções.

Obrigações, limites, deveres e direitos são circunscritos e papéis são exercidos. Ao considerar a família do adolescente uma família desestruturada, é importante que se reflita para além das suas competências de facilitar ou não um desenvolvimento saudável. Há de se considerar que as situações de extrema vulnerabilidade social, opressão, violência, em que essas famílias vivem, com condições precárias de saúde, educação, moradia e outras, são componentes fundamentais para fragilizar os vínculos afetivos e favorecer a precarização das funções familiares necessárias ao desenvolvimento saudável. (BRASIL, 2006).

Revelando os aspectos políticos sociais da atenção à saúde do adolescente

Esta categoria emergiu diante dos problemas enfrentados/denunciados pelos participantes desta pesquisa ocorridos/sentidos/presenciados no cotidiano de suas vidas. Os problemas dizem respeito também às instituições que são responsáveis pela atenção à criança e ao adolescente. Entendemos que mudanças sociais, políticas e culturais ocorreram nas últimas décadas. Podemos citar: A promulgação da Lei Federal nº 8069, de 1990, chamada Estatuto da Criança e do Adolescente, surgida no mesmo ano da Convenção dos Direitos Humanos. O estatuto proclama que essas crianças e adolescentes são sujeitos de direito e normatiza o princípio da prioridade absoluta, consagrado na Constituição Federal.

Em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente, surge a formação de um sistema de atenção formado por Conselhos Tutelar e de Direitos, Fundo para a Infância e Adolescência, Juizado da Infância e Juventude, Promotoria Pública e órgãos públicos e entidades

de atendimento que executam programas e/ou serviços à população em geral. No entanto, os conselhos tutelares têm distribuições heterogêneas, em alguns estados com cobertura quase total e em outros com cobertura abaixo da média.

Como consequência desse baixo nível de implementação de determinados órgãos, serviços e programas, não houve a melhoria do atendimento protetivo ao público infante-adolescente no nível desejado e necessitado. (BRASIL, 2004).

Esta categoria se explica pelas subcategorias abaixo, que serão sublinhadas em sua explanação a seguir.

- Questionando o abandono sofrido por filhos;
- Crescendo o temor da violência por/contra jovens;
- Contextualizando os eventos da violência;
- Enfrentando as doenças da família junto aos serviços públicos e serviços alternativos;
- Entendendo que as políticas públicas já sinalizam para a implementação de programas e projetos para esse grupo.

Ao destacar o papel da família e o contexto das relações surgiu a subcategoria Questionando o abandono sofrido por filhos. Esta evidencia uma situação séria e que se repete em muitos lares todos os dias. Em um país rico de muitos pobres, em que pai e mãe necessitam sair de suas casas para conseguir sustentar sua família, não poderia ser diferente. Além disso, a queixa aqui relatada é aquela afetiva, emocional, carinhosa, isso, sim, está fazendo falta nas relações intrafamiliares de nossa sociedade, como podemos observar nas falas a seguir.

Hoje a sociedade está muito dispersa, porque eu acho que o fundamental é a família e hoje no meio que se vive aqui, você vê que a família é o que menos tem valor. A mãe não se dá respeito, o pai sai para um lado, a mãe para outro, então acho que é isso que está deturpando o adolescente, ele fica sem referência. (Tucunaré)

Eu fico mais na rua do que em casa, meus pais ficam só trabalhando, a maioria do tempo fico em casa só. (Madeira)

Por exemplo, a empregada de uma colega sempre dizia pra gente que ela sofria de depressão, ela vivia no quarto, solitária. (Tefé)

Eu tive uma colega que se matou, os pais dela nunca

que conversavam com ela, ela poderia sentir falta dos pais. (Purus)

É importante atentar diante dos fatos acima descritos, pois isso também se configura numa negligência. Dessa forma, compreende-se a preocupação dos depoentes, como aponta a subcategoria Crescendo o temor da violência entre jovens. É uma forma de trazer à tona essa questão que destaca a hostilidade exagerada, como as condutas agressivas presentes entre alguns jovens. Sabe-se que este comportamento tem sua origem em idades muito mais precoces, como no período pré-escolar, por exemplo, quando pais acham que é apenas um excesso de energia ou uma travessura própria da infância. Crescendo o temor da violência entre jovens nos remete aos aspectos geradores/contribuidores, como a dificuldade de pais, profissionais de educação, saúde e governantes em compreenderem as características e necessidades dessa fase, assim como as circunstâncias políticas e econômicas nas quais a violência prospera, como se pode observar nos exemplos abaixo.

Esse negócio de companhias, de sair pras festas [...]. Eu confio nelas mais tenho medo [...] porque assim, duas ou três pessoas jovens andando sozinhas, altas horas, pode passar um, pegar, fazer o quer e até matar. E isso que tenho medo. (Pintado)

A gente tem medo da violência contra os filhos, porque onde você encosta, principalmente os jovens desavisados, já tem um querendo lhe fazer a cabeça. (Pirarucu)

Os jovens são submetidos a uma avalanche de influências negativas e os pais muitas vezes não se dão conta [...]. Alguns jovens vivem na violência, então o que acontece, esta se torna generalizada [...]. É droga, é tanta coisa aí fora que estão oferecendo para eles [...]. (Tambaqui)

Considerada um fenômeno multicausal, a violência é um processo de vitimização que se expressa em

atos com intenção de prejudicar, subtrair, subestimar e subjugar, envolvendo sempre um conteúdo de poder, quer seja intelectual, quer

seja físico, econômico, político ou social. Atingem de forma mais hostil os seres mais indefesos da sociedade, como as crianças e adolescentes, e também as mulheres sem, contudo, poupar os demais. (ROCHA *et al.*, 2001, p. 96).

É importante atentar para o modelo de violência crescente entre os jovens, que não tem mais limites de espaço para sua ocorrência, como podemos perceber em Contextualizando os eventos de violência. É uma constatação que vem se tornando, em anos recentes, um dos problemas que mais angustia a sociedade, quer seja devido à divulgação de fatos do cotidiano, dados estatísticos, ou a uma sensação difusa de insegurança e desconfiança que se propaga entre pais, alunos, professores e governantes. O fato é que a situação tomou proporções incontroláveis. Não há mais o respeito à escola, aos professores, não há respeito entre as pessoas. Para a violência não existe mais limites, é um evento na sociedade moderna já banalizado, e ultimamente tem sido uma rotina nas escolas de todo o País. Isso pode ser ilustrado com as falas abaixo.

A escola virou um campo de brigas entre alunos. A gente está observando que ultimamente não tem quase diferença entre violência na escola e fora da escola. (Arara)

A escola está um pouco perdida em relação a isso, ela está com uma clientela muito diferenciada da que tínhamos antes. Muitos jovens entre 13 e 18 anos. A falta de respeito, a violência é geral. Vejo também a violência da escola para com os alunos. Que professor está ministrando aula? Qual o perfil desse professor? Qual a concepção que ele tem de família? Como está ensinando? (Araponga)

O que temos observado é que a escola, além de ser instância onde se tenta passar conhecimentos, valores e exercitar a ética, tem-se configurado como um espaço de proliferação de violências, incluindo, brigas, invasões, depredações e até mortes.

As famílias, de modo geral, e sofrendo um impacto maior aquelas de menor renda, além do sofrimento psíquico e emocional advindo da violência retratada, ainda se deparam com situações em que se vêm

Enfrentando as doenças da família junto aos serviços públicos e serviços alternativos. Encarar as vicissitudes diante do SUS que está posto em alguns lugares é uma rotina para muitas famílias, assim como são inusitadas as situações que podem ser observadas no dia-a-dia em algumas unidades de saúde em nosso município. A carência constante de médicos, de recursos materiais e de uma infraestrutura necessária ao atendimento tem se tornado algo rotineiro. Quantos direitos apregoados pelas leis de proteção ao adolescente são de fato colocados em prática? A quem se deve recorrer para que sejam cumpridas? A verdade é que mães se desdobram na busca de espaços que possam ajudar seus filhos, muitas vezes tendo que recorrer a serviços alternativos existentes na comunidade, tais como rezadeiras, benzedeiras e outros disponíveis, como ilustrado nas falas.

Para cuidar de todos os filhos eu sempre procuro o Centro de Saúde, mesmo com as dificuldades que se tem para conseguir uma consulta. Tratamento diferente, às vezes e só o das freiras, elas passaram uns remédios para meu filho, depois de muita correria teve que internar. (Pintado)

Cuido da saúde deles, a que tem mais problemas é essa aí (aponta para uma filha), vive com problemas de garganta, levo no posto de saúde quando dá. Às vezes faço remédios caseiros, tipo chás. (Pirarucu)

Nossa, ela cuida da gente (falando da mãe), praticamente é ela que faz tudo pra nós, leva no posto de saúde quando necessário. Faz um remédio para passar na garganta, faz chá, se for preciso leva para benzer. A mãe é assim ela quer fazer tudo. (Tapajós)

De acordo com o PROSAD, o acesso do adolescente ao programa ocorrerá, preferencialmente, através da rede primária, com enfoque na promoção e prevenção, de maneira a abranger os diversos contextos sociais da vida do adolescente. (BRASIL, 1993). Considerando essa proposição do PROSAD, acreditamos que necessita ser revista do ponto de vista de sua aplicação, dado que é muito raro encontrar serviços específicos a adolescentes na rede básica de saúde, bem como cita Patrício (2000, p. 137):

Enquanto os serviços prestados pelos nossos setores oficiais de saúde ainda estiverem sob a hegemonia dos velhos paradigmas, a atenção ao adolescente

ainda vai continuar sendo fragmentada, mecanicista, longe de visualizá-lo e de abordá-lo considerando sua história de vida e seu contexto em diferentes interações.

Tal perspectiva resultou numa curiosidade sobre como o sistema de saúde através das últimas propostas de atenção ao adolescente tem evoluído. Assim, a categoria Entendendo que as políticas públicas já sinalizam para a implementação de programas e projetos para esse grupo evidencia que as possibilidades de um sistema mais eficiente não dependem somente da existência de legislações, projetos e programas, mas de profissionais empenhados em colocar em prática os seus pressupostos. Por esse prisma, podemos observar o que entendem os participantes.

[...] Acho que o governo está tendo essa perspectiva, está tendo essa intenção de mudança de ponto de vista no que tange à educação. [...] Acredito que temos que nos preocupar não só com a disciplina, mas como essa disciplina é ministrada. [...] A disciplina pode ser qualquer uma. Entra aí o papel do professor, este sim faz a diferença. (Araponga)

[...] Somente quando existir uma política de saúde e educação realmente comprometida em educar e oferecer serviços de qualidade nos órgãos públicos, qualificar profissionais na educação e saúde, desde a assistência ao pré-natal, levando esta mãe a desenvolver sua identidade e autoestima e repassar isso para os seus filhos. (Andirobeira)

[...] A saúde não está sabendo receber esses adolescentes e conseqüentemente a enfermagem não está pronta para receber esse público. Existe o Programa de Saúde do Adolescente, que em Belém quase não é desenvolvido, deixando à margem esse sujeito que ora vai para um atendimento de adulto e ora vai para um atendimento infantil, dificultando atividades voltadas realmente para as necessidades sociais reais e de saúde do adolescente. (Copaibeira)

Para o Ministério da Saúde (MS/2003), o SUS tem assumido um papel ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar

importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender.

Programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde, de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem, de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, entre outros, caminharam nessa direção e possibilitaram a mobilização de pessoas e instituições no sentido de uma aproximação entre instituições formadoras e ações e serviços do SUS. No entanto, todas essas iniciativas têm de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador, em estratégias mobilizadoras de recursos e poderes, em recursos estruturantes do fortalecimento do SUS, deixando de estar limitadas a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado em saúde.

Indicando a escola como parceira na aquisição da autonomia do adolescente para o cuidado para um viver saudável.

A indicação da escola como parceira no processo de desenvolvimento da autonomia do adolescente deixa bastante evidente a percepção que tiveram os participantes da importância que é esta instituição na formação desse sujeito. Isso ocorre não somente pela aquisição de conhecimentos, mas, sobretudo, pelas relações nela estabelecidas, nas quais o indivíduo terá possibilidades de vivenciar de modo intencional e sistemático formas construtivas de interação social. Esta categoria foi sustentada pelas subcategorias a seguir, que no processo de análise serão sublinhadas para que se diferenciem do restante do texto.

- Apontando ser o adolescente mais visível no contexto escolar;
- Desejando maior aproximação entre pais e professores;
- Valorizando a educação continuada para adolescentes;
- Apontando os projetos escolares como meio de interação entre família, escola e comunidade;
- Ensinando aos adolescentes que a escola é a continuidade da família;
- Necessitando qualificação de profissionais da saúde e educação para trabalhar com adolescentes.

Apontando ser o adolescente mais visível no contexto escolar significa para este grupo que, em função das ocupações dos pais, os filhos ficam com pouco tempo de convivência com a família. Por causa

disso, eles costumam se revelar muito mais na escola, para seus colegas ou mesmo para os professores. Em muitas situações, essa visibilidade se faz de maneira agressiva, como se a reclamar a sua percepção. Outras vezes, esta estratégia leva ao isolamento, no qual se manifestam a tristeza, a falta de ânimo para realizar as tarefas escolares, culminando em algumas situações, como o abandono da escola, como apontam as falas.

[...] Meus colegas vivem praticamente só ou com uma avó, os pais estão sempre ocupados [...]. Os pais não sabem que eles precisam de ajuda, mais quem está perto sabe [...] os colegas, os professores. (Purus)

O pai trabalhando pesado, o filho fica só, sem nenhuma outra companhia, aliás, cuida do irmão [...]. Chegar atrasado ao colégio não é culpa do aluno [...] tirar nota baixa e ficar zangado com o professor [...] sai brigando com os colegas, os pais nem sabem o que está acontecendo. (Arara)

Na escola, as colegas sabem quando tem uma menina ou menino muito calado é que está rolando alguma coisa errada. (Purus)

Segundo Costa (2008), pais que decidem pôr termo ao relacionamento, muitas vezes põem termo também ao vínculo com os filhos, podendo lhes causar um incontestável trauma de abandono. O abandono afetivo é tão prejudicial quanto o abandono material. Decorre deste problema, um desencadeamento de muitas doenças físicas, que têm gênese também nas suas fugas em não se 're-conhecer' como pessoa, tamanho o abalo de sua autoestima.

Um fator resultante é que muitas crianças estão tendo sérios problemas emocionais devido ao pior abandono que existe, o abandono dentro de suas próprias casas. As crianças apresentam depressão, tristeza profunda, doenças respiratórias e alérgicas, reflexos desse abandono familiar dentro das próprias casas. Em geral, os piores problemas desse abandono se dão depois na adolescência e na vida adulta, refletem-se na vida adulta, e muitas vezes as somatizações de uma vida se refletem em sérias doenças físicas e emocionais. (ARABELA, 2008).

Dessa forma, Desejando maior aproximação entre pais e professores mostrou com bastante ênfase a necessidade sentida pelos depoentes de uma aproximação entre esses dois pilares da formação de

uma pessoa. Pais e professores necessitam dialogar, precisam juntos elaborar estratégias que venham contribuir no processo ensino-aprendizagem, assim como na formação de cidadãos críticos/reflexivos. Pais, professores e alunos, em um esforço conjunto, precisam mudar a cara da escola atual, transformar a escola e a tornar capaz de capacitar o indivíduo a interagir com base no respeito mútuo e no reconhecimento do outro como ser social de direitos e deveres. Podemos analisar a percepção dessa necessidade através dos relatos a seguir.

Às vezes, a família tem pouca contribuição [...]. Tenho ido às reuniões dos colégios de meus filhos e vejo, são poucos os pais que comparecem. (Pintado)

Trabalho num colégio e vejo muito desespero de mãe quando olham as notas dos filhos, brigam, querem culpar professores, mais nunca compareceram a uma reunião no colégio. Daí eu penso, se tivesse vindo mais vezes conversar, saberia da situação do filho, até poderia ter ajudado. (Pirarucu)

Aqui nós temos o conselho escolar, a gente reúne, mais a comunidade não participa, a gente chama, a gente passa até com carro-som para avisar, se enviar convite não aparece ninguém. (Arara)

Então está faltando a participação da família, a família precisa participar mais da comunidade escolar. (Arara)

A escola tem investido muito pouco no sentido de mudar, até que se tenta, mais essa família se afasta, eles não vêm quando são convocados, não participam. (Araponga)

A família não percebeu a importância de seu papel na escola, ela só vai perceber quando o problema já está avançado, quando o trabalho deveria ser de profilaxia, preventivo, acaba sendo um problema sério. (Araponga)

Não só os adolescentes perguntar, mais os adultos também se interessar. Os pais têm dificuldades de se aproximar dos adolescentes [...]. Os pais devem perguntar ao filho se ele está precisando de alguma coisa. (Solimões)

Essa situação vivenciada e criticada tem sido alvo de discussão em estudos como o de Reali e Tancredi (2001), no qual analisam a relação entre escola e família e sinalizam a escola como uma importante agência educacional e socializadora, complementando o trabalho desenvolvido pelas famílias. Estas, por sua vez, têm sido consideradas como os primeiros agentes socializadores da criança, cabendo-lhes estabelecer condições propiciadoras de um “bom” desenvolvimento e auxiliar, sempre que possível, a concretização das ações realizadas pela escola, o que inclui o desenvolvimento de padrões comportamentais, atitudes e valores socialmente aceitos.

Os resultados do estudo de Groh (2009) sobre a participação da família, comunidade e empresas como parceiras nas escolas públicas apontam melhorias que contribuem para desencadear ações mais democráticas e reflexões que podem incrementar a aproximação entre escola e comunidade, numa convivência de respeito mútuo, ampliado e integrador, o que pode promover entre essas instituições relações de troca, motivando uma relação de cuidado mútuo.

Ao considerar essa estratégia, surge a subcategoria Apontando os projetos escolares como meio de interação entre família, escola e comunidade. Representa uma visão ampliada das possibilidades existentes no âmbito da formação do sujeito da interação entre essas instituições. A vida psíquica do sujeito emerge da vida relacional que se inicia na família e se estende para fora dela, chega aos círculos cada vez maiores de relações. Projetos escolares seriam assim os instrumentos utilizados para agilizar o processo de interação, que contribuiriam na formação de pessoas melhores, mais éticas e mais compromissadas com sua sociedade. Essas questões foram ilustradas nas falas.

[...] Vejo os colegas trazendo alunos aqui para a biblioteca. Eu acho muito importante, porque são trabalhos a longo prazo. Acho que se deve começar, no caminho vai se fazendo os ajustes, vai se avaliando. (Araponga)

Os projetos objetivam manter o aluno na escola, mais tem sido pouco usado, eles não comparecem. (Arara)

A escola deveria ajudar muito os pais na educação dos adolescentes, eu acho que a escola desenvolve pouca coisa, a única coisa que fazem é a feira da cultura, poderiam ter mais programas. (Pintado)
A escola seria uma instituição de vanguarda no processo de autonomia do adolescente. (Seringueira)

Nessa perspectiva de trabalho com projetos integrados, surge a subcategoria Valorizando a educação continuada para adolescentes, o que representa um avanço nas expectativas inerentes às necessidades destes com relação aos temas que emergiram em suas falas, os quais carecem de urgência na sua aplicabilidade. Atividade continuada pode ser aqui entendida como atividade diária com o objetivo de tirar o adolescente da ociosidade.

Eu acho que alguns assuntos devem ser tratados com muita urgência, a violência é um tema que era para ser discutido ontem, aí vêm as drogas, a sexualidade precoce, a gestação precoce são temas que devem ser tratados com muita precisão e urgência. (Araponga)

Pra mim, a preocupação que os adolescentes dão está relacionada a esse negócio de droga, de bebida [...]. Acho que seria bom orientação para eles. (Solimões)

Eu acho que com a menina a preocupação é mais com relacionamento de sexo [...]. As meninas de 12, 14 anos, aí vem a preocupação da mãe pra filha não engravidar [...]. A escola deveria discutir isso. (Tefé)

Na ótica de Fiziara e Fratari (2004), uma das formas de educar seria uma mudança nas estratégias de ensinar, que os educadores diariamente levassem para o ambiente escolar as causas e consequências dos fatos sociais das crianças e adolescentes e assim, juntamente com o grupo, discuti-los e contextualizá-los em uma perspectiva crítica em sala de aula. Entendemos que a organização e condução de um Projeto de Educação Continuada são tarefas concretas que devem ser reconstruídas a cada passo pelos educadores envolvidos e nos diversos níveis em que se definem e se operacionalizam.

Para o UNICEF (2007), o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas tem por objetivo geral a redução da vulnerabilidade de jovens e adolescentes às DSTs, à infecção pelo HIV, à AIDS e à gravidez juvenil. Esse objetivo deve ser alcançado por meio da inclusão na educação de adolescentes e jovens das escolas públicas do Brasil dos temas saúde sexual e saúde reprodutiva, tendo a promoção da saúde, através da educação preventiva, e a formação da comunidade escolar para o desenvolvimento de uma consciência crítica como principais elementos catalisadores das mudanças de comportamento.

Desse modo, Valorizando e zelando pela integridade da escola defende a necessidade de ser trabalhada a interface do direito e do dever. O estudante precisa dessa consciência relativa ao respeito à escola nas pessoas de seus membros, bem como o cuidado com sua estrutura física, que o abriga com segurança grande parte de sua vida. Sendo assim, a escola, considerada parceira da família nessa conjuntura, merece o respeito e a participação de todos. Entretanto, esse conceito precisa ser reforçado, como apontam os depoimentos.

Eles desconhecem os direitos que são deles [...] que eles também têm direitos na escola de participar das atividades da comunidade da escola, assim como deveres de preservar. (Arara)

Digo para meus filhos 'a escola de vocês é como se fosse nossa casa, tem que ser cuidada'. Até porque é uma boa escola, buscam esse lado familiar [...]. A escola passa orientações de vida para eles [...]. Eles têm aulas de filosofia, moral, ética, é isso: filosofia de vida. (Tucunaré)

A gente procura aqui mostrar pra eles que a escola pertence a eles e que devem preservar [...] mostrando também que isso aqui vai servir para seus filhos e netos [...]. Eles têm que cuidar e respeitar esse espaço. (Arara)

A categoria Necessitando qualificação de profissionais da saúde e da educação para trabalhar com adolescentes é uma percepção de que os serviços da escola e da saúde não estão bem, não conseguem alcançar o seu propósito junto à sua comunidade, que a forma de ensinar/cuidar não é motivadora para aprendizagem/prevenção, que não há diálogo entre professores, profissionais e clientela. Urge, portanto, que seja feita uma revisão dos conceitos vigentes. Sendo o adolescente um ser em uma fase de transição, vivenciando mudanças extraordinárias em sua vida, merece ser acompanhado por um corpo de profissionais com conhecimentos específicos dessa passagem. Fatos estimuladores são demonstrados nas ilustrações que seguem.

A escola não está preparada, mais é a escola como um todo, não é só professor, é diretor, coordenador, o órgão público, os responsáveis, enfim, a escola de modo geral está um pouco ultrapassada. (Araponga)

Acho a escola muito defasada [...]. É preciso que

realmente haja uma reforma geral [...]. Olhar para esses jovens com outro olhar [...]. E tem mais: o modo como se quer ensinar ainda é o mesmo de 20 anos atrás e não pode ser, eles precisam de outro tipo de ensino. (Araponga)

A saúde não está sabendo receber esses adolescentes e conseqüentemente a enfermagem não está pronta para receber esse público. (Copaibeira)

Precisa de profissional enfermeiro mais completo para atuar nesta problemática. (Seringueira)

Segundo Patrício (2000), os profissionais participantes do estudo realizado por este autor afirmam que o serviço de saúde não está preparado para atender ao adolescente. Sua atenção volta-se para casos “agudos”, ou seja, a doença do usuário. Portanto, não sobra tempo para trabalhar a promoção da saúde nem a prevenção dos riscos e agravos na adolescência. No PSF, as ações dos profissionais junto do adolescente se fundamentam, basicamente, na informação sobre métodos contraceptivos e prevenção de DST. O que se faz não satisfaz as necessidades primárias do aprender/conhecer/decifrar as mudanças que se operam durante a fase de maturação de um ser humano, assim como também não esclarecem/ensinam como promover prevenção/promoção da saúde para viver sua adolescência de modo saudável.

Silveira (2009) acredita que, a partir da identificação de elementos dificultadores e potenciais dessa interação, possa-se aumentar o potencial educativo de ambos na promoção de uma educação mais consistente entre os valores da escola, da família, da comunidade (sociedade). Acredita ainda a autora que é importante pensar em transformações em relação a: - valorização dos saberes da família e da escola, para assim construir espaços de interlocução e cooperação entre ambas; - discussão acerca dos papéis educativos e expectativas mútuas; - necessidade do professor conhecer a realidade da família dos seus alunos, não apenas para buscar elementos explicativos das dificuldades deles (culpabilizando a família), mas sim para aproximar os valores educativos da pessoa do professor com os das famílias.

Diante do exposto, tornamo-nos conhecedores das expectativas dos adolescentes deste estudo diante do compreender/vivenciar a escola e a saúde como instituições que podem promover ações influenciadoras e promotoras do desenvolvimento do ser humano durante esse processo

de crescimento e maturação biopsicoemocional e social, além do reforço dado à instituição família como colaboradora da escola nessa passagem.

Pode-se ser discutido sobre as fragilidades dessas instituições e sugerido meios de fortificar as parcerias, ensejando um futuro promissor, no qual escola, família, comunidade e outras instituições possam juntas celebrar o milagre da educação/saúde fortalecidas e ajustadas para a sociedade atual.

Valorizando a orientação do profissional de saúde no processo de aquisição da autonomia do adolescente para o cuidado com vistas a viver saudável

A categoria Valorizando o profissional de saúde no processo de aquisição da autonomia do adolescente para o cuidado com vistas a viver saudável reconhece o adolescente como ser vivendo uma fase vulnerável de sua vida e busca no profissional de saúde a competência técnica para o seu cuidado. Existem os serviços básicos de saúde como espaços para este cuidado, mesmo diante dos desafios existentes.

Esta categoria se complementa com quatro subcategorias dispostas a seguir, que serão explicadas posteriormente.

- Valorizando o profissional de saúde;
- Referindo precisar de pessoas que compreendam os adolescentes para orientá-los;
- Recomendando que enfermeiros sejam preparados para atuar junto aos adolescentes;
- Reconhecendo a necessidade de que o PROSAD seja implementado na rede básica de saúde.

Ao buscar o que estava implícito nas falas dos sujeitos deste estudo, diante da subcategoria Valorizando o profissional de saúde, foi possível perceber que a preocupação destes ao citar em algum momento os profissionais de saúde estava vinculada à citação ao processo saúde-doença de algum membro do grupo familiar. Fica evidente que o conhecimento dos participantes relativo às possibilidades de ações dos profissionais são quase que exclusivas ao tratamento de algum evento, como pode ser ilustrado a seguir.

[...] Somente quando você está trabalhando em uma unidade de referência para adolescentes, pois no dia-a-dia o que observamos nas unidades de saúde é a execução dos programas de imunização, odontologia [...]. É quando este adolescente já comparece com alguma patologia já instalada. (Andirobeira)

Assim, Valorizando o profissional de saúde nos possibilita perceber que a maioria dos participantes, embora valorizem o profissional de saúde, referem encontrar dificuldades para estabelecer vínculos com estes, seja porque não há uma abertura para o diálogo, ou por impedimentos do próprio serviço de saúde, que imbuído de outras responsabilidades, vai deixando de lado a possibilidade de desenvolver alguma atividade que possa despertar o interesse dessa clientela; ou ainda por sentir que esse profissional não está preparado para compreender as necessidades de um adolescente.

Dessa forma, no intuito de modificar esse modelo, os serviços devem realizar a captação dos adolescentes por meio de ações e atividades estratégicas desenvolvidas, tanto no interior das unidades de saúde quanto nas comunidades, de acordo com os diferentes modelos de organização dos serviços de saúde e das distintas realidades municipais. A atenção à saúde desse grupo populacional não se limita às atividades desenvolvidas no âmbito da unidade de saúde, entretanto, deve sempre contar com esse importante apoio. Essa perspectiva visa a otimizar as oportunidades de contato de adolescentes e jovens com a equipe de saúde e, qualquer que seja a ação realizada, deve conter o compromisso de divulgação e facilitação do acesso a todos os serviços oferecidos pela unidade. (BRASIL, 2005, p. 13)

Conforme observado nas falas dos depoentes deste estudo, autonomia para o cuidado na perspectiva de um viver saudável está atrelada à necessidade de pessoas que possam orientá-los, entre essas pessoas citadas, além da família, dos amigos, estão os profissionais de saúde, o que propõe a exigência de uma nova forma de relacionamento dos profissionais de saúde com eles mesmos, com os adolescentes e com os demais setores da sociedade.

Referindo precisar de pessoas que compreendam os adolescentes para orientá-los é uma subcategoria que vem explicar essa necessidade, por meio das ilustrações abaixo.

[...] É muito importante este profissional na transição entre criança e a vida do jovem adulto, ele poderá lhe dar orientações e ser a pessoa que este adolescente confia. (Acapú)

[...] O adolescente pode ser considerado autônomo desde que ele tenha alguém que lhe mostre a importância de autocuidar-se, da valorização enquanto um ser que necessita de ser saudável para estar inserido no contexto da vida. (Seringueira)

Diante do exposto, Ayres e Junior (2000) consideram que na relação entre o adolescente e o profissional de saúde é necessário que se coloque o adolescente como sujeito com possibilidades, liberdade, assumindo suas ações perante sua vida. Outra premissa é que o profissional de saúde deve estar aberto ao diálogo, isento de preconceitos, autoridade e demagogia. A escuta das necessidades emancipatórias trazidas pelos adolescentes depende de que estes estejam em condições de um diálogo harmonioso com os profissionais de saúde.

Dessa forma, Recomendando que enfermeiros sejam preparados para atuar junto aos adolescentes não é uma percepção unilateral, os próprios profissionais participantes reforçam a necessidade de que a academia, durante a formação dos profissionais da saúde, possa inserir em seus programas atividades direcionadas à atenção ao adolescente. Outra questão enfatizada foi relativa ao dia-a-dia dos serviços de saúde: faltam espaço e suporte apropriado às demandas do adolescente, seja no campo da orientação, seja no da proteção ou recuperação da sua saúde, conforme mostram os participantes.

[...] Trabalhamos com adolescente mais na área do ensino e da aprendizagem, como se prevenir de doenças, como fazer planejamento para sua vida futura. Informando os perigos em determinadas ações e com isso damos uma ênfase para sua autonomia [...]. É claro que, durante a formação, o profissional precisa de mais conhecimento sobre o assunto. (Castanheira)

[...] O profissional enfermeiro precisa estar preparado para trabalhar junto ao adolescente e o serviço melhor estruturado. (Seringueira)

O processo de aperfeiçoamento profissional deve ser permanente, atendendo às necessidades e às possibilidades que o dinamismo do cotidiano traz ao serviço. A educação continuada, que pode se dar por meio das reuniões da equipe, é um mecanismo importante no desenvolvimento das relações entre a própria equipe, no que se refere à melhoria da qualidade da assistência prestada. (BRASIL, 2005, p. 10).

Diante do exposto, Cavalcanti e Ximenes Neto (2005) asseguram que os profissionais que pretendem atender ao adolescente precisam adquirir amplo conhecimento das características e peculiaridades da adolescência e desenvolver habilidades especiais para lidar com as incoerências. No que tange à organização do processo de trabalho, é

possível superar as limitações vividas no atendimento ao adolescente.

Tal perspectiva originou uma nova necessidade, presente na subcategoria Reconhecendo a necessidade de que o PROSAD seja implementado na rede básica de saúde. Por ser uma proposta de atenção à saúde específica para adolescentes e jovens, ela traz muitas expectativas e esperanças de que possa minimizar os problemas vigentes nessa população.

[...] Somente quando existir uma política de saúde e educação realmente comprometida em educar e oferecer serviços de qualidade nos órgãos públicos, qualificar profissionais na educação e na saúde [...] desde a assistência ao pré-natal, levando esta mãe a desenvolver sua identidade e autoestima e repassar isso para os seus filhos. (Andirobeira)

[...] Temos necessidade de colocarmos em prática o PROSAD - Programa do Adolescente, pois tem a autonomia como um dos seus objetivos. (Acapu)

Assim, a partir de uma a visão de que adolescentes são sujeitos bastante vulneráveis e necessitam de cuidados e estratégias especiais de saúde, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Saúde do Adolescente, PROSAD, pela Portaria nº 980/GM, de 21 de dezembro de 1989. O programa fundamenta-se na política de Promoção de Saúde, respeitando as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), garantidas pela Constituição Brasileira de 1988. Em 1999, o MS ampliou o programa para indivíduos com até 24 anos, considerando então a Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. (BRASIL, 2005).

Diante dessa expectativa, a necessidade da existência de serviços de saúde de qualidade tem sido colocada como um desafio para o alcance de melhores condições de vida e de saúde dos adolescentes e jovens brasileiros, o que também significa compreender a importância das dimensões econômica, social e cultural que permeiam a vida desses grupos. (BRASIL, 2005, p. 50).

Logo, o que se quer é a promoção de saúde, a identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento adequado e reabilitação para adolescentes e jovens de ambos os sexos, tendo como eixo central as ações com caráter de integralidade, enfoque preventivo e educativo, ou seja, estratégias preventivas e curativas de forma articulada, multiprofissional, intersetorial, interinstitucional, através de sistema de referência e contra-referência nas várias instâncias

operacionais do SUS. (BRASIL, 2005).

5.2 DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DO FENÔMENO

A compreensão dos significados de autonomia do cuidado na adolescência para um viver saudável, evidenciada pelos adolescentes, pais, professores e enfermeiros, foi expressa por conceitos organizados em categorias e subcategorias interligados de forma dinâmica. As categorias e subcategorias são elementos de um processo que guardam entre si uma relação dinâmica e contínua, obtidas com base no modelo paradigmático proposto por Strauss e Corbin (1998), e têm sua estrutura apoiada nos seguintes elementos:

Condições causais: referem-se ao conjunto de eventos, incidentes ou acontecimentos que levam à ocorrência ou ao desenvolvimento de um fenômeno. São denominadas e apontadas, nos dados, através de expressões como: quando, onde, uma vez que, porque, devido a, por causa de. Todavia, esses dados nem sempre são evidentes, mas podem ser localizados.

Fenômeno: é a idéia central, o evento ou acontecimento, para o qual as ações ou interações são dirigidas ou com o qual estão relacionadas.

Contexto: são as especificidades da condição causal e do fenômeno, ou seja, um grupo específico de particularidades que os envolve, as condições dentro das quais as estratégias de ação/interação são tomadas.

Condições intervenientes: indicam as condições estruturais que se apoiam nas estratégias de ação-interação e que pertencem ao fenômeno. Essas condições agem, facilitando ou restringindo as estratégias de ação-interação tomadas dentro de um contexto específico. Podem incluir as seguintes condições: tempo, espaço, cultura, *status* econômico, nível tecnológico, história, biografia do indivíduo, entre outras.

Estratégias de ação-interação: indicam como as pessoas respondem às condições causais, ou seja, direcionam a ação-interação para gerenciar, lidar ou responder a um fenômeno e como ele se dá num determinado contexto. Essas estratégias devem ser concebidas como processuais, sequenciais, em movimento, mudando ao longo do tempo, orientadas por metas, feitas por alguma razão. Elas são descritas normalmente por verbos de ação, tais como: manter, procurar, fazer,

avaliar, entre outros.

Consequências: são identificadas como os resultados ou expectativas da ação-interação em relação a um determinado fenômeno.

Entendendo a relação entre autonomia e dependência do adolescente para o cuidado na perspectiva do viver saudável foi o fenômeno identificado no transcurso desta experiência.

Este fenômeno, explicado à luz do pensamento complexo, pode ser compreendido pelo princípio de dependência da independência, extraído dos princípios fundamentais que governam a relação entre a auto-organização dos seres vivos e o ecossistema/organização. Segundo Morin (2005, p. 83), “A independência cresce ao mesmo tempo que a dependência. Quanto mais autônomo, quanto mais complexo se torna um ser, mais esta complexidade depende das complexidades eco-organizadoras que o alimentam. A liberdade depende de suas condições de formação e desenvolvimento e, uma vez consumada, permanece como liberdade, retroagindo sobre as condições das quais depende.”

O adolescente, em sua essência humana complexa, tem necessidade de vivenciar acontecimentos perturbadores e agressivos que desempenham o papel de desafio e que desencadeiam realizações e superações. Entretanto, esses mesmos seres que requerem perturbações para sua realização têm, em contrapartida, uma necessidade cada vez maior de serem cercados de calor afetivo, cuidados, atenções, carícias, abraços maternos, fraternidade e proteção dos adultos.

Necessitando o adolescente de ajuda para construção da autonomia do cuidado para um viver saudável foi a categoria que sentimos emergir como condição causal neste processo, por indicar necessidades de aconchego, proteção e a existência de uma família presente que conduza o adolescente no exercício de sua autonomia para um viver saudável, onde havia sentimento de imaturidade e a necessidade de ser cuidado, a partir das orientações de famílias que fossem a referência e o porto seguro àquele adolescente. Assumir essa postura é assumir sua condição de dependente não só de sua família, mas, sobretudo do grupo social em que está inserido. Assumir essa dependência é ter a compreensão de que não pode seguir sozinho, que precisa de companhias para percorrer sua estrada. **Necessitando o adolescente de ajuda para construção da autonomia do cuidado para um viver saudável** é estar sensível aos sentimentos de afeto e à vinculação com os demais membros de sua família, em que a estima combina com exigências de aprendizagens pertinentes ao estágio de desenvolvimento. É considerar a adolescência como uma fase repleta de privilégios da existência humana, fase na qual as transformações

orgânicas, cognitivas, sociais e afetivas do adolescente implicam demasiadamente em suas redes de relações, quer sejam elas a família, a escola, a sociedade, e em todas as demais que sejam possíveis o relacionamento humano. Para tanto, faz-se necessária a instituição de ambiente de relações, ao que denominamos contexto.

Consideramos a categoria **Reconhecendo o ambiente social como espaço para desenvolver a autonomia do cuidado para um viver saudável** como o contexto em que se dá esse processo. Entendemos que ela deve ser tratada como um sistema complexo, em virtude de suas múltiplas relações pertinentes ao desenvolvimento do ser. A entrada desse sistema é a família, que se relaciona com outras instâncias, resultando numa maior complexidade dessas relações, formando estruturas cada vez maiores que se inter-relacionam entre si. Essas estruturas são ambientes nos quais as pessoas participam de alguma maneira, de forma direta ou indireta, durante sua caminhada em seu processo de viver.

A esses espaços ou ambientes, Bronfenbrenner (1996, p. 21) denomina de microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema, respectivamente, como se explica a seguir.

O microssistema é explicado como sendo o contexto vital no qual o adolescente está inserido num determinado momento (família, escola, igreja, rua, etc.).

Já um mesossistema se constitui das inter-relações entre dois ou mais ambientes onde pessoas em desenvolvimento participam ativamente.

Um exossistema se refere a um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa em desenvolvimento como um participante ativo, mas no qual ocorrem eventos que afetam, ou são afetados, por aquilo que acontece no ambiente contendo a pessoa em desenvolvimento.

Macrossistema refere-se às correspondências, tanto de forma como de conteúdo, que existem ou poderiam existir no nível maior da sociedade, bem como todos os sistemas que sustentam a correspondência entre os subsistemas (valores, representações sociais, tradições, etc.).

Assim, é de suma importância reconhecer que adolescentes e todos os demais componentes do ambiente natural e social são interdependentes e estão interconectados nessa rede.

Segundo Morin (2008, p. 253),

tais seres só podem construir e manter sua existência, sua autonomia, sua individualidade e sua originalidade na relação ecológica, ou seja, na e pela

dependência com relação a seu ambiente; daí a ideia alpha de todo pensamento ecologizado: a independência de um ser vivo requer sua dependência com relação a seu ambiente. Todo ser aberto age e retroage em seu ambiente.

Consideramos a categoria **Revelando os aspectos políticos sociais da atenção à saúde do adolescente** como condição interveniente, pois percebemos aspectos que ora refletiam como amenizadores e em outros momentos como comprometedores para o bom desenvolvimento humano. Diante disso, consideramos relevante para essa discussão a privação de crianças e adolescentes da presença materna e paterna no seu dia-a-dia, fato este que pode estar contribuindo para o número crescente de doenças depressivas, obesidade, assim como de comportamentos desviantes dessa população. Neste aspecto, acreditamos que as instituições públicas, principalmente escolares, poderiam minimizar esse tipo de situação, mantendo a criança e o adolescente em dois turnos na escola e aproximando a família através de movimentos sociais em que filhos e pais pudessem interagir e se sentirem família.

Dessa forma, pais, alunos e professores teriam oportunidades de ao estar juntos poderem discutir e trabalhar a situação de violência que hoje amedronta a sociedade. Seriam essas situações trabalhadas em oficinas, onde todos pudessem trazer à tona a sua percepção sobre este problema, fazer sua análise apresentando sua compreensão para que juntos introjetassem as mudanças advindas com o aprendizado ocorrido nesses momentos. Certamente seriam momentos de conflitos, mas que, se bem acompanhados por instrutores capacitados para lidar com essas diversidades, o resultado seria de respeito mútuo, mais afeto e amor entre os membros desses grupos. Espera-se que resultados assim adquiridos sejam expandidos de forma a chegar fora das escolas, mudando assim a rotina das sociedades.

Sendo assim, as situações de violência seriam minimizadas. Crianças e adolescentes não receberiam maus tratos em suas casas e em consequência menos problemas e menos sofrimento. Com essas estratégias, seria possível reduzir o número de adolescentes prostituídos, grávidas, drogados e marginalizados. A escola, as quadras de esportes, profissionais engajados e o amor de suas famílias preencheriam as suas buscas, seus sonhos.

A escola não seria mais o “campo de concentração” que se tem

hoje, pois é assim que a visualizamos. A escola de hoje não preenche as necessidades dos alunos. Eles são submetidos a uma aprendizagem daquilo que não lhes interessa, as aulas não são criativas. A escola se tornou um campo pequeno para que adolescentes no auge de sonhos e devaneios possam alçar os seus voos. Diante do que oferece a internet, o professor ficou defasado, não acompanhou o avanço tecnológico. A sala de aula se tornou uma prisão que embota pensamentos, e ideias são aprisionadas na mesmice de cada dia de geografia, história e ciências, entre um amontoado de cadeiras e criaturas desinteressadas.

Como resultado, criaturas doentes, fato amenizado pela possibilidade de um programa específico para atender adolescentes e jovens, o PROSAD, que, sendo uma iniciativa pública, não consegue desprender-se das estruturas organizacionais legislativas para assumir-se como uma prática no cotidiano de cada unidade básica de saúde. As poucas iniciativas se deparam com estruturas insuficientes, falta de planejamento e pessoal não capacitado para atender uma clientela tão específica e com características um tanto complexas. A essa expectativa, muitos profissionais cômicos de suas responsabilidades sociais procuram, diante das improbidades públicas, tomar para si algumas responsabilidades relativas a essa particularidade. Surgem as ONGs, algumas movidas pela paixão, outras pela possibilidade de se convenirem com o poder público e assim apropriar-se de uma fatia da parca renda disponibilizada a ajudar aqueles que necessitam. Urge a necessidade de uma resposta a sociedade brasileira emitida pelos órgãos públicos no que tange a essa prerrogativa.

A adolescência é uma fase de sonhos. Não podemos permitir que despertem para uma realidade assustadora, onde os homens deixaram de se amar, onde ronda a violência e a solidariedade não se faz presente, onde a escola não é mais um lugar de paz, tranquilidade, não é mais um lugar onde alguém possa se sentir protegido.

Na condição de estratégias utilizadas neste processo de compreensão do fenômeno em ação, duas categorias emergiram, a saber:

Indicando a escola como parceira na aquisição da autonomia do cuidado por adolescentes para um viver saudável.

Para iniciar esta análise, utilizamos fragmentos da fala de um participante:

[...] Que professor está ministrando essa disciplina? Qual o perfil desse professor? Qual a concepção que ele tem de família? [...]. O modo como vai ser repassado é que entra o professor [...] o modo como pode ser transmitido é que pode ser poesia, questão

ambiental, história das sociedades, trabalhando consciência, arte, cinema e outras culturas. [...]. Estes alunos terão contatos com outras possibilidades, terão outras visões e outras perspectivas diferentes de suas realidades [...]. A mudança de cenário pode ser propícia às mudanças nas percepções das diferentes realidades. (Araponga)

Olhamos a escola como um dos espaços socioculturais fundamentais para a humanização das gerações mais jovens. Entretanto, vejo nesta uma realidade um tanto preocupante, as crianças e os adolescentes não têm mais respeito aos seus professores e estes perderam a sua segurança, e sua postura. O professor deixou de ser o ídolo, o pilar, o sustentáculo da escola. O professor mudou de nome, hoje é instrutor, facilitador, coordenador. Deixou de ser idealista, criativo, alegre. Hoje é um ser mal-humorado, cansado de correr de uma escola a outra, cansado de ser desrespeitado, cansado de ver seu sonho desmoronando dia após dia.

Entretanto, ainda reconhecemos a escola como um dos espaços privilegiados para a formação do adolescente. Todavia, esta tem atendido às expectativas das demandas sociais atuais com certa dificuldade. Não consegue ser criativa, não consegue despertar os sonhos mais superficiais de sua clientela.

Mesmo assim, acreditamos na escola como lugar privilegiado para a construção da cidadania e de importância decisiva para a formação e transformação da subjetividade de seus atores, principalmente dos professores e alunos. O cenário não é convincente, pois as notícias, mesmo com os avanços numéricos com percentuais mais elevados de criaturas nas escolas, ainda nos preocupam.

Análises recentes têm indicado que não vêm sendo cumpridas as funções atribuídas à escola, conforme a expectativa social. Relatórios, como os produzidos e editados regularmente pelo Sistema de Avaliação da Educação Básica (SAEB), bem como os do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e, recentemente, o da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), informam que a escolarização, ainda, não é direito efetivamente assegurado a todos (em 2007, apenas 70,1% das crianças com 4 ou 5 anos estavam na escola e 97,6% das crianças de 7 a 14 anos), e as condições mínimas de letramento para sobreviver em nossa sociedade estão ausentes para mais de 14, 1 milhões de brasileiros. (PULLIN e MOREIRA, 2008).

Todas essas evidências precisam ser analisadas em sua complexidade e focadas à luz das políticas públicas, especialmente das educacionais, das crenças e das metas que no cotidiano regulam as práticas de ensino e de aprendizagem, especialmente das relacionadas à formação dos profissionais da educação.

Precisamos acreditar que a escola pode mudar e corresponder à necessidade de milhões de jovens brasileiros.

Nessa expectativa, consideramos que, com o estreitamento das relações entre professores e família, estes podem ter maiores informações a respeito de quem são os alunos, suas famílias, sua cultura, sua vida cotidiana, e isso pode ajudá-los a desenvolver o seu trabalho de forma mais competente. Por parte dos pais, relações mais estreitas com a escola podem favorecer a escolarização dos filhos, por dar indicações à escola a respeito de suas expectativas e por contribuir para que este processo ocorra sem transtornos. Se as duas estabelecerem uma linguagem comum e estratégias definidas colaborativamente no trato de alguns aspectos do desenvolvimento e da escolarização dos estudantes, é possível que as crianças consigam ter um percurso acadêmico mais significativo. (REALI e TANCREDI, 2001).

A relação entre escola e famílias, dada sua complexidade, deve ser tratada no âmbito de cada realidade específica. As escolas não são todas iguais – apesar de regidas por uma mesma legislação e apresentarem metas correspondentes – e os ambientes familiares são singulares, embora apresentem entre si semelhanças. (REALI e TANCREDI, 2001).

Como possibilidade de somar conhecimentos, experiências e trabalho, outra categoria emergiu como estratégia a ser utilizada para auxiliar no desenvolvimento do adolescente e na execução de cuidados que venham propiciar saúde na perspectiva de um viver saudável. Entendemos a participação dos profissionais de saúde como um eixo complementar, porém necessário nessa jornada. Assim surge a categoria **Valorizando a orientação do profissional de saúde no processo de aquisição da autonomia pelo adolescente para o cuidado com vistas a viver saudável.**

Para corresponder a essa necessidade, é essencial que os profissionais de saúde demonstrem não somente o aprimoramento técnico científico, mas também que tenham atitude humana e sensibilidade ao trabalhar com adolescentes. Por sua vez, as ações direcionadas ao adolescente necessitam de estratégias eficazes e eficientes, levando em consideração a suscetibilidade e vulnerabilidade a que estão submetidos.

Dessa forma, para garantir a efetividade das intervenções, as ações deverão sempre estar pautadas no método participativo, como meio de encontrar subsídios para análise, compreensão e interpretação de achados qualificados para o estabelecimento do diagnóstico das necessidades e do perfil do grupo em que se trabalha.

É importante atentar para o fato de que não só os profissionais estejam preparados, mas que se tenha estrutura compatível ao desenvolvimento de ações coletivas e individualizadas, proporcionando aos adolescentes, quando necessário, a privacidade para o diálogo com o profissional. Esta estrutura deve ser complementada com equipamentos e material necessário ao atendimento resolutivo do adolescente.

É nossa posição que os pais, em alguns momentos, façam parte desta tarefa junto aos profissionais de saúde e educação, para que se sintam também preparados para orientar os seus filhos, pois se reconhece a existência de pais inseguros e despreparados para trabalhar algumas questões, como sexualidade, gravidez e outras, transferindo esta incumbência para a escola ou ao profissional da saúde.

Vale ressaltar que esse trabalho pode não ser harmônico em virtude das características do adolescente. Os altos e baixos no humor, a convivência com as contradições e sentimentos em ebulição permanente fazem do trabalho com esse grupo um constante desafio àqueles que se propõem a investir nessa ideia.

Ao fazer essas considerações e tendo vivenciado algumas experiências junto aos jovens de escolas públicas no município de Belém, acredito na possibilidade de que o profissional enfermeiro possa ter um olhar diferenciado para essa clientela. Há muito, a enfermagem vem progredindo expressivamente, buscando firmar-se como detentora do saber científico, sem, no entanto, deixar de lado o aspecto humanitário da profissão, tão importante nos dias de hoje.

A categoria Compreendendo a dependência do outro como dimensão necessária à aquisição da autonomia do cuidado pelo adolescente para um viver saudável é a que consideramos como consequência nesse processo vivenciado pelo adolescente deste estudo.

Podemos iniciar usando o Estatuto da Criança e do Adolescente, para falar sobre as diversas dependências do adolescente. Em seu Capítulo III, Seção I, artigo 19, estabelece: "Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária [...]." De acordo com o ECA, a família é revestida de deveres e factível de ser punida. Ao mesmo tempo, todas as medidas de proteção reforçam o vínculo familiar como primeiro e fundamental

no desenvolvimento da criança e do adolescente.

Como a família é a primeira instituição socializadora da criança, é ela que desempenha o papel de organizadora primária da sociabilidade, bem como dos laços de dependência emocional entre seus membros. As relações emocionais assumem aspectos diversos na dependência da situação social e econômica na qual a família se insere. Em sua dinâmica, como um todo, a família sofre influência direta do econômico e do cultural.

Dependemos do grupo social que se constitui pela vizinhança, pela escola, pelos grupos de amigos. Dependemos da escola, dos serviços públicos ou privados de qualquer natureza, direta ou indiretamente. Portanto, a dependência é palavra/situação presente durante todo o processo de amadurecimento do ser humano e permanece por toda sua vida. Não existe possibilidade de qualquer ser viver e desenvolver-se prescindindo da dependência. Todos dependemos do ar que oxigena a vida, dependemos de tudo que produz a terra como alimento, dependemos dos valores sociais, das culturas de todos os povos. Somos seres dependentes, vivemos da dependência, a nossa autonomia é alimentada pela dependência.

Como revela Morin (1999), somos parte de um todo e sendo parte temos registrado em nós as características do todo.

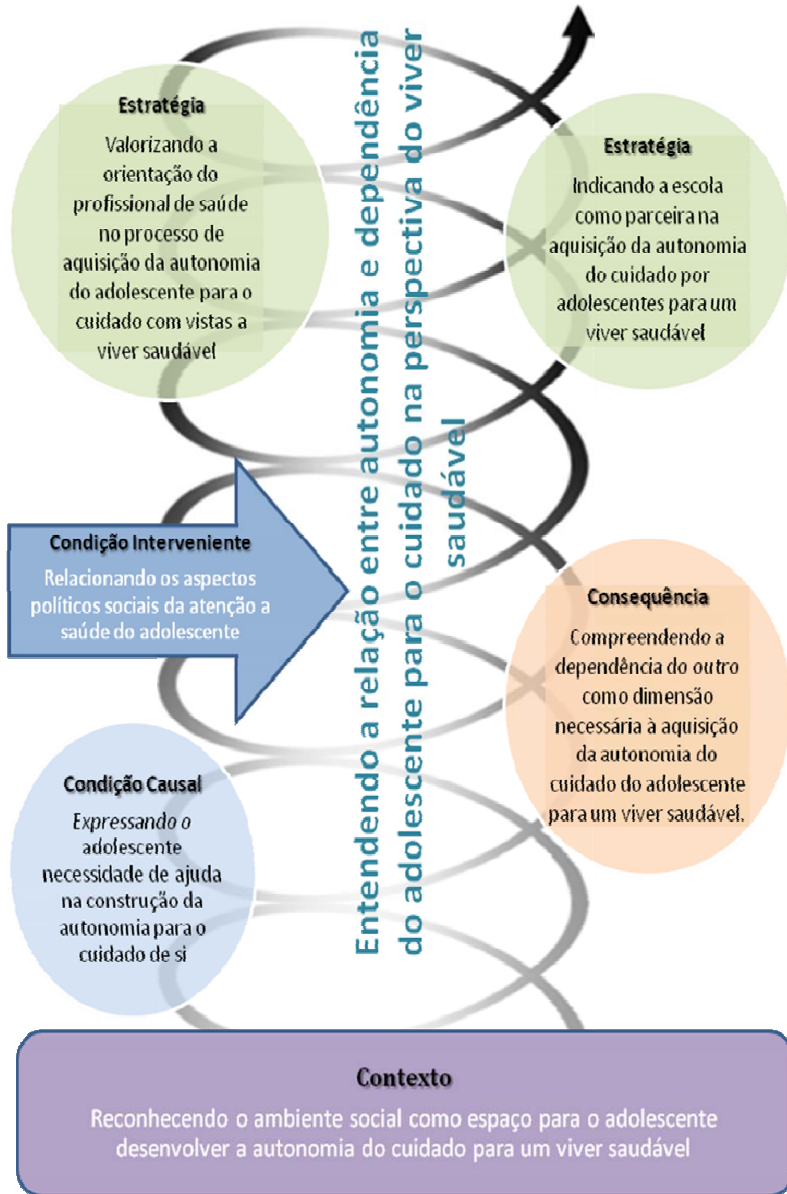


Figura 3: Revelando o fenômeno da dependência do adolescente para aquisição da autonomia para o cuidado



CAPÍTULO VI - ANÁLISE E DISCUSSÃO DO MODELO TEÓRICO

Os manuscritos estão apresentados de acordo com as instruções aos autores dos periódicos, com adaptações na apresentação gráfica para atender às Normas de Apresentação para Teses e Dissertações, conforme disposto no Guia Rápido para Diagramação de Trabalhos Acadêmicos, da Universidade Federal de Santa Catarina.

6.1 MANUSCRITO 01 - O ADOLESCENTE NECESSITANDO DE AJUDA NA CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PARA O CUIDADO PARA UM VIVER SAUDÁVEL

Artigo a ser submetido à Revista Acta Paulista de Enfermagem, apresentado conforme instruções aos Autores da própria Revista (Anexo C).

O adolescente necessitando de ajuda na construção da autonomia do cuidado para um viver saudável^{†††}

The teenager in need of help in the construction of the autonomy to care for a healthy living

Los adolescentes necesitan ayuda en la construcción de la autonomía del cuidado para una vida sana

Jacira Nunes Carvalho^{§§§}, Alacoque Lorenzini Erdmann^{****}, Mary Elizabeth de Santana^{††††}

Autor correspondente:
Jacira Nunes Carvalho
Passagem Alvaro Adolfo N° 64
Pedreira, Belém-Pará
CEP: 66085-03
Fone: (091) 9985.7181

RESUMO:

Objetivo: Compreender o processo de construção da autonomia do adolescente para o cuidado para um viver saudável. **Método:** Estudo ancorado na Grounded Theory, realizado mediante

^{†††} Este estudo é parte da Tese de Doutorado, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil, em 2010.

^{§§§} Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. E-mail: Jacira@ufpa.br

^{****} Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento e Pós-Graduação da UFSC. Coordenadora do GEPADES. Orientadora e pesquisadora responsável deste projeto. E-mail: alacoque@newsite.com.br

^{††††} Enfermeira. Doutora em Enfermagem Fundamental. Professora Adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Membro do grupo de Pesquisa EPOTENA/UFPA. Co-orientadora deste trabalho. E-mail: betemary@terra.com.br

entrevistas, textos e dinâmicas interativas com 27 participantes em quatro grupos amostrais: adolescentes, pais, professores e enfermeiros, na cidade de Belém/Pará. **Resultados:** Da análise dos dados, emergiram seis categorias, focalizando-se neste artigo a primeira categoria “**O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si**”, constituída por nove subcategorias. **Conclusão:** A inter-relação entre as subcategorias e categoria mostra a circularidade dos movimentos do viver humano adolescente, família, grupos sociais vinculados, convergindo para a possibilidade do viver mais saudável desses adolescentes, exercitando sua autonomia na dependência da família protetora, educadora, orientadora, cuidadora e presente na vida deles. A autonomia do adolescente no cuidado à sua saúde contribui para a prática do cuidado de enfermagem e promoção da saúde.

Descritores: Adolescente; Enfermagem; Autonomia Pessoal; Família; Cuidado.

ABSTRACT:

Objective: Understanding the construction process of the autonomy of the teenager to care of healthy living. **Method:** Study anchored on Grounded Theory, realized through interviews, texts and dynamics interactions with 27 participants in 4 sample groups: teenager, parents, professors and nurses, in the city of Belem, Para. **Results:** The data analysis emerges six categories, focalizing in this article the first category “**Expressing the teenager the necessity of help in the construction of autonomy to care for oneself**” constituted by nine subcategories. **Conclusion:** The inter-relation between subcategories and category shows the circularity of movements of teenager human living, family, connected social groups , converging to the possibility of more healthy living of this teenagers, exercising their autonomy in the dependency of protective family, educator, adviser, caregiver and present in their lives. The teenager autonomy in care of health contributes to practice of care of nursing and promotion of health.

Descriptors: Teenager; Nursing; Personal Autonomy; Family; Care.

RESUMEN:

Objetivo: Comprender el proceso de construcción de la autonomía del cuidado de los adolescentes para una vida sana.

Método: El estudio se basa en la Teoría Fundamentada, y fue realizado por medio de entrevistas, textos y dinámicas interactivas con 27 participantes en cuatro grupos de la muestra: adolescentes, padres, maestros y enfermeras en la ciudad de Belem, Pará. **Resultados:** Del análisis de los datos surgieron seis categorías, centrándose este estudio en la primera de ellas:

"Los adolescentes expresaron la necesidad de asistencia en la construcción de la autonomía para el autocuidado", integrada, a su vez, por nueve subcategorías. **Conclusión:** La interrelación entre la subcategoría y la categoría muestra la circularidad de los movimientos del vivir humano adolescente, la familia, los grupos sociales vinculados, que convergen en la posibilidad de un vivir más sano de estos adolescentes, ejerciendo su autonomía en la dependencia de la familia protectora, educadora, orientadora, cuidadora y presente en sus vidas. La autonomía de los adolescentes en el cuidado de su salud contribuye a la práctica de la enfermería y la promoción de la salud.

Palabras clave: Adolescente; Enfermería; Autonomía Personal; familia; Cuidado

INTRODUÇÃO

A adolescência é um período de evolução psicológica, intelectual e emocional que proporciona ao indivíduo a possibilidade de questionar o mundo, os adultos e a si mesmo⁽¹⁾. Dessa forma, é na dimensão do ambiente social e afetivo que os adolescentes passam por uma fase de descobertas e de início da aquisição da independência, sendo necessário o estabelecimento de limites, por parte dos pais, para que eles aprendam o que é certo ou errado e formem uma personalidade saudável⁽²⁾.

É relevante, neste período de amadurecimento, a busca por uma identidade adulta, que se apresenta estruturada nas primeiras relações afetivas que eles tiveram no âmbito familiar, adequando-as, entretanto, à realidade atual, durante a sua interação com o meio vigente⁽³⁾. No enfrentamento desse processo de identificação para encontrar sua imagem nas certezas e incertezas do desejo, adolescentes e família alteram

regras, usam dos limites para se reorganizarem no intuito de alcançar/oferecer a tão almejada autonomia⁽⁴⁾.

Nessa mesma perspectiva⁽⁵⁾, a autonomia é definida como a habilidade para dirigir a própria vida, para definir metas, sentimentos de competência e habilidade para regular as próprias ações. Ações que podem estar direcionadas ao cuidado na perspectiva do viver saudável. Diante disso, na busca pela compreensão do cuidado, podemos perceber que somos seres de relação, compartilhando o estar no mundo com o outro, e compartilhar exige inquietude na busca do conhecimento⁽⁶⁾.

O referencial teórico⁽⁷⁾ do pensamento complexo, por se elaborar nas lacunas entre as disciplinas e lidar com as incertezas, possibilita conceber a auto-organização. É um pensar que trata de procurar sempre as relações e inter-retroações entre cada fenômeno e seu contexto, as relações de reciprocidade todo/partes e também de reconhecer a unidade dentro da diversidade, o diverso dentro da unidade; de reconhecer, a unidade humana em meio às diversidades individuais e culturais, em meio à singularidade humana⁽⁷⁾.

A possibilidade da autonomia do adolescente, na intervenção positiva da enfermagem, ancorada no olhar complexo sobre o cuidado da saúde do adolescente, pode ser importante conhecimento para a construção do viver mais saudável desses sujeitos, no contexto das políticas públicas e sociais em saúde.

Na expectativa de encontrar subsídios que auxiliem a compreensão das interações vivenciadas pelo adolescente para a realização do cuidado à sua saúde e entendendo que esse cuidado se torna essencial por ser este um momento de aprendizado ligado a condutas e comportamentos futuros, partiu-se das seguintes questões norteadoras para a realização deste estudo: *Quais os significados atribuídos pelos adolescentes para autonomia do cuidado na perspectiva de um viver saudável? Quais as interações experienciadas na realização deste cuidado?* Para tanto, teve-se como **objetivo** compreender o processo de construção da autonomia do cuidado por adolescentes para um viver saudável.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo, parte da tese de doutorado intitulada: Autonomia do cuidado vivenciada por

adolescentes para um viver saudável: o olhar da enfermagem, com o objetivo de *compreender o significado de autonomia do cuidado para o adolescente e suas interações na perspectiva de um viver saudável*.

Esta pesquisa foi ancorada no referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou Grounded Theory, o qual visa descrever conceitos que emergem dos dados e interpreta a relação entre eles, permitindo a construção de modelos teóricos. Para tanto, a abstração é construída a partir da análise comparativa constante dos dados, sem a intenção de buscar evidências para a comprovação de hipóteses predeterminadas⁽⁸⁾.

Foram participantes do estudo adolescentes na faixa etária entre 12 e 18 anos, pais, professores e enfermeiros, em um total de 27 participantes em quatro grupos amostrais. Teve como local de estudo a cidade de Belém, bairro da Pedreira, iniciando a coleta dos dados a partir da Estratégia Saúde da Família do Canal da Visconde.

Os dados foram coletados mediante entrevistas, textos e dinâmicas interativas, entre fevereiro e novembro de 2009. Antes de seu início, o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o nº 279/08, e os sujeitos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados evidenciou seis categorias conceituais centradas no fenômeno: Entendendo a relação entre autonomia e dependência do adolescente para o cuidado na perspectiva do viver saudável. A primeira categoria conceitual foi: **“O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si”**, que é objeto de composição deste artigo dada a relevância e especificidades das suas subcategorias. Esta categoria foi a que se qualificou para ocupar a posição de condição causal dentro do modelo paradigmático.

RESULTADOS

A categoria **“O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si”** foi constituída pelas seguintes subcategorias: *Precisando da ajuda de pessoas para se cuidar; Sendo dependente dos cuidados maternos; Sentindo-se protegido pela mãe; Valorizando*

o cuidado materno; Tendo a família como referência; Necessitando de ajuda dos pais para exercitar a autonomia; Considerando o adolescente imaturo para se cuidar; Sentindo necessidade de uma família presente; Reconhecendo na família o papel de educadora; e ainda Sustentando o cuidado à saúde a partir de orientações da família.

Esta categoria mostra que durante o processo de construção da autonomia o adolescente vivencia as certezas/incertezas constantes no decorrer da experiência de viver essa fase tão cheia de surpresas, a descoberta de que, apesar de sentir-se o “dono da situação”, ele se confronta com a possibilidade de múltiplas realizações que não dependem somente de sua vontade. Percebe então o quanto necessita de outros para desenvolver o cuidado de si. Ele se depara com sonhos e planos nunca antes experimentados e percebe que uma nova realidade se descortina em sua vida. Vê em si o adulto que deseja ser, entretanto, este adulto se encontra num corpo que ainda não se definiu para as tarefas que deseja desempenhar. Essas indefinições quanto ser e não ser o desejado e o sentido são acompanhadas de situações inquietantes, que se bem orientadas são uma tormenta que passa sem prejuízos e muitas vezes com muitos ganhos.

Nessa sua procura por autoafirmação como um ser independente, o adolescente se dá conta de que necessita de ajuda. Precisando da ajuda de pessoas para se cuidar representa o que revela o adolescente diante da impossibilidade de resolver as pequenas situações que surgem no cotidiano de sua vida, como as necessidades básicas da higiene pessoal, de alimentação, e outras um tanto mais complexas para as quais o adolescente deste estudo depende de ajuda, como explicitado através das falas.

“Quem me ajuda é minha mãe e minha avó.”
(Javari)

“Bem, a minha mãe está sempre ali, me orientando para o cuidado higiênico e cuidado com minhas roupas íntimas.” (Japurá)

“As pessoas que cuidam de mim são minha mãe e minha irmã, elas falam que eu tenho que ter mais cuidado, comigo e com as coisas que faço ou deixo de fazer.” (Coari)

Dessa forma, os filhos, progressivamente, vão conquistando a autonomia, passando a administrar algumas de suas atividades básicas, alimentação, vestuário e higiene⁽¹⁰⁾. No entanto, continuam dependendo dos pais na conquista desses e de outros itens essenciais à sua sobrevivência física e emocional.

Assim, pode se confirmar essa interdependência do ser humano na busca por sua autonomia. O sujeito necessita trocar energias com seus pares e com o ambiente⁽¹¹⁾. Ele só pode aparecer no final de um processo físico e emocional no qual se desenvolveu por meio de várias etapas, condicionado por suas relações, o que torna cada vez mais rico o fenômeno da auto-organização. Ou seja, o desenvolvimento não se dá de maneira isolada, pode ocorrer em mais de um contexto, o que deixa clara a impossibilidade de pensar este ponto a partir da premissa linear de causa e efeito, mas circular, global e abrangente.

Na primeira fase dessa passagem, o adolescente se considera como Sendo dependente dos cuidados maternos, por ser uma fase na qual ele manifesta a importância da mãe ou de outros por perto. Sente-se seguro em saber que pode contar a qualquer instante com alguém que lhe dê apoio sobre as mínimas necessidades, como pode ser observado nos relatos.

“Acho engraçado, em casa dependemos do cuidado de nossa mãe. Ela olha e diz ‘fulano tá com anemia’ e olha todo o corpo e depois diz ‘vamos logo para o médico’.” (Purus)

“A minha mãe me cuida muito, ela vive me mandando ir ao ginecologista. Sei que é cuidado, mas fico esperando, ela me orienta a usar camisinha.” (Tapajós)

“Uma vez tive um desmaio, senti que minha mãe ficou muito preocupada, veio correndo de seu trabalho quando soube do ocorrido. [...] Depois disso tive outros problemas de dor de cabeça e nos olhos, logo a minha mãe me levou ao oftalmologista e aí fiquei bem. Sei que posso sempre contar com ela. Por isso acho que sou dependente.” (Coary)

É importante atentar que, no início da puberdade, as transformações físicas são acompanhadas por temor do

desconhecido. O adolescente tem a percepção das modificações que vêm ocorrendo com o seu corpo, das sensações e pensamentos que povoam sua mente. É neste momento que, apesar de procurarem o isolamento para sentirem essas modificações, necessitam de pessoas que os ofereçam segurança.

O aconchego da família o faz se sentir melhor e, então, Sentindo-se protegido pela mãe desenvolve a confiança no fazer e as atribuições que pareciam impossíveis passam a fazer parte do dia-a-dia, cumprindo o papel de ser seu próprio cuidador sob o auxílio do olhar materno, como podemos ilustrar com as falas.

“Se uma tá com problema com relação a contar pra mãe, vamos as duas e contamos. Os meus problemas às vezes acho que tenho capacidade de resolver e aí não resolvo, preciso de alguém.” (Tapajós)

“Em qualquer outro assunto, qualquer outro problema, sempre tá lá do lado para ajudar. Não é só na doença, até mesmo na hora da educação.” (Madeira)

“Do jeito que ela (mãe) conhece a gente... Sempre leva ao médico, vive mandando tomar remédio, ela cuida de nossa alimentação, cuida de nossa saúde.” (Tapajós)

Temos o nosso mundo psíquico constantemente influenciado pelo processo de socialização que se inicia com o nascimento do indivíduo, sendo seu maior representante a mãe⁽¹²⁾. Assim, apesar das controvérsias de que o filho não sintoniza com a família nessa fase da vida, esse adolescente consegue sentir-se Valorizando o cuidado materno, como pode ser percebido em suas falas.

“Praticamente não sou eu que me cuido, quem me cuida é minha mãe, porque ela é mais cuidadosa. Ela manda a gente tomar remédio, ela cuida de nossa alimentação. Até hoje ela praticamente resolve todos os nossos problemas.” (Tapajós)

“Quando a gente tá doente, tipo assim, a mãe se preocupa em levar o filho para o hospital, em saber o que o filho tem.” (Solimões)

E dessa forma o adolescente deve fazer seu processo de luto e elaborar perdas significativas, como a do corpo e das fantasias infantis, de uma identidade conhecida e de todos os tipos de relações que convivia⁽¹⁰⁾. Vive o adolescente, nesse momento, a contradição, tanto deseja viver este estado de possibilidades de vir a ser, ao mesmo tempo em que sente falta da familiaridade do passado e teme pelas mudanças que novamente ocorrerão.

Podemos fazer aqui um contraponto com o pensamento complexo, no sentido de entender o que é ser sujeito. “Ser sujeito é poder ser autônomo, ao mesmo tempo dependente. É ser alguém provisório, vacilante, incerto, é quase tudo para si e quase nada para o universo”^(11:66). Diante dessa perspectiva de ser tudo e ser nada, o adolescente experimenta as certezas/incertezas de um mundo adulto que está posto e o espera.

A maneira como o adolescente lida com as rápidas mudanças e as novas experiências varia de acordo com sua história de vida. A sua história é a história de sua família, do grupo social com o qual vive e viveu. Foi com os olhos desse grupo que conheceu o mundo, desenvolveu seus vínculos, princípios e valores necessários ao prosseguimento de sua trajetória⁽¹³⁾.

Tendo a família como referência é mais uma mostra de que a família é necessária no processo de maturação do sujeito. A família é o espaço onde o adolescente diante da expectativa de realizar essa travessia encontra ‘portos seguros’ naqueles momentos em que as tormentas assustam e trazem a insegurança. Os relatos seguintes podem exemplificar.

“Hoje a sociedade anda muito dispersa [...]. Você vê que a família que menos tem valor [...]. A família voltando como referência vai mudar muito a formação do adolescente.” (Tucunaré)

“Família estruturada é aquela unida, que dá apoio, que procura ajudar todo mundo da família.” (Tefé)

A família é uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais – aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consanguinidade (irmãos) – e que, a partir dos objetivos

genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhes condições para a aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveu, através dos tempos, funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais⁽¹⁴⁾.

Esse processo de socialização começa com o nascimento e termina com a morte do indivíduo. Torna o ser humano uma entidade que fala, dá a ele uma identidade e um estado social, é habitado e determinado por regras, valores afins, e possui mecanismos de motivação adequados à manutenção da sociedade⁽¹²⁾.

Com essa perspectiva, o adolescente se encontra Necessitando de ajuda dos pais para exercitar a autonomia. Muitos adolescentes ainda na fase pré-púbere não têm noção do que seja autonomia, pois muitas de suas necessidades são realizadas pelos pais ou outras pessoas colaboradoras, assim o entendimento dessa dimensão ocorre numa fase mais avançada da adolescência, principalmente quando começa a emergir no grupo familiar a contradição. Para umas coisas o adolescente já é adulto, para outras não é tempo, pois ainda é criança. Essa dúbia situação expõe o indivíduo a desejos de se encontrar, procurar descobrir um meio-termo, um equilíbrio para estruturar sua individualização, como mostram os relatos.

“[...] Principalmente a responsabilidade, o jovem precisa ter confiança nos pais, fazer um esporte, ter respeito pelos outros.” (Pirarucu)

“Tenho uma ótima relação com eles [...]. Além de ser pai sou amigo deles, estou para ensiná-los de todas as formas. Da experiência que tenho e a pouca que tenho quero passar pra eles.” (Tambaqui)

“Eu dependo um pouco de minha mãe.” (Mamoré)

“Eu não, acho que tenho um pouco de autonomia porque não tenho minha família em casa. Eu já me cuido, mais também dependo de minha sogra que me orienta.” (Tefé)

Na formação de sua identidade, o jovem necessita abandonar, por um processo de seleção, ensinamentos, desejos

e valores que lhe foram transmitidos e que não lhe agradam mais, assim como tomar para si aquilo que lhe convém, que deseja manter. Esse processo requer uma revisão crítica das normas e limites e resulta em um processo doloroso que poderá vir acompanhado de uma sensação de impotência ante a polaridade dependência/independência⁽¹⁵⁾.

E o que é autonomia diante do pensamento complexo? A autonomia depende de condições culturais e sociais⁽¹¹⁾. Para sermos autônomos, precisamos aprender uma linguagem, uma cultura, um saber, mais do que isso, necessitamos que essa cultura seja diversificada, para que possamos fazer escolhas e reflexões de maneira autônoma.

Quando não são percebidas essas possibilidades de desenvolvimento pessoal autônomo dentro dos parâmetros esperados, podemos estar Considerando o adolescente imaturo para se cuidar. Essa é uma maneira muito comum entre os pais para dizer que seus filhos ainda não podem assumir tarefas, pois ainda não desenvolveram o senso de responsabilidade. Dessa forma, não podem assumir o seu próprio cuidado. Os relatos a seguir retratam essa experiência.

“A gente tem que primeiro chegar com eles, quando já estiverem crescidinhos. A gente orienta o bastante, só que para eles não é o bastante, precisam sempre mais.” (Pintado)

“Então ele sabe tudo o que tem que fazer, mais não faz, espera que eu diga a ele até mesmo qual é a roupa que ele tem que vestir. Mais a culpa disso sou eu, que deixei que ficasse dependente de mim.” (Tucunaré)

“O jovem de hoje não tem a capacidade de se virar só na vida, quando ele tem aquela liberdade, ele se perde lá na frente. Ele não tem aquela autonomia própria.” (Tambaqui)

“Tem aquelas pessoas que têm tudo ali, os pais dão tudo. Essas pessoas não procuram fazer nada, ficam só na espera dos pais.” (Purus)

Diz-se que a puberdade é a maturação do corpo e a adolescência é a maturação do ser. Logo, isso pressupõe a possibilidade de ritmos diferenciados entre a parte biológica e a

psíquica de cada um⁽¹⁰⁾, o que implica numa certa imaturidade para a realização do autocuidado.

Sentindo necessidade de uma família presente é uma subcategoria muito importante no contexto dessa discussão. Essa necessidade esteve muito presente nos discursos dos depoentes, em função do distanciamento que sentem existir entre eles e os pais, fato comum em decorrência da necessidade de pai e mãe trabalharem fora do domicílio, deixando muitas vezes os filhos sozinhos ou em companhia de terceiros. Em muitos momentos, esse adolescente passa o seu tempo dividindo atenção com outros adolescentes e com irmãos menores.

Tendo que ficar sozinho, ele procura na rua companhias que nem sempre são as melhores. Podemos perceber esta situação nas falas a seguir:

“Eu sou uma pessoa que faço as coisas, sei fazer comida e também varro a casa, lavo roupa, cuido de minha irmã, vou deixar ela no colégio às 7 horas e vou buscar ela às 11 e meia, e quando chego ainda dou a comida dela e de minha tia. Eu moro só com minha tia, uma senhora de 80 anos e minha irmã de 5 anos e meu tio. Então, tomo meu banho antes de ir para o colégio, me arrumo e vou pra aula. Quando chego faço café e tomo meu banho. Não sou relaxada, eu me cuido e me dou valor.” (Jarí)

“Eu não tenho muito cuidado comigo, porque minha mãe trabalha o dia todo, eu fico só com meus irmãos e fico mais na rua, não tenho nada para fazer em casa.” (Mamoré)

As mudanças cognitivas que ocorrem nessa fase capacitam o adolescente a imaginar futuros papéis sociais, a equacionar possibilidades e escolhas e a atingir um raciocínio socioemocional e cognitivo mais estável. As características deste novo modo de pensar estendem-se ao pensamento do adolescente sobre si, sobre os outros e sobre o mundo, interferindo deste modo nas suas relações interpessoais⁽¹⁶⁾.

A família constitui indubitavelmente um dos fatores mais importantes e determinantes da personalidade. Esta importância cresce do fato de a família ser o ambiente mais importante para a

criança, o seu primeiro grupo social e onde esta passa ou deveria passar a maior parte de seu tempo. O desenvolvimento da personalidade da criança depende em grande parte dos estilos ou práticas educativas parentais⁽¹⁶⁾.

Nessa perspectiva, podemos explicar o entendimento que se faz da apreensão do ser sobre o ser e o mundo das interações cósmicas, a partir do princípio hologramático. Desde a infância, a sociedade é impressa em nossa mente no decurso da educação familiar, prossegue com a educação escolar e com a educação universitária, o que nos faz ser o todo e a parte neste mundo de interações/retroações⁽¹¹⁾.

Reconhecendo o papel cuidador da família traz à tona que a responsabilidade imposta pela sociedade deve ser assumida pela família no papel de educadora de seus jovens, papel muitas vezes negligenciado, outras vezes deixado sob a responsabilidade de outros. Este aspecto pode ser visto nos relatos que seguem.

“Alguns jovens não têm respeito por aquilo que é deles. Acredita-se que seja por falta de limites que os pais não impõem. Aí, tudo se reflete na rua e na escola.” (Arara)

“Acho que carinho, amor, atenção conduz a pessoa a um crescimento, vai tendo uma educação, coisas assim.” (Solimões)

“A gente precisa de pessoas que possam ouvir pessoas que estejam dispostas a entender o que a gente precisa. A boa relação com a família é muito importante.” (Purus)

Toda educação visa a levar o indivíduo ao progresso, ao pleno desenvolvimento de suas capacidades inatas e adquiridas de forma constante e dialógica. O desenvolvimento integral depende tanto dos cuidados relacionais que envolvem a dimensão afetiva como dos cuidados com os aspectos biológicos do corpo, assim como da qualidade da alimentação e dos cuidados com a saúde, da forma como esses cuidados são oferecidos e das oportunidades de acesso a conhecimentos variados⁽¹⁷⁾.

Percebemos que a categoria Sustentando o cuidado à saúde a partir de orientações da família reforça o papel da

família na formação do adolescente para enfrentar as vicissitudes da vida. Nesta perspectiva, é a família que deve se pôr na vanguarda de qualquer iniciativa relacionada a educação ou preparo do adolescente para a o cuidado à sua saúde.

“Depois do desmaio que tive passei a agir segundo as orientações de minha mãe. Tenho seguido o que recomenda a minha família, assim tenho estado bem com minha saúde.” (Coary)

“Para que eles sigam metade do que se orienta, a gente deve pegar eles, sentar e conversar, orientar sobre tudo, principalmente as meninas, que aos dez, doze anos já estão tendo relações sexuais e não sabendo se cuidar. Podem pegar uma doença ou uma gravidez.” (Pintado)

O educar e o cuidar caminham simultaneamente e de maneira indissociável, possibilitando a crianças e adolescentes expressarem suas múltiplas linguagens, viverem com as diferenças, diante das diversas formas de organização da vida familiar quanto ao que tange às diversas culturas sociais, possibilitando que eles construam sua identidade e sua autonomia⁽¹⁷⁾.

A congruência das subcategorias – Precisando da ajuda de pessoas para se cuidar, Sendo dependente dos cuidados maternos, Sentindo-se protegido pela mãe, Valorizando o cuidado materno, Tendo a família como referência, Necessitando de ajuda dos pais para exercer a autonomia, Considerando o adolescente imaturo para se cuidar, Sentindo necessidade de uma família presente, Reconhecendo o papel cuidador da família, e, ainda, Sustentando o cuidado à saúde a partir de orientações da família –, que constituíram a primeira categoria, **“O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si”**, mostra os movimentos do viver humano adolescente, família, grupos sociais vinculados, que convergem para a possibilidade do viver mais saudável desses adolescentes, exercitando sua autonomia, mas sempre na dependência da família como protetora, educadora, orientadora, cuidadora e presente na vida deles.

DISCUSSÃO

É importante atentar para as dificuldades experimentadas por adolescentes nos períodos das transformações físicas e emocionais durante o processo de adolecer. O adolescente tem a percepção das modificações que vêm ocorrendo com o seu corpo, das sensações e pensamentos que povoam sua mente e nesta fase necessita de carinho e atenção e de pessoas que ofereçam segurança. Para Morin (2007), o sujeito durante o processo de maturação necessita trocar energias com o meio e com os seus pares, pois condicionado por suas relações vivenciadas de forma global, circular e abrangente esta mudança torna-se mais rica e fortalecida, emergindo dela uma pessoa física e emocionalmente mais resistente.

As características desse novo ser, com modos de ver e ouvir o mundo, estendem-se ao pensamento do adolescente sobre si, sobre os outros e sobre o mundo, interferindo deste modo nas suas relações interpessoais. Desta forma, a família constitui indubitavelmente um dos fatores que mais determinam sobre a personalidade do adolescente. Esta importância cresce do fato de a família ser o ambiente mais importante para a criança e o adolescente, por ser o seu primeiro grupo social, onde as relações estabelecidas são mais fortes. É neste grupo social que são experienciadas as primeiras ações de cuidado, sendo, também, a partir deste grupo que as vivências sobre o cuidar se estabelecem consigo e com o outro.

Neste caso, estudos mostram que a família tem papel importante no desenvolvimento do cuidado à saúde de seus membros, visto que em algumas situações a assistência não tem satisfeito as necessidades dessa população. Por isso, torna-se necessária a elaboração de estratégias que visem à orientação e priorizem a família como centro do processo de cuidado à saúde do adolescente⁽¹⁸⁾.

Logo, estudiosos consideram que a percepção da necessidade de cuidados com a saúde na adolescência é pouco concreta, sendo sentida nos momentos emergentes e nunca como uma ação que faz parte do repertório habitual⁽¹⁹⁾. Assim, o cuidado da família é percebido pelos adolescentes por meio da atenção recebida, da dedicação e preocupação demonstrada pelos cuidadores familiares⁽²⁰⁾.

A promoção do cuidado ao adolescente na perspectiva de crescer e se desenvolver de forma saudável não pode ficar entre

os discursos teóricos. Esta jornada exige atitudes que possam ser capazes de problematizar e recriar novas situações que possam convergir no sentido de proteger a vida do adolescente em suas diferentes dimensões.

Devido às características da formação recebida na academia de enfermagem, o enfermeiro parece ser o elemento da equipe de saúde que tem recebido uma maior densidade de informação sobre os modos de ser adolescente e nesta perspectiva, imbuído da responsabilidade do cuidar, tem sido o profissional que tem estado mais próximo dessa clientela. Entretanto, essa aproximação tem se dado somente quando da necessidade sentida e referida pelo adolescente ou família. O que se espera é que o cuidado ao adolescente seja expressivo, extensivo e que pule os muros das unidades de saúde, saia às ruas, vá às escolas e aos domicílios.

CONCLUSÕES

A inter-relação entre as subcategorias e categoria mostra a circularidade dos movimentos do viver humano adolescente, família, grupos sociais vinculados, convergindo para a possibilidade do viver mais saudável destes adolescentes, exercitando sua autonomia na dependência da família protetora, educadora, orientadora, cuidadora e presente na vida deles.

Temos a expectativa de que a autonomia do adolescente no cuidado à sua saúde contribui para a prática do cuidado de enfermagem e promoção da saúde nessa clientela.

REFERÊNCIAS

- 1 Cono MAT, Ferriani MGC, Alves AC, Nakata CY. A Produção do conhecimento sobre adolescência na enfermagem: período 1993 a 1996. Rev Latino Americana Enferm. 1998;6(1):91-97.
- 2 Ballone GJ. Depressão na Adolescência. PsiqWeb 2003; [internet]. [acesso em 2009 Novembro 16]. Disponível em: <http://sites.uol.com.br/gballone/adoelesc.2.html>
- 3 Brêtas JRS. A mudança corporal na adolescência: a grande metamorfose. Temas Desenvolv. 2004; 12(72): 29-38.
- 4 Preto NG. Transformação do Sistema Familiar na Adolescência. In: Carter B, Mcgoldrick M. As Mudanças no Ciclo

de Vida Familiar: Uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artmed; 2001.

5 Noom MJ. Adolescent autonomy: characteristics and correlates. In: Noom MJ, Dekovic M, Meeus WHJ. Autonomy, attachment and psychosocial adjustment during adolescence: a double-edged sword?. *Journal of Adolescence* 1999; 22(6):771-783.

6 Silva LWS, Nazário NO, Silva DS, Martins CR. A arte na enfermagem: iniciando um diálogo reflexivo. *Texto Contexto Enferm* 2005 Jan-Mar; 14(1):120-3.

7 Morin E. A cabeça bem-feita: repensar a reforma. repensar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000.

8 Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory. New York (USA): Aldine; 1967.

9 Strauss AL, Corbin J. Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques. London: Sage; 1990.

10 Pigozzi V. Celebre a autonomia do adolescente: entendendo o processo de iniciação na vida adulta. São Paulo: Editora Gente; 2002.

11 Morin E. Introdução ao pensamento complexo. Porto Alegre: Sulinas; 2007

12 Morin E. Método 3: O conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina; 1999.

13 Amorim Filho HÁ, Santos CFBF, Colares V, Molina A. O adolescente como população-alvo de estudos científicos. *Odontologia. Clín.-Científ.*, Recife, 5 (2): 103-107, abr/jun. 2006.

14 Osório LC. Casais e famílias: uma visão contemporânea. Porto Alegre: Artmed; 2002

15 Rios González JA. Los ciclos vitales de La familia y la pareja: ¿crisis u oportunidades?. Madrid: Editorial CCS; 2005.

16 Vidigueira VCR. Influência da televisão no desenvolvimento sócio-emocional dos adolescentes. 2007. [internet]; [acesso em 2009 Dezembro 16]. Disponível em: www.psicologia.com.pt

17 Signoretti AERS, Monteiro KK, Dias LMDO, Davólio RAC, Lésio SF. Educação e cuidado: Dimensões afetiva e biológica constituem o binômio de atendimento. Revista do Professor 2002;18(72): 5-8.

18 Marcon SS, Lopes MCL, Fernandes J, Antunes CRM, Waidman MAP. Famílias cuidadoras de pessoas com dependência: um estudo bibliográfico. Online Braz J Nurs [Internet] 2006 [citado 2006 Jan 20];5(1). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printerFriendly/145/40>

19 Unbehaum S, Cavasin S, Silva VN. Juventude e Prevenção das DST/AIDS [internet] 2000 [citado em 2006 08 13]. Disponível em: <https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/textos/ECOS/juventude.pdf>

20 Ramos FRS. Bases para uma resignificação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG, organizadoras. Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal; 2000.

6.2 MANUSCRITO 02 - COMPREENDENDO A DEPENDÊNCIA DO ADOLESCENTE NA CONTRUÇÃO DA AUTONOMIA PARA O CUIDADO

Artigo a ser submetido à Revista Referencia de Coimbra, apresentado conforme instruções aos Autores da própria Revista (Anexo D).

COMPREENDENDO A DEPENDÊNCIA DO ADOLESCENTE NA CONSTRUÇÃO DA AUTONOMIA PARA O CUIDADO^{###}

UNDERSTANDING THE DEPENDENCE ON THE CONSTRUCTION OF AUTONOMY OF CARE FOR A TEENAGER TO HEALTHY LIVING

COMPREENDER LA DEPENDENCIA COMO UMA DIMENSIÓN NECESARIA PARA LA ADQUISICIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL CUIDADO POR EL ADOLESCENTE PARA VIVIR UNA VIDA SANA

Jacira Nunes Carvalho^{**}
Alacoque Lorenzini Erdmann^{***}
Mary Elizabete de Santana^{****}

^{###} Artigo parte da tese de doutorado: Autonomia do cuidado vivenciada por adolescentes para um viver saudável: o olhar da enfermagem, de CARVALHO, JN, ERDMANN, AL, e SANTANA, ME de. PEN/UFSC, 2010.

^{**} Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. e-mail Jacira@ufpa.br

^{***} Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento e Pós-Graduação da UFSC. Coordenadora do GEPADES. Orientadora e pesquisadora responsável deste projeto. E-mail: alacoque@newsite.com.br

^{****} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Membro do grupo de Pesquisa EPOTENA/UFPA. Co-orientadora deste trabalho. e-mail betemary@terra.com.br

Compreendendo a dependência do adolescente na construção da autonomia para o cuidado

Understanding the dependence on the construction of autonomy of care for a teenager to healthy living

Compreender la dependencia como uma dimensión necesaria para la adquisición de la autonomía del cuidado por el adolescente para vivir una vida sana

Resumo: A autonomia é um processo dinâmico, experienciado pelo sujeito desde que nasce, a sua conquista, entretanto, é um processo paulatino e diário. Este estudo tem como objetivo: Compreender a dependência como dimensão necessária à aquisição da autonomia do cuidado pelo adolescente para um viver saudável. Método: estudo descritivo com abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico a complexidade e ancorado na Grounded Theory, realizado mediante entrevistas e dinâmicas interativas com 27 participantes em quatro grupos amostrais: adolescentes, pais, professores e enfermeiros, na cidade de Belém/Pará. Resultados: Da análise dos dados, emergiram seis categorias, focalizando-se neste artigo a segunda categoria “Compreendendo a dependência como dimensão necessária à aquisição da autonomia do cuidado pelo adolescente para um viver saudável”, constituída por quatro subcategorias. Conclusão: Ao inter-relacionar a categoria às suas subcategorias, foi possível compreender que a tomada de consciência do adolescente sobre a autonomia foi observada como um processo que possui gradações. Esse processo se inicia desde o nascimento e caminha em direção à autogestão da vida diante de todas as interações/retroações necessárias, sendo neste convívio de trocas energéticas com o meio, com sua família, seus pares e demais pessoas que o adolescente se percebe dependente para experienciar sua autonomia. Entende-se, portanto, que o ser humano é um ser aberto e necessita viver da dependência para conquistar sua autonomia.

Palavras-chave: Adolescente; Autonomia Pessoal; Dependência; Enfermagem.

Abstract: The autonomy is a dynamic process, experienced by

the subject from birth, his conquest, however, it is a gradual daily process. This study has as objective: to understand the dependency as a necessary dimension in acquiring autonomy of care by a teenager to a healthy living. Method: descriptive study with qualitative approach, having as theoretical reference the complexity anchored on Grounded Theory, realized by means of interactive dynamics interviews with 27 participants in 4 sample groups: Teenager, parents, professors and nurses, in the city of Belem, Para. Results: of data analysis emerges into six categories, focalized in this article the second category "Understanding the dependency as a necessary dimension to acquisition of autonomy of care by the teenager to a healthy living" consisted by four categories. Conclusion: The inter-relation category to its subcategories was possible to understand that taking into conscience of the teenager about the autonomy was observe as a process that posses gradients. This process starts from birth and moves towards the self-management of life before all the necessary interactions/retractions. In this atmosphere of changing of energy with means, with his family, peers, and other people that the teenager perceives the dependency to experience his autonomy. Means, however, that the human being is open to the necessity of living the dependency to conquest his autonomy.

Descriptors: Teenager; Personal Autonomy; Dependency; Nursing.

Resumen: La autonomía es un proceso dinámico, experimentado por el sujeto desde su nacimiento. Sin embargo, su conquista es un proceso gradual y diario. Este estudio tiene como objetivo: comprender la dependencia como una dimensión necesaria para la adquisición de la autonomía del cuidado por el adolescente para vivir una vida sana. Método: es un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, cuyo referencial teórico se basa en la Teoría de la Complejidad y la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*), realizado a través de entrevistas y dinámicas interactivas con 27 participantes en cuatro grupos de la muestra: adolescentes, padres, maestros y enfermeras, en la ciudad de Belem, Pará. Resultados: Del análisis de los datos, surgieron seis categorías, centrándose este artículo en la segunda categoría: "Entender la dependencia como una dimensión necesaria para la adquisición de la autonomía del cuidado por el

adolescente para vivir una vida sana, constituida, a su vez, por cuatro subcategorías. Conclusión: Al relacionar entre sí las categorías y sus subcategorías, fue posible comprender que la toma de conciencia del adolescente sobre la autonomía era vista como un proceso que tiene gradaciones. Este proceso comienza con el nacimiento y avanza hacia la auto-gestión de la vida ante todas las interacciones/ retroalimentaciones necesarias, en las que el intercambio de energías con el medio ambiente, con la familia, compañeros y otras personas, que el adolescente se percibe como dependiente para experimentar su autonomía. Se entiende, por lo tanto, que el ser humano es un ser abierto y necesita vivir la dependencia para conquistar su propia autonomía.

Palabras clave: Adolescente; Autonomía Personal; Dependencia; Enfermería.

Introdução

Nas ciências dos seres vivos, a partir do ponto de vista da complexidade, todo ser vivo tem a capacidade de se autocriar e auto-organizar, tratando-se, portanto, de um sistema *autopoietico*, ou de autoprodução. (Morin, 2005). Segundo essa premissa, todo ser é capaz de desenvolver autonomia, palavra esta que traz em sua semântica diversos significados vividos de forma inevitável pelos seres humanos.

Semanticamente, a palavra “autonomia” vem do grego, formada pelo adjetivo *autos* – que significa “o mesmo”, “ele mesmo” e “por si mesmo” – e pela palavra *nomos* – que significa “compartilhamento”, “lei do compartilhar”, “instituição”, “uso”, “lei”, “convenção”. Neste sentido, autonomia significa propriamente a competência humana em “dar-se suas próprias leis”. (Segre; Silva; Schranm, 2005).

Logo, para Fleming (2005), a autonomia está definida como a habilidade para pensar, sentir, tomar decisões e agir por conta própria. Nesse sentido, o desenvolvimento da independência é um componente crucial para adquirir autonomia. Porém, autonomia e independência não podem ser consideradas como sinônimos.

Nesse caso, a independência é realmente necessária para se tornar autônomo, contudo, a autonomia é mais do que ter comportamentos independentes. A autonomia também prevê

pensamentos, sentimentos e tomadas de decisões que envolvem não só o próprio indivíduo, mas também as relações que estabelece com os outros membros da família, seus pares ou pessoas fora do ambiente familiar.

Na perspectiva de entender a interdependência dos contextos no qual o indivíduo se desenvolve, Morin *et al.* (1996) escrevem que o sujeito é autor e ator de sua história e das diferentes histórias sociais, na medida em que múltiplas são as influências dos diversos sistemas de que participa. Neste sentido, para conhecer o potencial autônomo do sujeito, é fundamental compreender que tipo de relações ele estabelece na sua vida social. De acordo com essa expectativa, a autonomia é construída na medida em que existe uma relação de seu mundo interno, de sua própria auto-organização, com as condições externas em que ele se desenvolve. Para esse autor, o pensamento complexo é um pensamento que deve permitir ligar a autonomia à dependência. Partindo do que a literatura enfatiza, de que a autonomia é um processo dinâmico e um fenômeno orientado, podemos afirmar que esse fenômeno sofre influências de situações tanto internas como externas do contexto no qual se desenvolve. A sua conquista é um processo paulatino e diário, que se inicia desde os primórdios de nossa existência e, apesar de ser um processo particular, necessita do favorecimento do contexto social. Assim, a autonomia é a habilidade para dirigir a própria vida, para definir metas, os sentimentos de competência e habilidade para regular as próprias ações, e este constructo sofre a influência das práticas educativas adotadas pelos pais. É imprescindível que se conheça a percepção de ambos, pais e filhos, para poder se compreender melhor este processo. (Reichert; Wagner, 2007).

Neste momento, é a família considerada como um espaço indispensável para garantir a sobrevivência, a proteção integral de seus membros, independentemente da dinâmica ou da forma como ela está estruturada. É o meio familiar que vai propiciar a sustentação da afetividade e também desempenhar um papel decisivo na educação de seus membros, pois é nela que são aprendidos os valores éticos e humanitários necessários para se viver em sociedade. (Maldonado, 1996). Esses valores são geralmente duradores e podem trazer benefícios ou prejuízos para a vida adulta, pois a família pode ser considerada o primeiro locus de aprendizagem, portanto é preciso que ela oriente e cuide para que os seus valores sejam transmitidos ao longo do

desenvolvimento dos filhos. (Osório, 2002).

Ramos (2001) chama a atenção para o fato de que, apesar de a adolescência ser vigorosamente marcada por processos psicobiológicos, esta fase não deve ser tomada como um conjunto de fenômenos universais implicados no crescimento e desenvolvimento somático-mental, pois as transformações pelas quais passam os adolescentes também resultam de processos inerentes aos contextos sociais (históricos, políticos e econômicos) nos quais os sujeitos estão imersos. Dessa forma, pensar a saúde do adolescente implica pensar nos diversos modos de viver a adolescência e de viver a vida.

É por esta ótica que se percebe e entende a dependência adolescente para exercitar sua autonomia, “essa dependência genética de um indivíduo que também se firma no plano da existência, da organização, da ação. Esta autonomia que se autoproduz alimentando-se por captação, transformação, assimilação de matéria/energia e de informações, resistindo por defesas, projeções, lutas aos riscos e agressões”. (Morin, 2005, p. 126).

Diante das premissas de que a autonomia está ligada à dependência, propomo-nos neste estudo atentar para as diversas formas de compreender a autonomia pelos participantes, para tanto, partiu-se das seguintes **questões** que nortearão a realização deste estudo: *Quais os significados atribuídos pelos adolescentes para autonomia do cuidado na perspectiva de um viver saudável? Quais as interações experienciadas na realização deste cuidado?* Teve-se como **objetivo**: Compreender a dependência do outro como dimensão necessária à aquisição da autonomia do cuidado pelo adolescente para um viver saudável.

Metodologia

Trata-se de estudo um qualitativo, parte da tese de doutorado intitulada *Autonomia do cuidado vivenciada por adolescentes para um viver saudável: o olhar da enfermagem, com o objetivo de compreender o significado de autonomia do cuidado para o adolescente e suas interações na perspectiva de um viver saudável*.

Esta pesquisa foi ancorada no referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou Grounded Theory, o qual visa descrever conceitos que emergem dos dados e interpreta a

relação entre eles, permitindo a construção de modelos teóricos. Para tanto, a abstração é construída a partir da análise comparativa constante dos dados, sem a intenção de buscar evidências para a comprovação de hipóteses predeterminadas. (Glaser, Strauss 1967).

Foram participantes do estudo adolescentes na faixa etária entre 12 e 18 anos, pais, professores e enfermeiros, em um total de 27 participantes em quatro grupos amostrais. Teve como local de estudo a Unidade de Saúde da Família do Canal da Visconde, situada no bairro da Pedreira, na cidade de Belém/Pará.

Os dados foram coletados mediante entrevistas acompanhadas de dinâmicas interativas entre fevereiro e novembro de 2009. Antes de seu início, o projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), sob o nº 279/08, e os sujeitos participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados evidenciou seis categorias conceituais centradas no fenômeno Entendendo a relação entre autonomia e dependência do adolescente para o cuidado na perspectiva do viver saudável. Destas, focalizamos neste artigo a segunda categoria, **“Compreendendo a dependência do outro como dimensão necessária à aquisição da autonomia do cuidado pelo adolescente para um viver saudável”**, constituída por quatro subcategorias, objetos de composição deste artigo. Dentre as categorias que emergiram no processo de análise dos dados, esta foi a que mais se harmonizou no modelo paradigmático de Strauss e Corbin (1990), como consequência deste fenômeno.

Descrição e Discussão dos Resultados

Compreendendo a dependência do outro como dimensão necessária à aquisição da autonomia do cuidado pelo adolescente para um viver saudável.

A análise dos dados nos permitiu compreender a dimensão percebida pelos adolescentes sobre o significado de autonomia. É perceptível na explicação dada ao processo de tornar-se autônomo o surgimento de diversificadas formas de entender o que ocorre no percurso desta construção. Esta categoria será explicada pelas subcategorias listadas a seguir.

- *Considerando a dependência da família como impossibilidade de ser autônomo*

- *Entendendo autonomia como possibilidade de cuidar-se e tomar suas próprias decisões*
- *Percebendo diferenças entre pessoas na conquista da autonomia*
- *Comparando autonomia com maturidade, segurança, liberdade e independência financeira*

A tomada de consciência sobre a autonomia foi observada como um processo que possui gradações. Este processo se inicia desde o nascimento e caminha em direção a autogestão da vida diante de todas as interações/retroações necessárias. Para explicar a subcategoria Considerando a dependência da família como impossibilidade de ser autônomo, podemos dizer que esta é uma fase conhecida como heteronomia, presença de interações dinâmicas que agem e retroagem sobre o indivíduo na busca por resoluções para alguns aspectos de suas necessidades. Para o adolescente, é seu momento de busca de si e consiste em um processo onde há encontros fortuitos com as paixões repentinas, formulação da autoimagem, autodefinição corporal e psicológica. No afã dessa procura, vê na família uma barreira para seu crescimento e independização, como podemos observar na fala a seguir.

"[...] Eu desejava logo ter maioria, assim podia me separar dos meus pais, morar sozinha, ser independente, ter minhas coisas [...]. Depois fui tomando consciência de que a vida não é fácil como eu pensava [...]. Qualquer situação era motivo de briga com meus pais [...]. Agora tenho respeito por eles, mudei o meu jeito de pensar sobre a vida."(Uruará)

É inexistente uma autonomia absoluta, ela é sempre mediada pelo mundo da vida em suas multiexperiências históricas do viver. A questão é que não existe autonomia já determinada e imediata, ela é sempre partejada, está ligada às condições socioexistenciais do nosso modo de ser no mundo. (Freire, 2000). E nosso modo de ser no mundo passa pela necessidade de ser produto e produtor de nossas experiências, pois, quando confrontadas com as experiências dos pais e avós, surgem novas experiências e modos diferentes de viver. Portanto a autonomia emerge durante essa ação/retroação no mundo das experiências vivenciadas com os adultos, sejam pais,

professores ou outros que assumam essa posição diante dos jovens.

Segundo Morin (2007, p. 253), “todo ser aberto age e retroage em seu ambiente”. Dessa forma, pode construir e manter sua existência, sua autonomia, sua individualidade, sua originalidade na e pela dependência com o ambiente. O ser humano é um ser aberto e necessita viver da dependência para conquistar sua autonomia.

Após a compreensão de que a autonomia se alimenta da dependência, torna-se esclarecedora a segunda parte da categoria, Entendendo autonomia como possibilidades de cuidar-se e tomar suas próprias decisões sem interferência de terceiros. É uma interpretação dada pelos adolescentes na faixa etária acima de 16 anos, por já terem desenvolvido a capacidade relativa ao autocuidado, entendido a passagem pela fase anterior, da heteronomia, agora caminhando para entre as diversas possibilidades do encontro com o mundo global. A separação progressiva dos pais é vivenciada pela ambivalência dos adolescentes entre situações de dependência/independência. As constantes flutuações de humor diante de tantas modificações, conquistas e impedimentos de toda ordem são características comuns nesta fase. Eles ainda não compreendem que somos seres ecodependentes, sendo o ambiente em nossas vidas co-presente e co-organizador, assim o desejo de não-interferência tem relação com a interação com o outro.

“[...] Eu me cuido do meu jeito, eu sou muito atenta e também muito cuidadosa com o meu corpo. Eu sou vaidosa e sou uma menina limpa. Toda vez que acordo vou direto para o banheiro tomar meu banho. Sou uma pessoa que faço as coisas, não dependo dos outros.” (Jari)

“[...] Foi assim que eu vim pra cá. Minha família mora em outro lugar e eu vim morar aqui no Pará. [...]. Então tá, vou trabalhar para ter minhas coisas, foi o que fiz. Agora trabalho, estudo e tenho minhas coisas. Eu, tipo assim, ainda mando um dinheirinho pra ela. Eu me senti melhor saído de casa.” (Solimões)

É papel da família facilitar esse processo para o jovem e favorecer seu desempenho adulto de socialização/individualização para um desenvolvimento sadio, com autonomia, independência

e condições para tomar suas próprias decisões. (Freitas, 2002). Segundo Morin (1999), o sentido da autonomia do sujeito deve ser buscado em sua auto-organização, produto mesmo da organização biopsíquica e do reconhecimento do homem simultaneamente biológico-cultural. Ou seja, o sujeito só adquire pertinência quando inserido em uma rede de interações/retroações bio-psíquico-socioculturais do sistema planetário.

É importante atentar para as diferentes percepções no processo de aquisição da autonomia pelos adolescentes, como se observa em Percebendo diferenças entre pessoas na conquista da autonomia. Explica-se pelas experiências do adolescente nos seus grupos de pertença, onde são capazes de perceber as diferenças existentes entre seus membros no que tange à capacidade de cada um alcançar determinados patamares no processo de independização. De acordo com essa percepção, uns conseguem muito cedo ter visão mais global da situação um tanto complexa pela qual está passando. Conseguem introjetar os achados que consideram saudáveis para si e rejeitar aquilo que pode ser prejudicial ao seu desenvolvimento. Outros têm uma percepção mais reduzida, um caminhar mais lento. Às vezes, não conseguem discernir para fazer a melhor escolha. São estes os adolescentes que muitas vezes tornam-se presa fácil, tanto para o início precoce da sexualidade, para uma gravidez indesejada, quanto para o ingresso no mundo das drogas e da prostituição.

“[...] Ela sempre se virou desde pequena, eu nunca fui fazer trabalho pra ela, ia só pesquisar, ler nos jornais, procurava saber, não tinha ajuda em casa. Já os outros sempre pedem ajuda ao pai, são mais lentos para conseguir as coisas que querem, terminam sempre pedindo à mãe.” (Pirarucu)

“[...] Ele não tem condições de viver só, ele é altamente dependente de mim, já o outro menor acho que se for preciso ele toca bem a vida.” (Tucunaré)

Na percepção de Coates (1997), os adolescentes caminham mais frequentemente em direção à autonomia nas famílias em que são encorajados a participar das discussões e das decisões, suas e do grupo familiar. Neste caso, os adolescentes tendem a usar os pais como modelo e a procurar amigos aprovados por

eles. Dessa forma, as mesmas condições que promovem a independência constroem um elo de proximidade e afeição entre pais e filhos, fato que leva o adolescente a se sentir confiante em sua jornada para a vida adulta. Essa jornada não se faz de maneira muito tranquila. Nesse percurso a ordem e desordem são conceitos muito presentes.

A desordem não é uma entidade em si, ela é sempre relativa a processos energéticos, interativos, transformadores ou dispersivos. (Morin, 2008, p. 199), Da mesma forma, o homem não tem uma caminhada linear, a ordem/desordem está presente nos momentos interativos/transformadores ou disjuntivos. Portanto o caminhar para a autonomia não se faz por trilhas iguais em tempos iguais. As certezas e incertezas são comuns nessa jornada.

Diante da expectativa do adolescente para compreender o que se passa no seu caminhar em busca do seu eu, de sua subjetividade, entende que a autonomia pode ser compreendida através da explicação da subcategoria Comparando autonomia com maturidade, segurança, liberdade e independência financeira. São os adolescentes conscientes, para os quais existe um processo de maturação e que estão vivenciando esta fase. Consideram, entretanto, que alguns adolescentes não percebem a magnitude que é este momento na vida de cada um. Outros, tendo uma visão mais ampliada da realidade que os cerca, alçam o voo para abraçar a liberdade que tanto cogitam. Por liberdade, entendem a possibilidade de tomar as decisões de ir e vir. Neste caso, poder dizer ‘vou àquela festa ou àquela praia’, sem necessariamente pedir autorização a seus pais. Poder decidir por si, de acordo com seus desejos e sua vontade, escolhendo o que considera melhor e mais atraente para si. Já a independência está atrelada à condição financeira, pois consideram poder seguir sem a ajuda dos pais somente quando conseguem se sentir incluso no grupo social e no mercado de trabalho.

“[...] É assim: às vezes a gente vê um negócio assim nas lojas. A gente pede dinheiro pra nossos pais, às vezes eles têm e dão reclamando, outras não dão e a gente fica assim tristes e às vezes zangados [...]. É quando vem o pensamento, eu ainda vou ter meu dinheiro.” (Mamoré)

“[...] Tinha vezes que eu pedia alguma coisa para minha mãe e

ela dizia que não tinha [...]. Saí de casa, fui trabalhar e hoje tenho meu dinheiro, sou independente.” (Solimões)

“[...] Ter liberdade significa ter o salário deles, só quando eles trabalharem, por enquanto vivem embaixo do meu teto, tem que me respeitar.” (Tambaqui)

Para Durante e Teixeira (2008), liberdade é uma das características essenciais para a vida humana competente e autônoma. A combinação confiança/autonomia dá ao ser humano um sentimento de determinação, alavanca para a iniciativa de viver com responsabilidade. Nesta fase, começam os interesses por instrumentos de trabalho, pois trabalho remete à questão da competência. Essa transformação requer o controle da atividade produtiva, autonomia e liberdade para tomar suas próprias decisões a respeito de um trabalho significativo e emancipatório.

O investimento que fizemos para realizar essa análise envolvendo o pensamento complexo foi uma tentativa de reconciliar o universal e o singular, a parte e o todo, na perspectiva de compor a totalidade complexa, levando em conta as extraordinárias diversidades individuais e culturais do homem no seu processo de adolecer. Dessa maneira, na interlocução entre as subcategorias *Considerando a dependência da família como impossibilidade de ser autônomo*, *Entendendo autonomia como possibilidades de cuidar-se e tomar suas próprias decisões sem interferência de terceiros*, *Percebendo diferenças entre pessoas na conquista da autonomia* e *Comparando autonomia com maturidade, segurança, liberdade e independência financeira* surge a compreensão do componente dependência no processo de aquisição da autonomia para o cuidado pelo adolescente na perspectiva de um viver saudável.

Esta dependência é uma dependência de interações/retroações com o ambiente, com seus pares e outras pessoas da convivência do adolescente. É a dependência do cuidado familiar, do cuidado profissional, o cuidado-afeto, o cuidado-zelo.

Conclusões

A análise dos relatos e das reflexões aqui apresentados permitiu vivenciar e compreender a dinâmica da experiência adolescente quanto ao processo de aquisição da autonomia para o cuidado, bem como identificar as demandas e estratégias de suas

famílias, dos professores e dos enfermeiros em relação à referida experiência.

Ao inter-relacionar a categoria “Compreendendo a dependência como dimensão necessária à aquisição da autonomia do cuidado pelo adolescente para um viver saudável”, constituída por quatro subcategorias, *Considerando a dependência da família como impossibilidade de ser autônomo, Entendendo autonomia como possibilidades de cuidar-se e tomar suas próprias decisões sem interferência de terceiros, Percebendo diferenças entre pessoas na conquista da autonomia e Comparando autonomia com maturidade, segurança, liberdade e independência financeira*, foi possível compreender que a tomada de consciência do adolescente sobre a autonomia foi observada como um processo que possui gradações. Este processo se inicia desde o nascimento e caminha em direção a autogestão da vida diante de todas as interações/retroações necessárias. Sendo neste convívio de trocas energéticas com o meio, com sua família, seus pares e demais pessoas que o adolescente se percebe dependente para experimentar sua autonomia, entende-se, portanto, que o ser humano é um ser aberto e necessita viver da dependência para conquistar sua autonomia.

Reforçamos que a dependência do adolescente do cuidado realizado pela enfermagem deve ser repensada no sentido de que deve ser olhado de maneira mais compromissada, pois o cuidado que vem sendo realizado anda muito distante do que se espera e do que deveria ser feito.

Tornou-se evidente que este caminhar em busca da autonomia não é feito de forma linear, este é um caminho que se faz de forma circular, interagindo e retroagindo num circuito sem cessar, em uma troca constante de energias entre meios externos e internos.

Constatou-se a importância de parcerias entre escolas, famílias e serviços de saúde, de forma a equacionarem os problemas vigentes nestes contextos, apresentando propostas de ações que venham minimizar os problemas, que promovam mudanças de curso na jornada de uma grande parcela de adolescentes durante sua busca pela sonhada autonomia.

Referências

ARMOND, L.C.(2003) - **Convivendo com a hospitalização de um filho adolescente**. Tese de Doutorado. Ribeirão Preto:

- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. COATES, V. (1997) - Transformações na família no transcorrer da adolescência dos filhos. **Adolesc. Latinoam.** v. 1, n.1, 40-46 com os estilos parentais. **PSICO.** v. 38, n. 3, pp. 292-299.
- DOMINGOS, S. R. F. (2003) - **A consulta ginecológica sob a ótica de adolescentes: uma análise compreensiva.** Dissertação de Mestrado. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.
- FLEMING, M. (2005) - Adolescent autonomy: Desire, achievement and disobeying pares between early and late adolescence. **Australian Journal of Education and Developmental Psychology.** v. 5, p. 1-16.
- FREIRE, Paulo (2000) - **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 15ª ed. São Paulo: Paz e Terra.
- MALDONADO, M. T.(1996) - **Vida em família:** conversas entre pais e jovens. 4ª ed. São Paulo: Saraiva.
- MORIN, E. (1999) - **Método 3:** O conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina.
- MORIN, Edgar. (2005) - **O método 2** – A vida da vida. Porto Alegre: Sulina.
- MORIN, E.; PRIGOGINE, I. et al. (1996) - **A sociedade em busca de valores.** Lisboa: Instituto Piaget.
- MORIN, Edgar (2007) - **O método 6:** ética. Trad. Jeremir Machado da Silva. 3ª ed. Porto Alegre: Sulina.
- OSÓRIO, L.C. (2002) - **Casais e famílias:** uma visão contemporânea. Porto Alegre: Artmed.
- RAMOS, F. R. S. (2001) - Bases para uma resignificação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: **Projeto Acolher.** Adolescência: Compreender, atuar, acolher. Brasília: ABEn.
- REICHERT, C. B.; WAGNER, A. (2007) - Autonomia na adolescência e sua relação
- SEGRE, M.; SILVA, F. L.; SCHRAMM, F. R. (2005) - O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. **Portal do Médico.** 2005. [Consult. 10 Out. 2009]. Disponível em: <<http://www.portaldomedico.org.br/revista/bio1v6/conthistorico.ht> m>

6.3 MANUSCRITO 03 - AUTONOMIA DO CUIDADO VIVENCIADA POR ADOLESCENTES PARA UM VIVER SAUDÁVEL: O OLHAR DA ENFERMAGEM

Artigo a ser submetido à Revista Latino Americana de Enfermagem, apresentado conforme instruções aos Autores da própria Revista (Anexo E).

A autonomia do cuidado vivenciada por adolescentes para um viver saudável: o olhar da enfermagem^{§§§§}

The autonomy of care experienced by teenager to a healthy living: the nursing outlook

La autonomía del cuidado experimentada por los adolescentes para vivir una vida sana: la mirada de la enfermería

Jacira Nunes Carvalho^{*****}
 Alacoque Lorenzini Erdmann^{†††††}
 Mary Elizabeth de Santana^{†††††}

Resumo: Autonomia é um construto elaborado, possuindo diversos significados e consagrado como uma necessidade humana no processo de viver. Este estudo objetiva *compreender o significado de autonomia do cuidado para o adolescente e suas interações na perspectiva de um viver saudável*. É um estudo descritivo/qualitativo, sendo os dados coletados através de entrevistas, textos e outros instrumentos, tendo 27 participantes, entre eles adolescentes, pais, professores e enfermeiros. Utilizamos o referencial teórico da complexidade e a Grounded Theory TFD para análise. Os resultados apontaram para o modelo: “Entendendo a relação entre autonomia e dependência do adolescente para o cuidado na perspectiva do viver saudável”, que se ancorou em seis categorias que se inter-relacionam na sua explicação. Comprendemos que, na administração desse processo construtivo da autonomia, o adolescente vivencia a ação/retroação nos diversificados contextos, percebendo a sua dependência diante das diferentes relações

^{§§§§} Artigo parte da tese de doutorado: Autonomia do cuidado vivenciada por adolescentes para um viver saudável: o olhar da enfermagem, de CARVALHO, JN, ERDMANN, AL, e SANTANA, MEde. PEN/UFSC, 2010.

^{*****} Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES). Professora da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. E-mail: Jacira@ufpa.br

^{†††††} Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular do Departamento e Pós-Graduação da UFSC. Coordenadora do GEPADES. Orientadora e pesquisadora responsável deste projeto. E-mail: alacoque@newsite.com.br.

^{†††††} Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunto da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Pará. Membro do grupo de Pesquisa EPOTENA/UFPA. Co-orientadora deste trabalho. e-mail betemary@terra.com.br

desafiadoras, frente à realidade do viver a vida em busca do viver mais saudável.

Palavras-chave: Autonomia Pessoal; Adolescente; Dependência; Enfermagem.

Abstract: Autonomy is an elaborated construction, possessing diverse established significant as a human necessity in the process of living. This study objective is to understand the significant of autonomy of care by a teenager and his interactions in the perspective of healthy living. Descriptive/qualitative study, through which data are collected through texts interviews and other instruments, having 27 participants, among the teenagers, parents, professors and nurses. We use the theory of complexity reference, and Grounded Theory – TFD for analysis. The result shows a model ‘‘Understanding the relation between autonomy and dependence of a teenager to care in the perspective of healthy living’’, which is anchored into six categories that are inter-related in their explication. Understand that managing this constructive process of autonomy, the teenager living the action/retraction in diverse contexts, perceiving his dependency in face of the challenges of different relations, facing this reality of living life in search of healthy living.

Descriptors: Personal Autonomy; Teenager; Dependence; Nursing

Resumen: La autonomía es un concepto elaborado que posee diferentes significados y es consagrado como una necesidad humana en el proceso de la vida. Este estudio tiene como objetivo *comprender el significado de la autonomía del cuidado para los adolescentes y sus interacciones desde la perspectiva de una vida sana*. Es un estudio descriptivo y cualitativo, cuyos datos se recolectaron a través de entrevistas, textos y otros instrumentos, con 27 participantes, entre ellos: adolescentes, padres, maestros y enfermeras. Como marco teórico se empleó la Teoría de la Complejidad, y para el análisis, la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory TFD*). Los resultados mostraron el modelo: ‘‘Entender la relación entre la autonomía y la dependencia de los adolescentes para el cuidado desde la perspectiva de una vida sana’’, que se basa en seis categorías que se interrelacionan en su explicación. Se comprende que en la administración de ese proceso constructivo de la autonomía, el adolescente experimenta la acción/retroalimentación en diversos contextos, dándose cuenta de su dependencia ante las diversas relaciones difíciles de la realidad de vivir la vida en la búsqueda de una vida más sana.

Palabras clave: Autonomía Personal; Adolescente; Dependencia; Enfermería.

INTRODUÇÃO

A adolescência pode ser entendida como um longo período constituído por algumas fases, a pré-adolescência, a adolescência, a adolescência tardia e pré-juventude, período este considerado uma invenção do século XX e que além de suas fases é impregnado por uma série de ritos, diferenciando-se de acordo com cada cultura⁽¹⁾.

Nesse período, ocorre o desenvolvimento do adolescente em ciclos de evolução global caracterizados por profundas transformações, quase sempre mergulhado em um labirinto de dúvidas e inúmeras interrogações⁽¹⁾.

Por ser uma população estimada em alguns milhões de jovens nesse período da vida, muitas situações estão acontecendo, todos os dias, que vêm despertando a atenção e a preocupação de gestores públicos, pais e a sociedade de modo geral, pela alta vulnerabilidade dessa população a diferentes tipos de agravos.

Algumas situações informadas pela literatura científica não mais nos permitem a acomodação. Os dados apresentados pelo UNICEF revelam que 1 milhão de crianças e adolescentes brasileiros estão fora da escola, 1,1 milhão de jovens entre 12 e 17 anos continuam analfabetos e 2,9 milhões de crianças entre 5 e 14 anos permanecem trabalhando⁽²⁾.

Segundo o banco de dados do Movimento Nacional de Direitos Humanos, o número de homicídios sofridos por pessoas entre 15 e 24 anos até 2006 era de 17,3%. A faixa etária de maior risco é a que fica entre 15 e 17 anos⁽³⁾. Entre as causas de mortalidade de adolescentes está a mortalidade por causas externas, que no Brasil, em 2005, apresentou os seguintes índices: 51,4% na faixa etária de 10 a 14 anos e 75,6% na faixa compreendida entre 15 e 19 anos.

O tabaco é a segunda droga mais consumida entre adolescentes. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a maioria dos fumantes experimenta seu primeiro cigarro e se torna dependente antes dos 18 anos de idade⁽⁴⁾.

O aumento da atividade sexual do adolescente e de seu peso na fecundidade do País tem levado a uma preocupação maior por parte dos estudiosos com a saúde reprodutiva dos jovens. O número de bebês nascidos de mães com menos de 15 anos vem aumentando. Na média,

para o Brasil, esse número aumentou de 6,9 por mil nascidos vivos em 1994 para 8,8/1000 em 2005, o que representa um crescimento de 28,6%. Em 1994, eram 18 mil bebês nascidos de crianças e adolescentes menores de 15 anos; em 2005, foram 27 mil⁽⁵⁾.

Considera-se que essas ocorrências sejam frutos das buscas por satisfações e prazeres, de uma mente atrapalhada com as novas descobertas e de um corpo em mutação ainda desconhecido. Nesta corrida que ele acredita ser contra o tempo, o adolescente também se esforça para adquirir sua autonomia, que significa ter domínio para dirigir a própria vida, para definir metas, sentimentos de competência e habilidade para regular as próprias ações⁽⁶⁾.

Dessa forma, autonomia humana significa buscar a compreensão profunda da sua liberdade, para a qual inexistente uma maneira absoluta, ela é sempre mediada pelo mundo da vida em suas múltiplas experiências históricas do viver⁽⁷⁾. Só quando somos capazes de interpretar a vida em sua manifestação plena é que podemos trazer da vida sua vitalidade criativa e libertadora, ou seja, não existe autonomia já determinada e imediata, ela é sempre uma conquista, está ligada às condições socioexistenciais do modo de ser no mundo.

Nessa expectativa, a autonomia é construída na medida em que existe uma relação de seu mundo interno, de sua própria auto-organização, com as condições externas em que ele se desenvolve. Sendo assim, para conhecer o potencial autônomo do sujeito, é fundamental compreender que tipo de relações o adolescente estabelece na sua vida social⁽⁸⁾.

Por esse prisma, o desenvolvimento da autonomia é parte do processo de desenvolvimento do jovem e envolve, necessariamente, transformações nas relações familiares com o intuito de preparar o adolescente para o ingresso na vida adulta, transformações estas que nem sempre os pais estão dispostos a realizar. Essas mudanças estão relacionadas a autoridade, disciplina, estilo de vida, estilo de educação e de comunicação e, principalmente, de adaptação⁽⁹⁾.

Nessa conjuntura, situam a família como tendo papel importante no desenvolvimento do cuidado à saúde de seus membros, visto que em algumas situações os serviços assistenciais não têm satisfeito as necessidades da população⁽¹⁰⁾. Por isso, torna-se necessária a elaboração de estratégias que visem à orientação e priorizem a família como centro do processo de cuidado à saúde do adolescente.

Os membros familiares são, dessa forma, visualizados como cuidadores em situação de doença que realizam o cuidado sob a forma de proteção do indivíduo, para garantir segurança física, emocional e

social da família e promover a vida e o bem-estar dos seus integrantes⁽¹¹⁾. Logo, a sensação de bem-estar ou de satisfação está intimamente ligada à forma como o indivíduo é capaz de lidar e absorver a ocorrência desses episódios na vida.

Nessa perspectiva, consideram que os cuidados e a busca por serviços de saúde estão diretamente associados às percepções socialmente construídas em torno dos problemas mais emergentes nessa etapa, tais como a sexualidade, a necessidade de entender a contracepção e a gravidez⁽¹²⁾, para as quais as políticas públicas em saúde elaboram programas orientados para a prevenção de comportamentos de risco.

Foi com a perspectiva da possibilidade de autonomia do adolescente, da intervenção positiva da enfermagem e ancorada no olhar complexo sobre o cuidado da saúde do adolescente que se projetou a minha intenção neste estudo. Para essa realização, propusemos as questões que nortearam o estudo: *Quais os significados atribuídos pelos adolescentes para autonomia do cuidado na perspectiva de um viver saudável? Quais as interações experienciadas na realização deste cuidado?*.

Diante dessas questões, elaboramos como objetivo: *Compreender o significado de autonomia do cuidado para o adolescente e suas interações na perspectiva de um viver saudável.*

METODOLOGIA

É um estudo qualitativo-exploratório, realizado pelo método da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), ou Grounded Theory⁽¹³⁾, e sustentado na teoria da complexidade.

O estudo foi desenvolvido na região Norte do País, na cidade de Belém, na casa Saúde da Família, como são denominadas as instituições que desenvolvem a Estratégia Saúde da Família nesse município. O número de participantes e os respectivos grupos amostrais foram se configurando a partir da análise dos dados e das reflexões sobre as categorias que iam sendo construídas. Os grupos e participantes foram incluídos para garantir refinamento e densidade às categorias iniciais, utilizando a técnica Amostragem Teórica, como definido pela Teoria Fundamentada em Dados (TFD). Os sujeitos desta pesquisa foram adolescentes, pais, professores e enfermeiros, totalizando 27 participantes.

Seguindo os critérios éticos definidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁽¹⁴⁾, preocupamo-nos em somente iniciar a coleta de dados após o parecer formal do Comitê de Ética da UFSC, que

foi dado sob o nº 279/08, e da autorização da Secretaria Municipal de Saúde.

A amostra não é predeterminada ou definida antes da investigação, mas durante o processo, concomitantemente à saturação das informações coletadas. Com os adolescentes, a coleta dos dados foi realizada por meio de textos escritos, recorte, colagem em grupo e entrevistas gravadas em gravador digital. Com os demais participantes, utilizou-se a entrevista. A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro a novembro do ano de 2009.

Com os adolescentes, a coleta ocorreu em três momentos distintos e em três grupos. As questões trabalhadas por eles foram:

- 1- A sua experiência de cuidado para ter uma vida saudável e comentário sobre se conta com alguém para lhe ajudar.
- 2- A sua experiência quanto à autonomia do cuidado do adolescente para ter uma vida saudável e quais as interações necessárias para a execução deste.
- 3- O significado de autonomia do adolescente para o cuidado na perspectiva de viver saudável e sobre as interações feitas para realização desse cuidado.

No intuito de averiguar os conceitos elaborados, dirigimo-nos para o segundo grupo amostral, os pais. Para estes, a pergunta foi: *Como a família pode contribuir na construção da autonomia do adolescente para o cuidado na perspectiva de um viver saudável?*.

As falas e significados apontaram para a existência de outros parceiros que podem participar nesta construção. Assim, partimos para o terceiro grupo amostral, os professores, para os quais elaboramos a seguinte pergunta: *O que a escola precisa fazer para que o adolescente desenvolva sua autonomia para cuidar de si na perspectiva de ter uma vida saudável?*.

A questão dirigida ao participante enfermeiro foi: *O profissional enfermeiro utiliza alguma estratégia em suas atividades laborativas que contribua no processo de desenvolvimento da autonomia do cuidado pelos adolescentes para um viver saudável?*.

A análise foi realizada de acordo com os pressupostos estabelecidos pela TFD, ou seja, os dados foram coletados, codificados e analisados simultaneamente e de forma comparativa.

RESULTADOS

A análise dos dados permitiu a identificação da categoria conceitual “**Entendendo a relação entre autonomia e dependência do adolescente para o cuidado na perspectiva do viver saudável**”, que

retrata a compreensão dos significados de autonomia do cuidado para um viver saudável evidenciada pelos adolescentes, família, e profissionais da educação e saúde. Ela foi representada por conceitos organizados e expressa nas categorias que a compõem: *O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si; Compreendendo a dependência do outro como dimensão necessária à aquisição da autonomia do cuidado pelo adolescente para um viver saudável; Reconhecendo o ambiente social como espaço para o adolescente desenvolver a autonomia do cuidado para um viver saudável; Relacionando os aspectos políticos e sociais da atenção a saúde do adolescente; Indicando a escola como parceira na aquisição da autonomia do cuidado por adolescentes para um viver saudável; Valorizando a orientação do profissional de saúde no processo de aquisição da autonomia do adolescente para o cuidado com vistas a viver saudável.*

Tais categorias serão a seguir apresentadas e ilustradas com exemplos extraídos das observações e entrevistas com os participantes.

Entendendo a relação entre autonomia e dependência do adolescente para o cuidado na perspectiva do viver saudável foi o fenômeno identificado no transcurso desta experiência.

Este fenômeno explicado à luz do pensamento complexo pode ser compreendido pelo princípio de dependência da independência extraído dos princípios fundamentais que governam a relação entre a auto-organização dos seres vivos e o ecossistema/organização. “A independência cresce ao mesmo tempo que a dependência. Quanto mais autônomo, quanto mais complexo se torna um ser, mais esta complexidade depende das complexidades eco-organizadoras que o alimentam. A liberdade depende de suas condições de formação e desenvolvimento e, uma vez consumada, permanece como liberdade retroagindo sobre as condições das quais depende”^(15:83).

O adolescente, em sua essência humana complexa, tem necessidade de vivenciar acontecimentos perturbadores e agressivos que desempenham o papel de desafio e que desencadeiam realizações e superações. Entretanto, esses mesmos seres que requerem perturbações para sua realização têm em contrapartida uma necessidade cada vez maior de serem cercados de calor afetivo, cuidados, atenções, carícias, abraços maternos, fraternidade e proteção dos adultos.

O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si foi a categoria que sentimos emergir como condição causal neste processo, por indicar necessidades de aconchego, proteção e a existência de uma família

presente que conduza o adolescente no exercício de sua autonomia para um viver saudável. Ela surgiu onde havia sentimento de imaturidade e a necessidade de ser cuidado, a partir das orientações de famílias que fossem a referência e o porto seguro àquele adolescente. Assumir essa postura é assumir sua condição de dependente não só de sua família, mas sobretudo do grupo social em que está inserido. Assumir essa dependência é ter a compreensão de que não pode seguir sozinho, que precisa de companhias para percorrer sua estrada. Esta necessidade pode ser percebida na fala a seguir.

Bem, a minha mãe está sempre ali, me orientando para o cuidado higiênico e cuidado com minhas roupas íntimas. (Japurá)

[...] Depois disso tive outros problemas de dor de cabeça e nos olhos. [...] Logo a minha mãe me levou no oftalmologista e aí fiquei bem. Sei que posso sempre contar com ela. (Coary)

A categoria **O adolescente expressando a necessidade de ajuda na construção da autonomia para o cuidado de si** expressa estar sensível aos sentimentos de afeto e à vinculação com os demais membros de sua família, onde a estima combina com exigências de aprendizagens pertinentes ao estágio de desenvolvimento; é considerar a adolescência como uma fase repleta de privilégios da existência humana, fase na qual as transformações orgânicas, cognitivas, sociais e afetivas do adolescente implicam demasiadamente em suas redes de relações, quer sejam elas a família, a escola, a sociedade, e em todas as demais que sejam possíveis o relacionamento humano, conforme se verifica nos relatos.

Alguns adolescentes, se não a maioria, necessitam de orientações da família e até de amigos para melhorar suas ações de cuidado. (Xingú)

A gente precisa de pessoas que possam ouvir pessoas que estejam dispostas a entender o que a gente precisa. A boa relação com a família é muito importante. (Purus)

Para tanto, faz-se necessária a instituição de ambiente de relações, ao que denominamos contexto.

Consideramos a categoria **Reconhecendo o ambiente social como espaço de influências para o adolescente desenvolver a autonomia do cuidado para um viver saudável** como o contexto em que se dá este processo. Entendemos que ela deve ser tratada como um sistema complexo, em virtude de suas múltiplas relações pertinentes ao desenvolvimento do ser. A entrada desse sistema é a família, que se relaciona com outras instâncias, resultando numa maior complexidade dessas relações, formando estruturas cada vez maiores que se inter-

relacionam entre si. Essas estruturas são ambientes nos quais as pessoas participam de alguma maneira, de forma direta ou indireta, durante sua caminhada em seu processo de viver, situação observada na fala a seguir.

O fato de morar neste espaço do canal não tem influenciado elas, pois isso vai depender de cada adolescente aqui desse pedaço. Eu sempre digo a elas: olhem com quem andam [...]. Não é que não se deva cumprimentar [...]. Agora, a gente não pode é sair de casa e se meter com eles. (Pintado)

A esses espaços ou ambientes⁽¹⁶⁾ denomina-se de microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema, respectivamente, como podem ser explicados a seguir:

➤ O microssistema é explicado como sendo o contexto vital no qual o adolescente está inserido num determinado momento (família, escola, igreja, rua, etc.).

➤ Já um mesossistema se constitui das inter-relações entre dois ou mais ambientes onde pessoas em desenvolvimento participam ativamente.

➤ Um exossistema se refere a um ou mais ambientes que não envolvem a pessoa em desenvolvimento como um participante ativo, mas no qual ocorrem eventos que afetam, ou são afetados, por aquilo que acontece no ambiente contendo a pessoa em desenvolvimento.

➤ Macrossistema refere-se às correspondências tanto de forma como de conteúdo, que existem ou poderiam existir em um nível maior da sociedade, bem como todos os sistemas que sustentam a correspondência entre os subsistemas (valores, representações sociais, tradições, etc.).

Assim, é de suma importância reconhecer que adolescentes e todos os demais componentes do ambiente natural e social são interdependentes e estão interconectados nesta rede. “Tais seres só podem construir e manter sua existência, sua autonomia, sua individualidade e sua originalidade na relação ecológica, ou seja, na e pela dependência com relação a seu ambiente; daí a ideia alpha de todo pensamento ecologizado: a independência de um ser vivo requer sua dependência com relação a seu ambiente. Todo ser aberto age e retroage em seu ambiente”^(17:25).

Consideramos a categoria **Relacionando os aspectos políticos sociais da atenção à saúde do adolescente** como condição interveniente, pois percebemos aspectos que ora refletiam como amenizadores e em outros momentos como comprometedores para o bom desenvolvimento humano. Diante do exposto, consideramos

relevante para essa discussão a privação de crianças e adolescentes da presença materna e paterna no seu dia-a-dia, fato este que pode estar contribuindo para o número crescente de doenças depressivas, obesidade, assim como de comportamentos desviantes dessa população. Neste aspecto, acreditamos que as instituições públicas, principalmente escolares, poderiam minimizar este tipo de agressão, mantendo a criança e o adolescente em dois turnos na escola e aproximando a família através de movimentos sociais em que filhos e pais pudessem interagir e se sentirem família.

Dessa forma, pais, alunos e professores teriam oportunidades de ao estar juntos poderem discutir e trabalhar a situação de violência que hoje amedronta a sociedade. Seriam estas situações trabalhadas em oficinas, onde todos pudessem trazer à tona a sua percepção sobre este problema, fazer sua análise, apresentando sua compreensão para que juntos introjetassem as mudanças advindas com o aprendizado ocorrido nesses momentos. Certamente seriam momentos de conflitos, mas que, se bem acompanhados por instrutores capacitados para lidar com essas diversidades, o resultado seria de respeito mútuo, mais afeto e amor entre os membros desses grupos. Espera-se que resultados assim adquiridos sejam expandidos de forma a chegar fora das escolas, mudando assim a rotina das sociedades.

Diante disso, as situações de violência seriam minimizadas. Crianças e adolescentes não receberiam maus tratos em suas casas e em consequência menos problemas e menos sofrimento. Com essas estratégias, seria possível reduzir o número de adolescentes prostituídos, grávidas, drogados e marginalizados. A escola, as quadras de esportes, profissionais engajados e o amor de suas famílias preencheriam as suas buscas, seus sonhos. Exemplos podem ser percebidos nas falas que seguem.

A gente tem medo da violência contra os filhos, porque onde você encosta, principalmente os jovens desavisados, já tem um querendo lhe fazer a cabeça [...]. No caso do meu filho, ele não está preparado, pode ser influenciado. (Pirarucu)

A escola virou um campo de brigas entre alunos. A gente está observando que ultimamente não tem quase diferença entre violência na escola e fora da escola. (Arara)

A escola não seria mais o ‘campo de concentração’ que se tem hoje, pois é assim que a visualizamos. A escola de hoje não preenche as necessidades dos alunos. Eles são submetidos a uma aprendizagem daquilo que não lhes interessa, as aulas não são criativas. A escola se tornou um campo pequeno para que adolescentes no auge de sonhos e

devaneios possam alçar os seus voos. Diante do que oferece a internet, o professor ficou defasado, não acompanhou o avanço tecnológico. A sala de aula se tornou uma prisão que embota pensamentos, e ideias são aprisionadas na mesmice de cada dia de geografia, história e ciências, entre um amontoado de cadeiras e criaturas desinteressadas.

Como resultado, criaturas doentes, fato amenizado pela possibilidade de um programa específico para atender adolescentes e jovens, o PROSAD, que, sendo uma iniciativa pública, não consegue desprender-se das estruturas organizacionais legislativas para assumir-se como uma prática no cotidiano de cada unidade básica de saúde. As poucas iniciativas se deparam com estruturas insuficientes, falta de planejamento e pessoal não capacitado para atender uma clientela tão específica e com características um tanto complexas. A essa expectativa, muitos profissionais cientes de suas responsabilidades sociais procuram, diante das improbidades públicas, tomar para si algumas responsabilidades relativas a essa particularidade. Surgem as ONGs, algumas movidas pela compaixão, outras pela possibilidade de se conviarem com o poder público e assim apropriarem-se de uma fatia da parca renda disponibilizada a ajudar aqueles que necessitam. Urge a necessidade de uma resposta à sociedade brasileira emitida pelos órgãos públicos no que tange a essa prerrogativa.

Para cuidar de todos os filhos, eu sempre procuro o Centro de Saúde, mesmo com as dificuldades que se tem para conseguir uma consulta. Tratamento diferente às vezes e só o das freiras, elas passaram uns remédios para meu filho, depois de muita correria teve que internar. (Pintado)

[...] Somente quando existir uma política de saúde e educação realmente comprometida em educar e oferecer serviços de qualidade nos órgãos públicos, qualificar profissionais na educação e saúde, desde a assistência ao pré-natal, levando esta mãe a desenvolver sua identidade e autoestima e repassar isso para os seus filhos. (Andirobeira)

A adolescência é uma fase de sonhos. Não podemos permitir que despertem para uma realidade assustadora, onde os homens deixaram de se amar, onde ronda a violência e a solidariedade não se faz presente, onde a escola não é mais um lugar de paz, tranquilidade, não é mais um lugar onde alguém possa se sentir protegido.

Na condição de estratégias utilizadas neste processo de compreensão do fenômeno em ação, duas categorias emergiram, a saber.

1. Indicando a escola como parceira na aquisição da autonomia para o cuidado por adolescentes para um viver saudável.

Para iniciar esta análise, utilizamos fragmentos da fala de um

participante.

[...] Que professor está ministrando essa disciplina? Qual o perfil desse professor? Qual a concepção que ele tem de família? [...] O modo como vai ser repassado é que entra o professor [...]. O modo como pode ser transmitido é que pode ser poesia, questão ambiental, história das sociedades, trabalhando consciência, arte, cinema e outras culturas. [...] Estes alunos terão contatos com outras possibilidades, terão outras visões e outras perspectivas diferentes de suas realidades [...]. A mudança de cenário pode ser propícia às mudanças nas percepções das diferentes realidades. (Araponga)

Olhamos a escola como um dos espaços socioculturais fundamentais para a humanização das gerações mais jovens. Entretanto, vejo nesta uma realidade um tanto preocupante, as crianças e os adolescentes não têm mais respeito aos seus professores e estes perderam a sua segurança, e sua postura. O professor deixou de ser o ídolo, o pilar, o sustentáculo da escola. O professor mudou de nome, hoje é instrutor, facilitador, coordenador. Deixou de ser idealista, criativo, alegre. Hoje é um ser mal-humorado, cansado de correr de uma escola a outra, cansado de ser desrespeitado, cansado de ver seu sonho desmoronando dia após dia.

Entretanto, ainda reconhecemos a escola como um dos espaços privilegiados para a formação do adolescente. Todavia, esta não vem atendendo às expectativas das demandas sociais atuais. Não conseguem ser criativas, não conseguem despertar os sonhos mais superficiais de sua clientela.

Mesmo assim, acreditamos na escola como lugar privilegiado para a construção da cidadania e de importância decisiva para a formação e transformação da subjetividade de seus atores, principalmente dos professores e alunos. O cenário não é convincente, pois as notícias, mesmo com os avanços numéricos com percentuais mais elevados de criaturas nas escolas, ainda nos preocupam. Nesse caso, a participação da família não corresponde às expectativas, como relata o participante.

Às vezes a família tem pouca contribuição [...]. Tenho ido às reuniões dos colégios de meus filhos e vejo, são poucos os pais que comparecem. (Pintado)

Análises recentes têm indicado que não vêm sendo cumpridas as funções atribuídas à escola, conforme a expectativa social. Relatórios, como os produzidos e editados regularmente pelo Sistema de Avaliação da Educação Básica (SAEB), bem como os do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) e, recentemente, o da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), informam que a escolarização, ainda,

não é direito efetivamente assegurado a todos (em 2007, apenas 70,1% das crianças com 4 ou 5 anos estavam na escola e 97,6% das crianças de 7 a 14 anos), além das condições mínimas de letramento para sobreviver em nossa sociedade que estão ausentes para mais de 14, 1 milhões de brasileiros⁽¹⁸⁾.

Todas essas evidências precisam ser analisadas em sua complexidade e focadas à luz das políticas públicas, especialmente das educacionais, das crenças e das metas que no cotidiano regulam as práticas de ensino e de aprendizagem, especialmente das relacionadas à formação dos profissionais da educação.

Precisamos acreditar que a escola pode mudar e corresponder à necessidade de milhões de jovens brasileiros.

Nessa expectativa, consideramos que, com o estreitamento das relações entre os professores e família, estes podem ter maiores informações a respeito de quem são os alunos, suas famílias, sua cultura, sua vida cotidiana, e isso pode ajudá-los a desenvolver o seu trabalho de forma mais competente. Por parte dos pais, relações mais estreitas com a escola podem favorecer a escolarização dos filhos por dar indicações à escola a respeito de suas expectativas e por contribuir para que este processo ocorra sem transtornos. Se as duas estabelecerem uma linguagem comum e estratégias definidas colaborativamente no trato de alguns aspectos do desenvolvimento e da escolarização dos estudantes, é possível que as crianças consigam ter um percurso acadêmico mais significativo. (REALI e TANCREDI, 2001).

A relação entre escola e famílias, dada à sua complexidade, deve ser tratada no âmbito de cada realidade específica. As escolas não são todas iguais – apesar de regidas por uma mesma legislação e apresentarem metas correspondentes – e os ambientes familiares são singulares, embora apresentem entre si semelhanças. (REALI e TANCREDI, 2001).

Como possibilidade de somar conhecimentos, experiências e trabalho, outra categoria emergiu como estratégia a ser utilizada para auxiliar no desenvolvimento do adolescente e na execução de cuidados que venham propiciar saúde na perspectiva de um viver saudável. Entendemos a participação dos profissionais de saúde como um eixo complementar, porém necessário nessa jornada. Assim surge a categoria **2: Valorizando a orientação do profissional de saúde no processo de aquisição da autonomia do adolescente para o cuidado com vistas a**

viver saudável.

Para corresponder a essa necessidade, é essencial que os profissionais de saúde demonstrem não somente o aprimoramento técnico científico, mas também que tenham atitude humana e sensibilidade ao trabalhar com adolescentes. Por sua vez, as ações direcionadas aos adolescentes necessitam de estratégias eficazes e eficientes, levando em consideração a suscetibilidade e vulnerabilidade a que estão submetidos.

[...] Somente quando você está trabalhando em uma unidade de referência para adolescentes, pois no dia-a-dia o que observamos nas unidades de saúde é a execução dos programas de imunização, odontologia [...]. É quando este adolescente já comparece com alguma patologia já instalada. (Andirobeira)

Dessa forma, para garantir a efetividade das intervenções, as ações deverão sempre estar pautadas no método participativo, como meio de encontrar subsídios para análise, compreensão e interpretação de achados qualificados para o estabelecimento do diagnóstico das necessidades e do perfil do grupo em que se trabalha.

[...] É muito importante este profissional na transição entre criança e a vida do jovem adulto, ele poderá lhe dar orientações e ser a pessoa que este adolescente confia. (Acapú)

É importante atentar para o fato de que não só os profissionais estejam preparados, mas que se tenha estrutura compatível ao desenvolvimento de ações coletivas e individualizadas, proporcionando aos adolescentes, quando necessário, a privacidade para o diálogo com o profissional. Esta estrutura deve ser complementada com equipamentos e material necessário ao atendimento resolutivo do adolescente.

É nossa posição que os pais, em alguns momentos, façam parte desta tarefa junto aos profissionais de saúde e educação, para que se sintam também preparados para orientar os seus filhos, pois é conhecida a existência de pais que se sentem inseguros para trabalhar algumas questões, como sexualidade, gravidez e outras, transferindo esta incumbência para a escola ou ao profissional da saúde.

Vale ressaltar que este trabalho pode não ser harmônico em virtude das características do adolescente. Os altos e baixos no humor, a convivência com as contradições e sentimentos em ebulição permanente fazem do trabalho com esse grupo um constante desafio àqueles que se propõem a investir nessa ideia.

[...] O profissional enfermeiro precisa estar preparado para trabalhar junto ao adolescente e o serviço melhor estruturado. (Seringueira)

Ao fazer essas considerações e tendo vivenciado algumas experiências junto aos jovens de escolas públicas no município de Belém, acredito na possibilidade de que o profissional enfermeiro possa ter um olhar diferenciado para essa clientela. Há muito, a Enfermagem vem progredindo expressivamente, buscando firmar-se como detentora do saber científico, sem, no entanto, deixar de lado o aspecto humanitário da profissão, tão importante nos dias de hoje.

Compreendendo a dependência como dimensão necessária à aquisição da autonomia do cuidado pelo adolescente para um viver saudável é a categoria que consideramos como consequência nesse processo vivenciado pelo adolescente deste estudo.

Podemos iniciar usando o Estatuto da Criança e do Adolescente⁽¹⁹⁾ para falar sobre as diversas dependências do adolescente. Em seu Capítulo III, Seção I, artigo 19, estabelece: "Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária [...]." De acordo com o ECA, a família é revestida de deveres e factível de ser punida. Ao mesmo tempo, todas as medidas de proteção reforçam o vínculo familiar como primeiro e fundamental no desenvolvimento da criança e do adolescente.

Como a família é a primeira instituição socializadora da criança, é ela que desempenha o papel de organizadora primária da sociabilidade, bem como dos laços de dependência emocional entre seus membros. As relações emocionais assumem aspectos diversos na dependência da situação social e econômica na qual a família se insere. Em sua dinâmica como um todo, a família sofre influência direta do econômico e do cultural, fato apreciado na fala da depoente.

[...] Eu desejava logo ter maioridade, assim podia me separar dos meus pais, morar sozinha, ser independente, ter minhas coisas [...] ter um canto só pra mim sem outras pessoas para me atrapalhar. Me sentia insatisfeita [...]. Depois fui tomando consciência de que a vida não é fácil como eu pensava [...]. Qualquer situação era motivo de briga com meus pais[...]. Agora tenho respeito por eles, mudei o meu jeito de pensar sobre a vida. (Uruará)

Dependemos do grupo social que se constitui pela vizinhança, pela escola, pelos grupos de amigos. Dependemos da escola, dos serviços públicos ou privados de qualquer natureza, direta ou indiretamente. Portanto a dependência é palavra/situação presente durante todo o processo de amadurecimento do ser humano e permanece por toda sua vida. Não existe possibilidade de qualquer ser viver e desenvolver-se prescindindo da dependência. Todos dependemos do ar

que oxigena a vida, dependemos de tudo que produz a terra como alimento, dependemos dos valores sociais, das culturas de todos os povos. Somos seres dependentes, vivemos da dependência, a nossa autonomia é alimentada pela dependência.

Somos parte de um todo e sendo parte temos registrado em nós as características do todo⁽²⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa trajetória para *compreender o significado de autonomia do cuidado para o adolescente e suas interações na perspectiva de um viver saudável*, foi possível abstrair o fenômeno: **Entendendo a relação entre autonomia e dependência do adolescente para o cuidado na perspectiva do viver saudável**. Após a análise à luz da complexidade e conduzindo a interpretação segundo a Teoria Fundamentada nos Dados, percebemos os participantes deste estudo como sujeitos histórico-sociais, com diferentes expectativas e sentimentos sobre o ser/viver/conviver a adolescência.

Ao assumir a dependência da família para desenvolver a autonomia do cuidado, o adolescente sinaliza que a família mostra-se a única possibilidade da sociedade desenvolver-se de forma digna, exercendo seu papel agregador, fortalecendo seus vínculos familiares e concretizando sua participação no desenvolvimento de seus filhos.

Entendemos as preocupações declaradas pelos pais e professores com relação à violência nas ruas, o consumo de drogas e as amizades. Embora essas questões estivessem sempre presentes na sociedade, não eram tão acentuadas quanto o que ocorre na atualidade. Essas famílias necessitam de uma estrutura social que as orientem nessa etapa que para elas é também repleta de ajustamentos, trocas e incertezas, de maneira que possam entrar em sintonia com os filhos adolescentes e conviverem de forma harmoniosa.

Ao relatar sobre o viver em família, os adolescentes se queixam sobre os limites que são impostos pelos pais, destacando as normas que se vêm envolvidos, especialmente quando desejam participar das atividades sociais de seus grupos. No entanto, acreditam que esses limites são necessários para a segurança e o bem-estar deles.

Há queixas da escola, porém sentem que este espaço é imprescindível para o desenvolvimento social e intelectual do sujeito adolescente, uma vez que neste espaço encontram-se as pessoas de sua idade, com os mesmos interesses e onde se formam os grupos de pertença. Esses grupos são importantes para desenvolverem nos adolescentes lideranças, respeito, valores, ética e convivência social.

Os adolescentes valorizam o cuidado à saúde e vislumbram a existência de serviços que correspondam às suas necessidades e de profissionais capacitados para entender e cuidar de uma clientela tão específica e especial.

Entendemos que a relevância deste estudo passa pela possibilidade de mudanças radicais de comportamentos e atitudes e até mesmo de paradigmas em relação à implementação de programas sociais mais consequentes, como olhar para o adolescente e não descontextualizar a família. Não é mais possível falar em políticas públicas eficazes sem se dar destaque à família como potencializadora destas ações.

Diante do conhecimento gerado por este estudo, espera-se, dentro dos limites a que este se propôs, ter contribuído para que este tema venha a despertar o interesse de muitas outras cabeças, que seja debatido, repensado e olhado por várias vertentes. As ideias aqui apresentadas são apenas uma introdução, um convite a uma discussão bem mais ampla e que envolva a sociedade como um todo numa corrente em que seus elos só venham agregar cada vez mais o adolescente a um mundo melhor.

REFERÊNCIAS

- 1 Pigozzi V. Celebre a autonomia do adolescente: entendendo o processo de iniciação na vida adulta. São Paulo: Editora Gente; 2002.
- 2 UNICEF. Relatório da situação Mundial da Infância. Caderno Brasil 2008; jan.
- 3 Associação Nacional dos Centros de Defesa da Criança e do Adolescente. Relatório sobre a situação dos direitos da Criança e do Adolescente no Brasil. Brasília: ANCED; 2004
- 4 Ministério da Saúde (BR). Política nacional de controle do Tabagismo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
- 5 Fundo das Nações Unidas para a Infância. Relatório da situação Mundial da Infância 2008. Caderno Brasil.[internet]. Brasília: UNICEF; 2008. [acesso em: 15 mai 2009]. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.pdf>
- 6 Noom MJ. Adolescent autonomy: characteristics and correlates. In: Noom MJ, Dekovic M, Meeus WHJ. Autonomy, attachment and psychosocial adjustment during adolescence: a double-edged sword?. *Journal of Adolescence* 1999; 22(6):771-783.
- 7 Silva JMS. Sujeitabilidade e autonomia: Um Olhar Hermenêutico da Formação de Lideranças no Mundo Plural. *Interfaces* 2006; 6(2).
- 8 Morin E, Prigogine I. A sociedade em busca de valores. Lisboa:

- Instituto Piaget; 1996. Disponível em :
http://www.livrariadafisica.com.br/detalhe_produto.aspx?id=32453
- 9 Rios Gonzáles JA. Los ciclos vitales de La família y la pareja: ?crisis u oportunidades?. Madrid: Editorial CCS; 2005.
- 10 Marcon SS, Lopes MCL, Fernandes J, Antunes CRM, Waidman MAP. Famílias cuidadoras de pessoas com dependência: um estudo bibliográfico. Online Braz J Nurs [Internet] 2006 [citado 2006 Jan 20];5(1). Disponível em:
<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printerFriendly/145/40>
- 11 Elsen I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. 2a. ed. Maringá: Eduen; 2004.
- 12 Unbehaum S, Cavasin S, Silva VN. Juventude e Prevenção das DST/AIDS [internet] 2000. Disponível em:
<https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/textos/ECOS/juventude.pdf>
- 13 Strauss A, Corbin J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. 288p.
- 15 Morin E. O Método 6 : Ética. Edgar Morin. São Paulo: Sulina; 2005.
- 16 Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
- 17 Morin E. O método 1: a natureza da natureza. Porto Alegre: Sulina; 2008.
- 18 Pullin, EMMP, Moreira, LSG. Prescrição de leitura na escola e formação de leitores. Ciências & Cognição 2008;13(3):231-242.
- 19 Lei n. 8069 de 13 de julho de 1990 (BR). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. [internet]. [citado 5 ago 2008]. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L8069.htm>
- 20 Morin E. Método 3: O conhecimento do conhecimento. Porto Alegre: Sulina; 1999.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nestas considerações, procuramos destacar alguns pontos de vista e situações expostas ao longo do trabalho. Não se trata de resumir os temas abordados, mas sim de evidenciar algumas teses de importância geral. A interpretação situou-se à luz do pensamento complexo, utilizando, para isso, a Grounded Theory como referencial metodológico, o que possibilitou uma nova perspectiva e compreensão para a situação investigada.

Nesse processo de análise, foi possível identificar a categoria central deste fenômeno, que explica a experiência do adolescente nesta trajetória: **Entendendo a relação entre autonomia e dependência do adolescente para o cuidado na perspectiva do viver saudável.** Esta representa uma interação entre desafios vividos pelos adolescentes ao longo do percurso dessa fase, chamada de adolescência, que transita entre a infância e a vida adulta, e comporta seis categorias relacionadas: *O adolescente assumindo necessitar de ajuda da família na construção da autonomia do cuidado para um viver saudável; Compreendendo a dependência como dimensão necessária à aquisição da autonomia do cuidado pelo adolescente para um viver saudável; Reconhecendo o ambiente social como espaço onde o adolescente possa desenvolver a autonomia do cuidado para um viver saudável; Aspectos políticos sociais da atenção à saúde do adolescente; Indicando a escola como parceira na aquisição da autonomia do cuidado por adolescentes para um viver saudável; Valorizando o profissional de saúde no processo de aquisição da autonomia do adolescente para o cuidado com vistas a viver saudável.* Estas seis categorias foram relacionadas às suas subcategorias e desta interação foi possível modelar uma forma de explicar este fenômeno.

O estudo mostrou que adolescentes reconhecem o processo pelo qual passam durante a fase do desenvolvimento na conquista pela autonomia. Sabem das transformações que sofre o corpo físico e das expectativas psíquicas e emocionais em função das diversificadas formas de relações que empreendem durante essa fase.

Os adolescentes buscam utilizar essas percepções para se afirmarem em seus grupos de iguais, nas relações com familiares, na escola e nos grupos de vizinhança.

Entende o adolescente que seu desenvolvimento se dá em contextos diversos, sendo a família o primeiro ambiente onde se inicia o processo de troca energética. As relações com o grupo familiar são

muito fortes, pois são impregnadas de efeitos culturais, valores sociais e características genéticas que têm grande influência sobre o indivíduo durante esta trajetória.

Os grupos de vizinhança e os grupos de iguais passam a ter uma forte razão para existirem e fazerem parte destes momentos imprescindíveis ao desenvolvimento pessoal. Nesses grupos, celebram a possibilidade de serem iguais, de falar a mesma língua, compreenderem os códigos cifrados usados nas formas de se comunicar. Se são eles os líderes ou são os comandados não importa, o importante é ser aceito em sua tribo.

Compreendem os adolescentes que nessa trajetória precisam seguir firmes, mesmo com encontros e desencontros, imbuídos das certezas/incertezas de um futuro com muitas expectativas e desejos incontidos de realizações mil. Esperam encontrar nesse caminhar pais, professores, profissionais e amigos que lhes dediquem afeto, carinho e um ‘porto seguro’, onde possam repousar naqueles momentos que as tormentas surgem no ‘mar das incertezas’, na tão árdua tarefa de viver essa fase da vida.

Estão conscientes de que vivendo na dependência da independência são livres, para construir uma imagem de si e do mundo ao seu redor.

Relacionar a autonomia à dependência nos parece uma mostra da necessidade que sente o adolescente dessa proteção familiar, e socialmente falando pressentem uma sociedade que amanhã será constituída por ele e seus pares.

Olhando os objetivos propostos no início deste estudo, que foram compreender os significados atribuídos pelos adolescentes à autonomia do cuidado para um viver saudável e quais as interações vivenciadas para realização deste cuidado, nota-se que foram elaborados com a intenção de se criar um modelo teórico baseado nos depoimentos dos sujeitos pela aplicação da TFD, um modelo que sugerisse a conformação explicativa para ações possíveis, nunca a finalização, pois a cada etapa há sempre um recomeço de múltiplas possibilidades.

Dessa forma, após o processo de análise realizado e apresentado anteriormente, a interconexão das categorias e em consonância com o modelo teórico proposto, apresento a tese de doutorado: **O adolescente promove a aquisição de sua autonomia para o cuidado, em consonância com os diversos tipos de contextos em que se encontra, a partir do enfrentamento das dificuldades e facilidades encontradas na própria realidade vivida, visando sempre nessas interações à possibilidade de viver saudável. Espera-se que esse**

conhecimento agregado ao fazer da enfermagem, configurado na dinamicidade/interatividade do cuidado em saúde, torne-se um importante instrumento na construção de políticas e ações de promoção do viver saudável destes sujeitos.

REFERENCIAS

ALMEIDA, I. S. de. **Desvelando o cotidiano do ser adolescente-hospitalizado: uma abordagem fenomenológica para enfermagem.** 2004. 163p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

ALMEIDA, Inez Silva de; RODRIGUES, Benedita Maria do R. D.; SIMOES, Sônia Mara Faria. Desvelando o cotidiano do adolescente hospitalizado. **Rev. bras. Enferm.**, v. 58, n. 2, p. 147-151, 2005.

AMORIM FILHO, Hugo de Andrade; SANTOS, Carolina da Franca Bandeira Ferreira; COLARES, Viviane, et al. O adolescente como população-alvo de estudos científicos. **Odontologia. Clín.-Científ.**, Recife, v. 5, n. 2, p. 103-107, abr/jun. 2006.

ANCED: Associação Nacional dos Centros de Defesa da Criança e do Adolescente. Fórum DCA. **Relatório sobre a situação dos direitos da Criança e do Adolescente no Brasil.** Brasília: ANCED, 2004

ÂNGELO, M. **Vivendo uma prova de fogo:** as experiências iniciais da aluna de enfermagem. 1989. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

ARABELA, Carmem. Menores abandonados dentro de casa. Disponível em: <<http://carmenarabela.wordpress.com/2008/11/12/menores-abandonados-dentro-de-casa/>> Acesso em: 05 janeiro 2010.

AYRES J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 6, v. 1, p. 63-72, 2001.

_____. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Rev Saúde Soc.**, n. 13, p. 16-29, 2004.

AYRES, J.R.C.M.; JÚNIOR, I. F. Saúde do Adolescente. In: SCHRAIBER, L. B. ; NEMES, M. I. B. ; MENDES-GONÇALVES, R. B. (org.) **Saúde do adulto:** programas e ações na unidade básica. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 66-85

BALLONE, G.J. Depressão na Adolescência. **PsigWeb**, 2003. Disponível em: <[http:// sites uol. Com.br/ gballone/adolesc. 2 html](http://sites.uol.Com.br/gballone/adolesc.2.html) <http:// sites uol. Com.br/ gballone/adolesc.2.html>> Acesso em: 10 novembro 2009.

BATISTA, M.a; TODESCAN, D. S. O desenvolvimento da identidade do adolescente. **Interações**, Rede de revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, ano V, v. 9, jan-jun. 2000.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002

BECKER, D. **O que é adolescência**. São Paulo: Brasiliense, 2003.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. 9a ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

BENKERT, R.; GEORGE, N.; TANNER, C., et al. Satisfaction with a school-based teen health Center: a report card on care. **Pediatr. Nurs.**, v. 33, n. 2, p. 103-9, Mar. Apr. 2007.

BOBBIO, N. **O futuro da democracia**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Subsecretaria de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente. Centro de Referência. **Estudos e Ações sobre Crianças e Adolescentes** - CECRIA. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2006.

_____. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de controle do Tabagismo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. **Normas de Atenção Integral do Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **PROSAD - Programa de Saúde do Adolescente**, bases programáticas. Brasília: Ministério da Saúde, 1989.

_____. **Políticas de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2003.

BRÊTAS, J.R.S. A mudança corporal na adolescência: a grande metamorfose. **Temas Desenvolv.**, v. 12, n. 72, p. 29-38, 2004.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano:** experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CALLIGARIS, C. **A adolescência.** São Paulo: Publifolha, 2000. Disponível em: <<http://www.google.com.br/search?hl=pt-BR&q=CALLIGARIS%2C+C.+A+adolesc%C3%AAncia.+S%C3%A3o+Paulo%3A+Publifolha%2C+2000.&btnG=Pesquisar&meta=&aq=f&oq>> Acesso em: 22 novembro 2009.

CANTO-SPERBER, M. (org). **Dicionário de ética e filosofia moral.** São Leopoldo: Unisinos, 2003.

CARTER, B.; Mc GOLDRICK, M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. In: CARTER, E.; McGOLDRICK, M. e cols. **As mudanças no ciclo da vida familiar:** uma estrutura para a terapia familiar. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 07-29.

CAVALCANTI, J. H. V.; XIMENES NETO, F. R. G. O adolescente na atenção primária em saúde: Uma análise das ações realizadas por enfermeiros na estratégia saúde da família. **Rev. Paul. Enf.**, v. 23, n. 3/4, p. 242-247, 2005.

CHAVES, Mario M. **Complexidade e transdisciplinaridade:** Uma abordagem multidimensional do Setor saúde. Rio de Janeiro: 1998.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida.** Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Coimbra: Edições técnicas, 1999.

CONO, M.A.T.; FERRIANI, M.das G.C.; ALVES, A.C., et al. A produção do conhecimento sobre adolescência na enfermagem: período 1993 a 1996. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n.1, p. 91 -97, jan. 1998.

CORDEIRO, Betinha; FERNANDES, Elizabeth .política de atenção integral à saúde dos adolescentes e jovens – Prosad. 2009. Disponível em: <<http://www.artigonal.com/rss/authors/150444>>. Acesso em: 22 novembro 2009.

COSTA, Walkyria Carvalho Nunes. **Abandono afetivo parental.** A traição do dever do apoio moral. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=12159>> Acesso em: 15

setembro 2008.

DANTAS, C.C.; LEITE, J.L.; LIMA, S.B.S., et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 4, 2009.

DAYRELL, Juarez. Juventude, grupos culturais e sociabilidade. **Revista de Estudos sobre Juventud**, ano 9, n. 22, p. 296-313, 2005.

DURANTE, Daniela Giaretta ; TEIXEIRA, Enise Barth . **Os limites e possibilidades de desenvolvimento humano nas teorias organizacionais**. Ijuí: Unijuí , 2008.

EDUARDES, Luz. **Adolescentes: o papel do grupo**. Disponível em: <<http://www.mujuernueva.org/articulos/articulo.phtml?id=7329&td=0&tse=ANA>> Acesso em: 2 janeiro 2010.

ELSEN, I, Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSÉN, I; MARCON, S. S.; SILVA, M.R.S.(org.) **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2.ed. Maringá: Eduen, 2004. 398p.

ERDMANN, A. L. et al. Gestão das Práticas de Saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto & contexto Enfermagem**,v. 15, n. 3, p. 483-491, 2006.

EUGLUND, A. C; HARTMAN, J.; SEGESTEN, K. Assisting teens with asthma to take command. **Scand j. Caring Sci.**, v. 20, n. 2, p. 193-201, jun. 2006.

FERREIRA, M.A.; ALVIM, N.A.T.; TEIXEIRA, M.L.O., et al. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 217-24, 2007.

FLEMING. Genero y autonomia en la adolescencia: lãs diferencias entre los chicos y las chicas autentan a los 16 años. **Revista eletrônica de investigacion psicoeducativa y psicopedagogica**, v. 3, n. 2, p. 33- 52, 2005.

FLEMING, M. M. S. P. V. Autonomia comportamental na adolescência percepções das atitudes parentais. 1988. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto, 1988.

FONSECA, A. D. da.; GOMES, V.L. O. Manifestações de gênero no processo de adolescer. **Acta. Scientiarum. Health. Sciences**. Maringá, v. 26, n. 1, p. 231-237, 2004.

FRACOLLI, L.A.; ZOBOLI, E.L.C.P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o programa Saúde da Família. **Rev Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 2, p. 143-51, 2004.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 15. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

FREITAS, Lia Beatriz de Lucca. Piaget e a Consciência Moral: Um Kantismo Evolutivo? **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, n. 2, p. 303-308, 2002.

FREITAS, L. **Adolescência, família e drogas – A função paterna e a questão de limites**. Rio de Janeiro: Mauad, 2002.

GLASER, B.G.; STRAUSS, A.L. **The discovery of grounded theory**. New York (USA): Aldine, 1967.

_____. **The discovery of grounded theory: strategies for qualitative Researche**, Chicago: Aldine Publishing Company, 1967.

GLASER, B. G. **Theoretical Sensitivity**. Mill Valley CA: Sociology Press, 1978.

_____. **Basics of Grounded Theory Analysis: Emergence vs Forcing**. Mill Valley, CA: The Sociology Press, 1992.

GOLDIM, José Roberto. **Princípio do respeito à pessoa ou da autonomia**. 2004. Disponível em:

<<http://www.ufrgs.br/bioetica/autonomi.htm#Mill>> Acesso em: 10 outubro 2009.

GOMEZ, J.R.L.; LOPEZ, C.B. de. **Salud Del adolescente**. Valência: Clemente Editores, 1997.

GROH, Ivanete Lago. **Participação da comunidade na escola pública: as percepções de professores, alunos e pais sobre projetos em parceria escola, comunidade e empresa**. 2009. Disponível em:

<http://www6.univali.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=10> Acesso em: 2 janeiro 2010.

GUARIGLIA, Fabiana; BENTO, Silvana Ferreira; HARDY, Ellen. Adolescentes como voluntários de pesquisa e consentimento livre e esclarecido: conhecimento e opinião de pesquisadores e jovens. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n.1, p. 53-62, 2006.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo: parte 1**. Tradução Márcia de Sá Cavalcante. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Contagem populacional**. 2007. Disponível em:
<http://www.ibge.gov.br/lojavirtual/fichatecnica.php?codigoproduto=8949>

KAMII, C. **A criança e o número**. Campinas: Papirus, 1985.

KANT, I. Crítica da razão pura. In: **Os Pensadores**. Trad. Valério Rohden e Udo Valdur Moosburger. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

KAYAYAN, Agop. **O estatuto da criança e do Adolescente. O Brasil pode**. 2000. Disponível em: <<http://www.eca.org.br/eca.htm#pode>>
 Acesso em: 15 janeiro 2010.

LALANDE, 1999, **Autonomia em cena**. 1999. Disponível em:
 <http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/.../0410560_06_cap_03.pdf>

MACHADO, M.V. P.; ZAGONEL, I. P. S. O processo de cuidar da adolescente que vivencia a transição ao papel materno. **Cogitare Enfermagem**, v. 8, n. 2, 2003.

MAIA, C.B. **O significado da aids na vida das mulheres profissionais de saúde: do indizível à realidade**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, 2004.

MALDONADO, M.T. **Vida em família: conversas entre pais e jovens**. 4. ed. São Paulo: Saraiva, 1996.

MARCON, S.S.; LOPES, M.C.L.; FERNANDES, J., et al. Famílias cuidadoras de pessoas com dependência: um estudo bibliográfico. **Online Braz J Nurs**, v. 5, n. 1, 2006. Disponível em:
<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printerFriendly/145/40>

MARTINS, M.F.D.; COSTA, J.S.D. da; SAFORCADA, E. T., et al. Qualidade do ambiente e fatores associados: estudo em crianças. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 710-718, mai-jun, 2004.

MARTINS, Angela. **Ser é ser percebido**. Disponível em:
 <<http://www.terapeutaangelamartins.com.br/terapia-filhos/ser-e-ser-percebido.html>> Acesso em: 28 dezembro 2009.

MCGOLDRICK, M.; GERSON, R. Genetogramas e o Ciclo de Vida Familiar. In CARTER, B.; MCGOLDRICK, M.; COLS **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. Porto

Alegre: Artmed, 2001.

MESCHKE, L.; BARTHOLOMAE, S.; ZENTHALL, S. Adolescent sexuality and parent-adolescent process: promoting healthy teen choices. **Journal of Adolescent Health**, v. 31, p. 264-279, 2002.

MINAYO, M. C. S. Contextualização do debate sobre violência contra crianças e adolescentes. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 13-16.

_____. **Desafio do conhecimento**. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2000.

MIZIARA, Leni Aparecida Souto; FRATARI, Eloiza Helena. Educação continuada: espaço para construção de uma educação democrática voltada para a formação da cidadania. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2. Belo Horizonte, 12 a 15 de setembro de 2004. **Anais...** Belo Horizonte, 2004.

MORIN, E., MOIGNE, J.L.L. **A inteligência da complexidade**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MORIN, Edgar. **Método 3: O conhecimento do conhecimento**. Porto Alegre: Sulina, 1999.

_____. **Método 5: A humanidade da humanidade**. Porto Alegre: Sulina, 2002.

_____. **O método 6: ética**. 3a ed. Porto Alegre: Sulina, 2007. 222p

_____. **Introdução ao pensamento complexo**. 3. ed. Porto Alegre: Sulinas, 2007.

_____. **Meus demônios**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1987.

_____. **O método 1: a natureza da natureza**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

MORIN, E.; PRIGOGINE, I., et al. **A sociedade em busca de valores**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

MUSSI, F.C.; FERREIRA, S.L.; MENEZES A.A. de; Vivências de mulheres à dor no infarto do miocárdio. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 2, p. 170-8, 2008.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 3, 1996.

NOOM, M. J. Adolescent autonomy: characteristics and correlates. In: NOOM, M. J.; DEKOVIC, M.; MEEUS, W. H. J. Autonomy, attachment and psychosocial adjustment during adolescence: a double-edged sword?. **Journal of Adolescence**, The Netherlands, v. 22, n. 6, p. 771-783, 1999.

NOOM, M. J.; DEKOVIC, M.; MEEUS, W. H. J. Autonomy, attachment and psychosocial adjustment during adolescence: a double-edged sword?. **Journal of Adolescence**, v. 22, n. 6, p. 771-783, 1999.

OSELKA, G.W.; TROSTER, E.J. Aspectos éticos do atendimento do adolescente. **Rev Assoc Med Bras.**, v. 46, n. 3, p. 306-7, 2000.

OSÓRIO, L.C. **Casais e famílias: uma visão contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PATRÍCIO, Z. M. O cuidado com a qualidade de vida dos adolescentes: um movimento ético e estético de “koans e tricksters”. In: RAMOS, F.R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (orgs.). **Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000. p. 121-143.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo**. Uma questão bioética numa abordagem holístico-ecológica. 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

PAVIANI, Jayme. Disciplinaridade e Interdisciplinaridade. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL INTERDISCIPLINARIDADE, HUMANISMO, Universidade, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, 12 a 14 de Novembro 2003. **Anais...** Porto, 2003. Disponível em: <<http://www.humanismolatino.online.pt>>

PEREIRA, E. D. Adolescência: um jeito de fazer. **Revista da UFG**, v. 6, n. 1, jun. 2004.

PETRAGLIA, Izabel. Sete Idéias Norteadoras da relação Educação e Complexidade. In: XIII ENCONTRO NACIONAL DE DIDÁTICA E PRÁTICA DE ENSINO (ENDIPE), Recife, 2006. **Anais...** Recife, 2006. Disponível em: <<http://www.mettaolhar.com.br/bra/manifesto/Sete%20id%C3%A9ias%20norteadora>> Acesso em: 23 abril 2008.

PIGOZZI, Valentina. **Celebre a autonomia do adolescente:**

entendendo o processo de iniciação na vida adulta. São Paulo: Gente, 2002

POSSEBOM, Adriana Tomazzoni; LAZZAROTTO, Elizabeth Maria. Orientação sexual dos adolescentes em tempos de DSTs/AIDS. In: 2º SEMINÁRIO NACIONAL ESTADOS E POLÍTICA SOCIAL NO BRASIL, Cascavel, 2005. **Anais...** Cascavel, 2005.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. Família e desenvolvimento psicológico na adolescência. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, mai/ago. 2007.

PRETO, N.G. Transformação do Sistema Familiar na Adolescência. In CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. e cols. **As mudanças no ciclo de vida familiar**: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artmed, 2001.

PREUSCHOFF, G. **Criando meninas**. São Paulo: Fundamento Educacional, 2003.

PULLIN, E. M.M.P.; MOREIRA, L de S.G. Prescrição de leitura na escola e formação de leitores. **Ciências & Cognição**, v. 13, n. 3, p. 231-242, 2008.

RAMOS, C. A. Coação e autonomia em Kant. **Ethic@**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 45- 68, Jun. 2008.

RAMOS, F.R.S. Bases para uma resignificação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: RAMOS, F.R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (orgs.). **Projeto Acolher**: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal, 2000.

REALI, Aline M. de Medeiros Rodrigues; TANCREDI, Regina M. Simões Puccinelli. Desenvolvendo uma metodologia de aproximação entre a escola e as famílias dos alunos com a parceria da universidade. In: IV SEMPE – Seminário de Metodologia para Projetos de Extensão, São Carlos 29-31 ago 2001. **Anais...** São Carlos, 2001.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Adolescentes saúde sexual e saúde reprodutiva**: Dossiê. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004.

REICHERT, C. B.; WAGNER, A. Autonomia na adolescência e sua relação com os estilos parentais. **PSICO**, Porto Alegre, v. 38, n. 3, pp. 292-299, set./dez. 2007.

RIOS GONZÁLES, J. A. **Los ciclos vitales de La família y la pareja: ?crisis u oportunidades?.** Madrid: Editorial CCS, 2005.

ROCHA, C.R.M; TASSIANO, C.M.L.M; SANTANA, J.S.S.
Acompanhamento dos adolescentes na família. In: ABEn. **Adolescer: compreender, atuar, acolher.** Brasília (DF): Associação Brasileira de Enfermagem, Ministério da Saúde, 2001. p. 38 –44.

RODRIGUEZ-TOME, Héctor. Pubertad y psicología de la adolescencia. In: MACERES, A. P. **Los Adolescentes en el Siglo XXI.** Barcelona: Editorial UOC, 2003. p. 87-88.

ROSA, Maria Virginia de Figueiredo Pereira do Couto. **A entrevista na pesquisa qualitativa:mecanismo para validação dos resultados.** Belo Horizonte: Autentica, 2006.

RUZANY, M.H. **Mapa da situação de saúde do adolescente no Município do Rio de Janeiro.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2000. 113 p.

SAITO , M. I.; LEAL, M.M. **Fórum 2002 contracepção, adolescência e ética.** Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas – FMUSP. São Paulo, 23 de novembro de 2002.

SANTOS, S.M.J.; NÓBREGA, M.M.L. Ações de enfermagem identificadas no Projeto CIPESC e utilizadas no cuidado de pacientes com AIDS. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 4, p. 369-78, 2004.

SANTOS, S.R. dos; NÓBREGA, M.M.L. da; FILHO, J.R. Paradigm shift in the development of nursing information systems. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.1, n.3, 2002. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/objn103santosetal.htm>>

SAYÃO,Roseli. **Como educar meu filho.** São Paulo: Pipifolha, 2003.

SCUCATO, Rosângela. **As significações sobre autonomia e cuidado de si vivenciadas pelo enfermeiro no cotidiano de ações e interações.** 2004. 100f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

SEGRE, M.; SILVA, F. L.; SCHRAMM, F. R. O contexto histórico, semântico e filosófico do princípio de autonomia. **Portal do Médico.** 2005. Disponível em: <<http://www.portaldomedico.org.br/revista/bio1v6/conthistorico.htm>>. Acesso em: outubro de 2009.

SIGNORETTI, Adriana Elizabeth R.S; MONTEIRO, Keila Klink; DIAS, Lobélia Maria D. de Oliveira, et al. Educação e cuidado: Dimensões afetiva e biológica constituem o binômio de atendimento. **Revista do Professor**, Porto Alegre, v. 18, n. 72, p. 5-8, out/dez. 2002.

SILVA, L.W.S.; NAZÁRIO, N.O.; SILVA, D.S., et al. A arte na enfermagem: iniciando um diálogo reflexivo. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 1, p. 120-3, 2005.

SILVA, Cristina Teixeira Marques Vieira da. **Encontros, desencontros ou confrontos entre gerações?** Um estudo sobre famílias com adolescentes na contemporaneidade. Dissertação (Mestrado em Psicologia) Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, I.J.; OLIVEIRA, M.F.V. de; SILVA, S.E.D., et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev Esc de Enferm. USP**, v. 43, n. 3, p. 693-703, 2009.

SILVA, José Maurício Soares da. Sujeitabilidade e autonomia: Um Olhar Hermenêutico da Formação de Lideranças no Mundo Plural. **Interfaces**, v. 6, n. 2, 2006.

SILVEIRA, LUIZA Maria de Oliveira Braga. **Família e escola: em busca de uma (re)aproximação.** **Revista Eletrônica**. 2009. Disponível em: <[http://www.polemica.uerj.br/8\(1\)/artigos/contemp_3.pdf](http://www.polemica.uerj.br/8(1)/artigos/contemp_3.pdf)> Acesso em: 2 janeiro 2010.

SOUSA, Francisca Georgina Macêdo de. **Tecendo a teia do cuidado à criança na Atenção Básica de Saúde:** dos seus contornos ao encontro com a integralidade. 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SPEAR, H. J.; KULBOK, P. Autonomy and adolescence: a concept analysis. **Public Health Nursing**, Massachusetts, v. 60, n. 2, p. 144-152, 2004.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Bases de la investigación cualitativa.** Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Universidad de Antioquia, 2002.

_____. **Basics of qualitative research:** techniques and procedures for developing Grounded Theory. 2. ed. California: SAGE, 1998.

_____. **Pesquisa qualitativa.** Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.

TAKIUTI, A.D. **A adolescente está ligeiramente grávida.** E agora? São Paulo: Iglu, 1995.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 39, n.3, p. 507-14, 2005.

UNBEHAUM, Sandra; CAVASIN, Sylvia; SILVA, Valéria Nanci **Juventude e Prevenção das DST/AIDS.** Disponível em: <<https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/textos/ECOS/juventude.pdf>>

UNESCO. **O manifesto 2000 por uma cultura de paz e não-violência.** Disponível em: <<http://www.unesco.org.br/manifesto2000>>

UNICEF. **Saúde e prevenção nas escolas;** Pesquisa “saúde e educação: cenários para a cultura de prevenção nas escolas. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001840/184073POR.pdf>>. Acesso em: 01 janeiro 2001.

_____. Relatório da situação Mundial da Infância. **Caderno Brasil**, janeiro 2008.

Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzato; 1998.

WINNICOTT, D.D. **Natureza Humana.** Tradução de Davi Litman Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 1990.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Pais ou Responsáveis

Eu, Jacira Nunes Carvalho, Brasileira, Paraense, Enfermeira, Professora (Pesquisadora principal), juntamente com Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann (Pesquisadora responsável)Dra. Mary Elizabeth de Santana (Co-orientadora) queremos convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada: A vivência da autonomia do cuidado por adolescentes para um viver saudável: o olhar da enfermagem.

Nossos objetivos são: Compreender a autonomia do cuidado no processo de viver e ser saudável vivenciado por adolescentes; elaborar uma teoria sobre a autonomia do cuidado no processo de viver e ser saudável experienciado por adolescentes
Esse estudo será feito através de entrevistas, que terá a duração de 1 hora ou mais e será realizada em espaço a combinar, de preferência que seja em ambiente da Unidade de Saúde da Família.

Não pretendemos expor seu filho ou filha a riscos e o maior benefício será a possibilidade de conhecer suas vivências, suas interações no uso da autonomia para o exercício do cuidado de sua saúde, assim como, a compreensão deste processo (cuidado) agregada ao fazer da enfermagem, torna-se importante instrumento na construção de políticas e ações de promoção da saúde destes sujeitos.

Garantimos que seu filho ou filha não será identificado, pois seus depoimentos receberão um código e só serão utilizados para esse estudo.

Se você necessitar mais esclarecimentos, ou durante o estudo, não quiser mais que seu filho ou filha faça parte do mesmo, sinta-se à vontade para entrar em contato com as pesquisadoras, pessoalmente ou através dos telefones: Alacoque (48)3228-8312, Mary () Jacira 3266.4323 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, que analisou e aprovou este projeto (48) 3721-9206.

Nesses termos, tendo sido devidamente esclarecido(a), consinto livremente que meu filho ou filha participe do estudo e concordo com a divulgação dos resultados.

Nome do participante: _____

Nome do pai ou responsável: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____.

Pesquisador responsável: _____

Pesquisador principal: _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Participantes maiores de 18 anos

Eu, Jacira Nunes Carvalho, Brasileira, Paraense, Enfermeira, Professora (Pesquisadora principal), juntamente com Alacoque Lorenzini Erdmann (Pesquisadora responsável) Mary Elizabeth de Santana (Co-orientadora) queremos convidá-lo(a) para participar da pesquisa intitulada: A vivência da autonomia do cuidado por adolescentes para um viver saudável: o olhar da enfermagem.

Nossos objetivos são: Compreender a autonomia do cuidado no processo de viver e ser saudável vivenciado por adolescentes; elaborar uma teoria sobre a autonomia do cuidado no processo de viver e ser saudável experienciado por adolescentes
Esse estudo será feito através de entrevistas, que terá a duração de 1 hora ou mais e será realizada em espaço a combinar, de preferência que seja em ambiente da Unidade de Saúde da Família.

Não pretendemos expô-lo(a) a riscos e o maior benefício será a possibilidade de conhecer suas vivências, suas interações no uso da autonomia para o exercício do cuidado de sua saúde, assim como, a compreensão deste processo (cuidado) agregada ao fazer da enfermagem, torna-se importante instrumento na construção de políticas e ações de promoção da saúde destes sujeitos.

Garantimos que você não será identificado, pois seus depoimentos receberão um código e só serão utilizados para esse estudo.

Se você necessitar mais esclarecimentos, ou durante o estudo, não quiser mais participar, sinta-se à vontade para entrar em contato com as pesquisadoras, pessoalmente ou através dos telefones: Alacoque, (48) 3228-8312, Mary () Jacira 32664323 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC, que analisou e aprovou este projeto (48) 3721-9206.

**Nesses termos, tendo sido devidamente esclarecido(a),
consinto livremente em participar do estudo e concordo com a
divulgação dos resultados.**

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____.

Pesquisador responsável: _____

Pesquisador principal: _____

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA Pó-
 Rectoria de Pesquisa e Extensão
 Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

CERTIFICADO

11243

o Comitê de Ética na Pesquisa em Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o conteúdo no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

APROVADO

PROCESSO: 279/08 FR- 223142

TÍTULO: "A vivência da autonomia do cidadão por adolescentes para um viver saudável: o olhar da enfermagem". AUTORES:

Alacoque Lorenzini Erdmann e Jacira Nunes Carvalho

DPTO.: CCS/UFSC

FLORIANÓPOLIS, 03 de novembro de 2008.

Coordenador do C

UFSC - Prof.ª Washington Portela de Souza

ANEXO B – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

PORTARIA nº 003S0/2005-GABS/SESMNSESMAIPMB

A Exma SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, em exercício, da Prefeitura Municipal de Belém, no uso de suas atribuições legais, conforme dispõe o art. 5º do Decreto nº 42.49S-A-PMB, de 05 de agosto de 2004;

Considerando a solicitação para realização do projeto de pesquisa intitulado "A Vivência da autonomia do Cuidado por Adolescentes para um Viver Saudável" de autoria da Docente da UFPA, Professora Jaicira Nunes Carvalho.

Considerando o Parecer nº 16/200S da Comissão de Análise de Projetos de Pesquisa - CAPP/SESMA

Resolve:

Art. 10. Autorizar a realização da Pesquisa supracitada, sob supervisão da CAPP/SESMA

REGISTRA-SE, DÊ-SE CIÊNCIA, PUBLIQUE-SE E CUMpra-SE.

Belém, 17 de setembro de 2005.


Rejane Jatene de Oliveira
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO C – Instrução aos Autores - Acta Paulista de Enfermagem

Acta Paulista de Enfermagem



Universidade Federal de São Paulo
Departamento de Enfermagem

01/

Fev/2010

Acta Paulista de Enfermagem

ISSN 0103-2100

ACTA
PAULISTA DE ENFERMAGEM

Instruções aos Autores

Home

Sobre a Revista
Corpo Editorial
Como Publicar
Publishing Info
Assinaturas
Arquivo



SCOPUS

[English](#)
[Espanhol](#)

[Introdução](#)
[Seleção de Artigos](#)
[Carta de Apresentação](#)
[Revisão dos Pareceristas](#)
[Ineditismo do Material](#)
[Apresentação dos Originais](#)
[Exemplos de Referências](#)

Submissão Online



[Acesse arquivo PDF \(242kb\)](#)

Introdução

Acta Paulista de Enfermagem - (Acta Paul Enferm.), ISSN 0103-2100, publicação técnico-científica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo é publicada trimestralmente com o objetivo de divulgar a produção científica sobre temas relevantes de Enfermagem e áreas afins.

A Acta Paulista de Enfermagem aceita para publicação trabalhos elaborados por enfermeiros, outros profissionais de áreas afins e alunos de enfermagem, redigidos em português, espanhol ou inglês, ficando os textos dos mesmos, sob inteira responsabilidade dos autores, não refletindo obrigatoriamente a opinião do Editores da revista.

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente a Acta Paulista de Enfermagem e organizados segundo as indicações

descritas abaixo. A revista tem as seguintes seções:

Artigos Originais: trabalhos de pesquisa com resultados inéditos e que agreguem valores à Ciência Enfermagem, com no máximo 14 laudas. Sua estrutura é a convencional, isto é, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão/considerações finais em itens separados, sendo que será aceito subtítulos acrescidos a esta estrutura.

Artigos de Revisão: destinados a englobar os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, baseados em uma bibliografia pertinente, crítica e sistemática, acrescido de análise e conclusão, com no máximo 12 laudas.

Relato de experiência: destinados a descrever analiticamente a atuação da enfermagem nas diferentes áreas, limitada a 8 laudas.

Atualização: destinados a abordar informações atuais sobre temas de interesse da área, e potencialmente investigativos, com no máximo 5 laudas.

Resenhas: revisão crítica da literatura científica publicada em livros, orientando o leitor, em uma lauda, quanto as suas características e usos potenciais. Deve conter a referência completa do trabalho comentado.

Cartas ao editor - destinadas a comentários de leitores sobre trabalhos publicados na Revista, podendo expressar concordância ou discordância com o assunto abordado, em uma lauda.

[|topo|](#)

Seleção de Artigos

Na seleção de artigos para publicação, avalia-se o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas editoriais e à política editorial adotada pela revista. Nos trabalhos de investigação envolvendo seres humanos deve ser explicitada a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizada a pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. Os artigos de ensaios/pesquisas clínicas serão avaliados, somente se tiverem recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde e International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE),

cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

[|topo|](#)

Carta de apresentação

Os trabalhos deverão vir acompanhados de: a) carta do (s) autor (es), autorizando sua publicação e transferindo os direitos autorais à revista assinada por todos autores. Todos os autores devem assinar a carta enviada ao Editor Científico; b) contribuição dos autores e patrocinadores; c) declaração de insenção de conflitos de interesses; f) Termo de Consentimento Livre e Informado quando se tratar de pesquisas com seres humanos. Os modelos destas cartas encontram-se disponíveis no link: [Modelos de Cartas](#)

[|topo|](#)

Revisão dos pareceristas

Todos os trabalhos, após aprovação pelo corpo editorial, serão encaminhados para análise e avaliação de dois pareceristas, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas de sua manutenção. Somente após aprovação final dos editores e consultores, os trabalhos serão encaminhados para publicação.

O Corpo Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de aceitação do trabalho. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores. Os nomes dos consultores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores.

No caso de existir conflito de interesse entre os autores e determinados expertos nacionais ou estrangeiros, deve-se incluir uma carta confidencial num envelope selado dirigido ao Editor Científico da Acta Paulista de Enfermagem, indicando o nome das pessoas que não deveriam participar no processo de arbitragem. Esta informação será utilizada de forma estritamente confidencial. Da mesma forma, os consultores poderão manifestar-se, caso haja conflito de interesse em relação a qualquer aspecto do artigo a ser avaliado.

[|topo|](#)

Ineditismo do material

O conteúdo do material enviado para publicação na Acta Paulista de Enfermagem não pode ter sido publicado anteriormente ou ser encaminhado, simultaneamente, a outro periódico. Para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores.

[|topo|](#)

Apresentação dos Originais

Os originais devem ser redigidos na ortografia oficial e digitados em folhas de papel tamanho A4, com espaço 1,5, fonte Arial 12 e com as 4 margens de 2,5 cm. No preparo do original, deverá ser observada, a seguinte estrutura:

Cabeçalho: Título do artigo e subtítulo se houver com no máximo 12 palavras, em português, inglês e espanhol.

Nome do (s) autor (es) - Nome(s) e sobrenome(s) do(s) autor(es) pelo qual é conhecido na literatura. Nomes completos dos autores com indicação em nota de rodapé do título universitário máximo e a instituição a que pertencem. Destacar nome do autor responsável pela troca de correspondência, e-mail, fone e fax. O endereço eletrônico e para correspondência via Correio serão publicados.

Referência do artigo- o título do artigo deverá ser colocado antes do resumo, abstract e resumen, respectivamente.

Resumo: com no máximo 150 palavras. Incluir os resumos em português, inglês e espanhol, e devem preceder o texto. Para os artigos originais o resumo deve ser estruturado (Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão); para as demais categorias de artigos não é necessária estruturação.

Descritores: Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen e correspondem às palavras e expressões que identificam o conteúdo do artigo. Apresentar no máximo 5 descritores em português, inglês e espanhol. Usar para definição dos descritores: Descritores em Ciências da Saúde - DECS. (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/> e o Nursing Thesaurus do Internacional Nursing Index poderá ser consultado como lista suplementar, quando for necessário.

Texto: Deverá obedecer a estrutura exigida para cada categoria de trabalho, no caso de artigos originais (pesquisa) os resultados devem estar separados da discussão. O ítem conclusão/considerações finais não deve conter citações. As citações no texto devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, devem ser separadas por hífen; se forem aleatórias, devem ser separadas por vírgula.

No texto deve estar indicado o local de inserção das figuras, gráficos, tabelas, da mesma forma que estes estiverem numerados, seqüencialmente. Todas as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas deverão ser em preto e branco.

Agradecimentos: Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

Referências: As referências dos documentos impressos e eletrônicos seguem o Estilo Vancouver, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, atualizadas em 2007. disponível no endereço eletrônico www.nlm.nih.gov/citingmedicine/. O alinhamento das referências deve ser feito pela margem esquerda. Os títulos de periódicos devem ser abreviados de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus e International Nursing Index. Devem ser impressos sem negrito, itálico ou grifo, conforme os exemplos abaixo.

[|topo|](#)

Exemplos de Referências

Artigos de periódicos

Artigo Padrão

Um autor

Nóbrega-Therrien SM. A enfermeira e o exercício do poder da profissão: a trama da ambigüidade. *Acta Paul Enferm.* 2004; 17(1):79-86.

Dois autores

Queiroz MVO, Jorge MSB. Concepções de promoção da saúde e atuação dos profissionais que cuidam da criança. *Acta Paul Enferm.* 2004; 17(1):31-7.

Com três ou mais autores

Fernandes JD, Guimarães A, Araújo FA, Reis LS, Gusmão MC, Margareth Q. B. Traubco, MQB et al. Construção do conhecimento de enfermagem em unidades de tratamento intensivo: contribuição de um curso de especialização. *Acta Paul Enferm.* 2004;17(3):325-32.

Instituição como Autor

Center for Disease Control. Protection against viral hepatitis. Recommendations of the immunization. Practices Advisory Committee. *MMWR.* 1990; 39(RR-21):1-27.

Sem indicação de autoria

For more pregnant women getting antenatal care. *J Adv Nurs.* 2004;47(6):683-4.

Volume com suplemento

Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupation lung cancer. *Environ Health Perspect.* 1994; 102 Suppl 1:275-82.

Fascículo com suplemento

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996; 4(2 Supl):15-25.

Volume em partes

Milward AJ, Meldrum BS, Mellamby JH. Forebrain ischaemia with CA 1 cell loss impairs epileptogenesis in the tetanus toxin limbic seizure model. *Brain.* 1999; 122(Pt 6):1009-16.

Fascículo em partes

Jones J. Management of leg ulcers. *Nurs Times.* 2000; 96(43 Pt2):45-6.

Fascículo sem volume

Ribeiro LS. Uma visão sobre o tratamento dos doentes mentais no sistema público de saúde. Rev USP. 1999; (43): 55-9.

Sem fascículo e sem volume

Duhl L. A saúde e a vida cidadina. Saúde Mundo. 1990:10-2.

Artigo com errata publicada

Hamlin JA, Kahn AM. Herniography in symptomatic patients following inguinal hernia repair. West J Med. 1995; 162(1):28-31. Erratum in: West J Med. 1995; 162(3):278

Artigo no prelo

Silva LM, Clapis MJ. Compreendendo a vivência materna no primeiro contato com seu filho na sala de parto. Acta Paul Enferm. No prelo 2004.

Editoriais

Whitaker IY. Atendimento ao trauma: um vasto campo para a enfermeira [editorial]. Acta Paul Enferm. 2004; 17(2):131.

Livros e outras monografias

Individuo como autor

Cassiani SHB. Administração de medicamentos. São Paulo: EPU; 2000.

Editor, Organizador, Coordenador como autor

Almeida MCP, Rocha SMM, organizadoras. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997.

Instituição como autor e publicador

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2001.

Capítulo de livro

Furegato ARF. A conduta humana e a trajetória do ser e do fazer da enfermagem. In: Jorge MSB, Silva WV, Oliveira FB, organizadoras. Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 93-116.

Obs: Na indicação de edição o numeral ordinal deve ser mantido de acordo com o idioma original (5a ed., 5th ed. etc.)

Trabalho apresentado em evento

Abreu AS. Atuação do enfermeiro junto às necessidades educativas do paciente submetido à hemodiálise [resumo]. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2000 Out 21-26; Recife. Livro de resumos. Recife: ABEn Seção - PE; 2000. p. 10

Dissertação e Tese

Pirola SM. A equipe de enfermagem e o mito do trabalho em grupo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Escola de Enfermagem; 1999.

Cuenca AMB. O uso da Internet por docentes da área de Saúde Pública [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo - Faculdade de Saúde Pública; 2004.

Documentos legais (legislação, doutrina e jurisprudência)/

Brasil. Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1986; 26 jun. Seção 1:1.

Documentos em formato eletrônico

Artigo de periódico

Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Cienc Saúde Coletiva [Internet] 2004 [citado 2004 Nov 16]; 9(1):[cerca de 8 p.]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232004000100002&script=sci_arttext&tlng=pt

Monografia

São Paulo (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Entendendo o meio ambiente [Internet]. São Paulo; 1999. v. 1. [citado 2004 Nov 16]. Disponível em: <http://www.bdt.fat.org.br/sma/entendendo/indic1>

Tabelas: As tabelas deverão ser enviadas em folhas separadas do texto, ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos e encabeçadas por seu título, recomendando-se a não repetição dos mesmos dados em gráficos. Na montagem das tabelas, seguir as "Normas de apresentação tabular", estabelecidas pelo Conselho Nacional de Estatística e publicados pelo IBGE (1993). O limite são de 5 e tabelas.

Ilustrações: As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) deverão ser numeradas, consecutivamente com algarismos arábicos e citadas como **figuras**. Formato das ilustrações em tif, gif ou jpg. O título das figuras deve ser colocado na parte inferior. Devem ser suficientemente claras para permitir a reprodução. Os gráficos deverão vir preparados em programa processador de gráficos.

Legendas: Imprimir as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas figuras e tabelas. Cada legenda deve ser numerada em algarismos arábicos, correspondendo a cada figura e tabela e na ordem que foram citados no trabalho.

Abreviaturas e Siglas: Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. Nas legendas das tabelas e figuras devem ser acompanhadas de seu nome por extenso. As abreviaturas e siglas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

[|topo|](#)

ANEXO D – Instrução aos Autores – Revista Científica Referência

ISEN/C - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Revista Referência	+
Artigos	+
Guiões	+
ISEN/C	+
Unidade de Investigação	+

Informação aos Autores

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Os artigos propostos para publicação na Revista Científica Referência devem obedecer aos seguintes critérios:

- 1 - Serem originais e versarem temas de saúde, enfermagem ou educação;
- 2 - Apresentação do artigo:
 - Deverão ser enviados para a revista dois ficheiros:
 - Identificação dos autores (no máximo 6), com o nome e respectivas habilitações, categoria profissional, instituição onde exercem funções e os contactos (morada, e-mail, telefone);
 - Artigo integral, sem elementos que façam referência aos autores.
 - O artigo não deverá ultrapassar as 15 páginas incluindo referências, tabelas, quadros e figuras que sejam absolutamente necessárias para a compreensão do artigo.
 - O texto deve ser apresentado em formato Word, letra Arial, tamanho 11, espaço 1,5, sem formatação, páginas em formato A4, em coluna única, evitando negritos e sublinhados, variação de tipo de letra, fundos de cor, etc.
 - O artigo deverá incluir título (em português e inglês), resumo do trabalho (em português e inglês, não excedendo 200 palavras) e quatro palavras-chave (em português e inglês).
 - As fotografias, figuras, esquemas e gráficos devem ter um título e ser numeradas por ordem de inclusão no texto.
 - As citações no texto devem indicar o autor e a data de edição, exemplo: Pereira (2005) ou (Pereira, 2005). Deve indicar-se também o número de página no caso de citação textual, exemplo: Pereira (2005, p. 20) ou (Pereira, 2005, p. 20).
 - As referências bibliográficas devem ser elaboradas de acordo com a Norma Portuguesa (NP 405) e a bibliografia final organizada por apelido de autor (letra maiúscula) e ordenada por ordem alfabética.

Exemplo de apresentação de bibliografia final:

[http://www.isenfc.pt/pt/pt/pt/index.php?target=showContent&id=3319 \(1 of 3\) \(1/2/2010 21:08:22\)](http://www.isenfc.pt/pt/pt/pt/index.php?target=showContent&id=3319 (1 of 3) (1/2/2010 21:08:22))



Instituto de Investigação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Universidade de Coimbra

Referência

CADORET, M. (1998) - Corps en rythme, enfants en rites. *L'Information Psychiatrique*. Vol. 74, nº1, p. 13-19.

CANAIVAN, Paul K. (2001) - **Reabilitação em medicina desportiva: um guia abrangente**. 1ª ed. São Paulo: Manole.

DECRETO - LEI nº 129/04, "D.R. 1 Série", 128 (04-06-01) 3416-3420.

TONG, Josie (2002) - Citation style guides for internet and electronic sources [Em linha]. [Consult. 12 Jun. 2002]. Disponível em www.< URL: <http://www.library.uabertsa.ca/guides/citation/index.cfm>>.

ADAMS, Sally C.; RJCE, Robyn (2004) - O utente a receber terapêuticas de infusão no domicílio. In RJCE, Robyn - **Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação**. 3ª ed. Loures: Lusociência. P.337-357.

3 - Os artigos devem ser dirigidos ao Editor Chefe da Revista e enviados em versão papel para o endereço da Unidade de Investigação e submetidos electronicamente no site da Revista: <http://www.esenf.pt/pt/submit>.

Para que possam ser submetidos electronicamente, os autores deverão primeiro registar-se no referido site.

Os artigos devem ser acompanhados de uma carta de declaração da sua originalidade, indicando que foram salvaguardados os princípios éticos da investigação (direitos de citação e autorização de pesquisa) e que concordam que o artigo uma vez aceite, fique da propriedade da UICISA-DE, não podendo por isso ser publicados noutra fonte (Utilizar **Termo de Transferência de Direitos de Autor**).

4 - Os artigos propostos são apreciados num processo *Double blind* (duplamente cego, i.e. os intervenientes: autores, revisores e gestores de artigo, são anonimizados) (ver **Processo de revisão dos artigos submetidos à Revista Científica Referência**).

Neste processo o artigo é enviado para 2 *Peer Reviewers* (Pares Revisores), os quais o examinam e arbitram sobre a sua qualidade (ver **Ficha de apreciação do artigo**), dando as convenientes recomendações. A linguagem estatística e documental será verificada por especialistas.

A Direcção da revista enviará ao autor informação sobre eventual aceitação definitiva, aceitação com alterações ou não aceitação. No caso de aceitação com alterações, os autores receberão os pareceres e recomendações dos *Peer Reviewers*.

O autor deve efectuar as alterações e reenviar o documento, no tempo regulamentado.

Cada artigo será posteriormente verificado por um "Gestor de artigo", elemento do Conselho Redactorial, que analisa a primeira versão do artigo e a versão corrigida, em função das recomendações dos *Peer Reviewers*.

O processo de revisão será efectuado on-line, o que permitirá aos autores, revisores e gestores de artigo receberem alertas automáticos.

5 - As normas documentais relacionadas com a bibliografia e a linguagem dos descritores são verificadas pelo Técnico Superior de Documentação.

6 - A linguagem estatística será verificada por professores especialistas.

ISEHC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

7 - A oportunidade de publicação dos artigos é da responsabilidade do Director da Revista.

8 - O conteúdo dos artigos é da exclusiva responsabilidade dos seus autores.

9 - A Revista Científica Referência poderá incluir uma forma de publicação bilingue (português e inglês ou espanhol) consoante a origem dos artigos.

10 - A partir de 2009, a Revista Científica Referência incluirá também artigos de revisão teórica e reflexão crítica em secção própria. A Revista passará a apresentar as seguintes secções:

- Artigos de Investigação
- Revisões Sistemáticas;
- História e Memória;
- Artigos Teóricos;
- Unidade de Investigação.

Endereço:

Revista Científica Referência

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: domínio de Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Av. Bissaya Barreto
3001 - 091 Coimbra

[Página inicial](#) | [Mapa do site](#) | [Notícias](#) | [Contactos](#)

Powered by [Istoreb](#) - Administração

© ISEHC 2010 - Todos os direitos reservados | web concept: [OneSource](#)

ANEXO E – Instrução aos Autores – Revista Latino-Americana de Enfermagem

Rev. Latinoam. Enfermagem - Instruções aos autores



ISSN 0104-1169 *versão impressa*
ISSN 1518-8345 *versão online*

INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- [Instruções para preparação e submissão dos manuscritos](#)
- [Preparo dos manuscritos](#)
- [Exemplos de referências](#)

Instruções para preparação e submissão dos manuscritos

Essas instruções visam orientar os autores sobre as normas adotadas pela Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) para avaliação de manuscritos e o processo de publicação. As referidas instruções baseiam-se nas Normas para Manuscritos Submetidos a Revistas Biomédicas: Escrever e Editar para Publicações Biomédicas, estilo Vancouver, formuladas pelo "International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) – tradução realizada por Sofie Tortelboom Aversari Martins, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

Missão da Revista

Publicar resultados de pesquisas científicas de enfermagem e de outras áreas de interesse para profissionais da área de saúde.

Política editorial

A Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE) publica prioritariamente artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisas originais e revisões sistemáticas, ou integrativas, cartas ao editor e editoriais.

A RLAE, além de números regulares, publica números especiais, os quais obedecem ao mesmo processo de publicação dos números regulares, aonde todos os manuscritos são avaliados pelo sistema de avaliação por pares (peer review).

Os manuscritos devem destinar-se exclusivamente à RLAE, não sendo permitida sua apresentação simultânea a outro periódico, tanto do texto, quanto de figuras e tabelas, quer na íntegra ou parcialmente, excetuando-se para resumos ou relatórios preliminares, publicados em anais de reuniões científicas.

Esta Revista desencoraja fortemente a submissão de manuscritos multipartes de uma mesma pesquisa.

A reprodução é proibida, mesmo que parcial, sem a devida autorização do editor.

Processo de julgamento

A Revista possui sistema eletrônico de gerenciamento do processo de publicação. Os manuscritos são encaminhados pelos autores, via on line, e recebem protocolo numérico de identificação. Posteriormente, é realizada avaliação prévia do manuscrito pelos editores, a fim de verificar a contribuição que o estudo traz para o avanço do conhecimento científico em Enfermagem. O manuscrito é então enviado a três consultores para análise baseada no instrumento de avaliação utilizado pela Revista.

Utiliza-se o sistema de avaliação por pares (peer review), de forma sigilosa, com omissão dos nomes dos consultores e autores. Os pareceres emitidos pelos consultores são apreciados pelos editores associados que os analisam em relação ao cumprimento das normas de publicação, conteúdo e pertinência. Os manuscritos podem ser aceitos, reformulados ou recusados.

Após a aceitação pelos editores associados, o artigo é encaminhado para aprovação do editor científico que dispõe de plena autoridade para decidir sobre a aceitação ou não do artigo, bem como das alterações solicitadas. O parecer da revista é enviado na sequência para os autores.

Submissão

No ato da submissão, o manuscrito deverá ser encaminhado à RLAE em um idioma (português, ou inglês ou espanhol) e, em caso de aprovação, a tradução deverá ser providenciada de acordo com as recomendações da Revista, sendo o custo financeiro de responsabilidade dos autores.

A submissão de manuscritos é realizada somente no sistema on line no endereço www.eerp.usp.br/rlae.

No momento da submissão o autor deverá anexar no sistema:

- checklist preenchido (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- formulário individual de declarações (download em www.eerp.usp.br/rlae)
- arquivo do artigo
- aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa ou declaração informando que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos.

O checklist é fundamental para auxiliar o autor no preparo do manuscrito de acordo com as normas da RLAE.

A Revista efetuará a conferência do manuscrito, do checklist e da documentação, e, se houver alguma pendência, solicitará correção. Caso as solicitações de adequação não sejam atendidas, a submissão será automaticamente cancelada.

Publicação

Os artigos são publicados em três idiomas, sendo a versão impressa editada em inglês e a versão on line, em acesso aberto, em português, inglês e espanhol.

Registro de ensaios clínicos

A RLAE apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde - OMS - e do International Committee of Medical Journal Editors - ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos registros de Ensaio Clínicos, validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis na url: [HTTP://www.icmje.org](http://www.icmje.org). O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo.

Política de arquivamento dos manuscritos

Os manuscritos recebidos pela RLAE, que forem cancelados ou recusados, serão eliminados imediatamente dos arquivos da Revista.

Os arquivos dos artigos publicados serão mantidos pelo prazo de cinco anos, após esse período, serão eliminados.

Erratas

As solicitações de correção deverão ser encaminhadas no prazo máximo de 30 dias após a publicação do artigo.

Categorias de artigos*Artigos originais*

São contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original e inédita, que possam ser replicados e/ou generalizados.

São também considerados artigos originais as formulações discursivas de efeito teorizante e as pesquisas de metodologia qualitativa, de modo geral.

Revisão sistemática

Utiliza método de pesquisa conduzido por meio da síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, objetiva responder uma pergunta específica e de relevância para a Enfermagem e/ou para a saúde. Descreve com pormenores o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para a seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados (que poderão ou não ser procedimentos de meta-análise ou metassíntese). As premissas da revisão sistemática são: a exaustão na busca dos estudos, a seleção justificada dos estudos por critérios de inclusão e exclusão explícitos e a avaliação da qualidade metodológica, bem como o uso de técnicas estatísticas para quantificar os resultados.

Revisão integrativa

Utiliza método de pesquisa que apresenta a síntese de múltiplos estudos publicados e possibilita conclusões gerais a respeito de uma particular área de estudo, realizado de maneira sistemática e ordenada e contribui para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão. Etapas da revisão integrativa: identificação do tema e

seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração do estudo, estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/ amostragens, ou busca na literatura, definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos, avaliação dos estudos incluídos na revisão, interpretação dos resultados, apresentação da revisão/síntese do conhecimento.

Cartas ao Editor

Inclui cartas que visam discutir artigos recentes, publicados na Revista, ou relatar pesquisas originais, ou achados científicos significativos.

Estrutura do manuscrito

Embora se respeite a criatividade e estilo dos autores na opção pelo formato do manuscrito, sua estrutura é a convencional, contendo introdução, métodos, resultados, discussão e conclusão, com destaque às contribuições do estudo para o avanço do conhecimento na área da enfermagem.

A Introdução deve ser breve, definir claramente o problema estudado, destacando sua importância e as lacunas do conhecimento. Incluir referências que sejam estritamente pertinentes.

Os *Métodos* empregados, a população estudada, a fonte de dados e os critérios de seleção devem ser descritos de forma objetiva e completa.

Os *Resultados* devem estar limitados somente a descrever os resultados encontrados sem incluir interpretações ou comparações. O texto complementa e não repete o que está descrito em tabelas e figuras.

A *Discussão* enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões que advêm deles. Não repetir em detalhes os dados ou outras informações inseridos nas seções: Introdução ou Resultados. Para os estudos experimentais, é útil começar a discussão com breve resumo dos principais achados, depois explorar possíveis mecanismos ou explicações para esses resultados, comparar e contrastar os resultados com outros estudos relevantes. Explicitar as contribuições trazidas pelos artigos publicados na RLAE, referenciando-os no texto, as limitações do estudo e explorar as implicações dos achados para pesquisas futuras e para a prática clínica.

A *Conclusão* deve estar vinculada aos objetivos do estudo, mas evitar afirmações e conclusões não fundamentadas pelos dados. Especificamente, evitar fazer afirmações sobre benefícios econômicos e custos, a não ser que o manuscrito contenha os dados e análises econômicos apropriados. Evitar reivindicar prioridade ou referir-se a trabalho ainda não terminado. Estabelecer novas hipóteses quando for o caso, mas deixar claro que são hipóteses.

Autoria

O conceito de autoria adotado pela RLAE está baseado na contribuição substancial de cada uma das pessoas listadas como autores, no que se refere, sobretudo, à concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção ou análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica. A indicação dos nomes dos autores, logo abaixo do título do artigo, é limitada a 6, acima desse número, os autores são listados no Formulário *on line* de submissão como Agradecimentos.

Não se justifica a inclusão de nomes de autores cuja contribuição não se enquadre nos critérios acima, podendo, nesse caso, figurar na seção Agradecimentos.

Os conceitos emitidos nos manuscritos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es), não refletindo obrigatoriamente a opinião dos Editores e do Conselho Editorial.

Preparo dos manuscritos

PERIÓDICOS

- título (conciso, porém informativo, excluindo localização geográfica da pesquisa e abreviações), nos idiomas português, inglês e espanhol;
- nome do(s) autor(es) por extenso, indicando em nota de rodapé a categoria profissional, o maior título universitário, nome do departamento e instituição aos quais o estudo deve ser atribuído, endereço eletrônico, cidade, Estado e País;
- nome, o endereço de correio, e-mail, os números de telefone/fax do autor responsável por qualquer correspondência sobre o

manuscrito;

- também, inserir o nome de todos os autores no link inserir autores;

- fonte(s) de apoio na forma de financiamentos, equipamentos e fármacos, ou todos esses;

- agradecimentos - nome de colaboradores cuja contribuição não se enquadre nos critérios de autoria, adotados pela RLAE, ou lista de autores que ultrapassaram os nomes indicados abaixo do título

- consultoria científica
- revisão crítica da proposta do estudo
- auxílio e/ou colaboração na coleta de dados
- assistência aos sujeitos da pesquisa
- revisão gramatical
- apoio técnico na pesquisa;

- vinculação do manuscrito a dissertações e teses (nesse caso, informar a instituição responsável);

- o resumo deverá conter até 150 palavras, incluindo o objetivo da pesquisa, procedimentos básicos (seleção dos sujeitos, métodos de observação e analíticos, principais resultados) e as conclusões. Deverão ser destacadas as contribuições para o avanço do conhecimento na área da enfermagem;

- incluir de 3 a 6 descritores que auxiliarão na indexação dos artigos - para determinação dos descritores consultar o site <http://decs.bvs.br/> ou MESH - Medical Subject Headings <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

Arquivo do artigo

O arquivo do artigo também deverá apresentar, na primeira página, o título, o resumo e os descritores, nessa sequência, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Não utilizar abreviações no título e no resumo. Os termos por extenso, aos quais as abreviações correspondem, devem preceder sua primeira utilização no texto, a menos que sejam unidades de medidas padronizadas.

Documentação obrigatória

No ato da submissão dos manuscritos deverão ser anexados no sistema on line os documentos:

- cópia da aprovação do Comitê de Ética ou Declaração de que a pesquisa não envolveu sujeitos humanos;
- formulário individual de declarações, preenchido e assinado (download em www.eerp.usp.br/rlae); Ambos documentos deverão ser digitalizados em formato JPG, com tamanho máximo de 1Megabyte cada um.
- arquivo do checklist preenchido pelo autor responsável pela submissão (download em www.eerp.usp.br/rlae).

Formatação obrigatória

- Papel A4 (210 x 297mm).
- Margens de 2,5cm em cada um dos lados.
- Letra Times New Roman 12.
- Espaçamento duplo em todo o arquivo.
- As tabelas devem estar inseridas no texto, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e não utilizar traços internos horizontais ou verticais. Recomenda-se que o título seja breve e inclua apenas os dados imprescindíveis, evitando-se que sejam muito longos, com dados dispersos e de valor não representativo. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título.
- Figuras (compreende os desenhos, gráficos, fotos etc.) devem ser desenhadas, elaboradas e/ou fotografadas por profissionais, em preto e branco. Em caso de uso de fotos os sujeitos não podem ser identificados ou então possuir permissão, por escrito, para fins de divulgação científica. Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Serão aceitas desde que não repitam dados contidos em tabelas. Nas legendas das figuras, os símbolos, flechas, números, letras e outros sinais devem ser identificados e seu significado esclarecido. As abreviações não padronizadas devem ser explicadas em notas de rodapé, utilizando os seguintes símbolos, em sequência: *, †, ‡, §, ||, **, ††, ‡‡

- Ilustrações devem ser suficientemente claras para permitir sua reprodução em 7,2cm (largura da coluna do texto) ou 15cm (largura da página). Para ilustrações extraídas de outros trabalhos, previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a reprodução das mesmas. Essas autorizações devem acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.
- Tabelas, figuras e ilustrações devem ser limitadas a 5, no conjunto.
- Utilize somente abreviações padronizadas internacionalmente.
- Notas de rodapé: deverão ser indicadas por asteriscos, iniciadas a cada página e restritas ao mínimo indispensável.
- O número máximo de páginas inclui o artigo completo, com os títulos, resumos e descritores nos três idiomas, as ilustrações, gráficos, tabelas, fotos e referências.
- Artigos originais em até 17 páginas. Recomenda-se que o número de referências limite-se a 25. Sugere-se incluir aquelas estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
- Artigos de revisão em até 20 páginas. Sugere-se incluir referências estritamente pertinentes à problemática abordada e evitar a inclusão de número excessivo de referências numa mesma citação.
- Cartas ao Editor, máximo de 1 página.
- Depoimentos dos sujeitos deverão ser apresentados em itálico, letra Times New Roman, tamanho 10, na sequência do texto. Ex.: a sociedade está cada vez mais violenta (sujeito 1).
- Citações *ipsis litteris* usar apenas aspas, na sequência do texto.
- Referências - numerar as referências de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificá-las no texto por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção dos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.
- Incluir contribuições sobre o tema do manuscrito já publicadas na RLAE.
- Quando se tratar de citação sequencial, separe os números por traço (ex.: 1-2); quando intercalados use vírgula (ex.: 1,5,7).

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

Como citar os artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem:

Os artigos publicados na RLAE devem ser citados preferencialmente no idioma inglês.

Modelo de referências**PERIÓDICOS****1 - Artigo padrão**

Figueiredo EL, Leão FV, Oliveira LV, Moreira MC, Figueiredo AF. Microalbuminuria in nondiabetic and nonhypertensive systolic heart failure patients. *Congest Heart Fail.* 2008;14(5):234-8.

2 - Artigo com mais de seis autores

Silva ARV, Damasceno MMC, Marinho NBP, Almeida LS, Araújo MFM, Almeida PC, et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev. bras. enferm.* 2009;62(1):18-24.

3 - Artigo cujo autor é uma organização

Parkinson Study Group. A randomized placebo-controlled trial of rasagiline in levodopa-treated patients with Parkinson disease and motor fluctuations: the PRESTO study. *Arch Neurol.* 2005;62(2):241-8.

4 - Artigo com múltiplas organizações como autor

Guidelines of the American College of Cardiology; American Heart Association 2007 for the Management of Patients With Unstable Angina/Non-ST-Elevation Myocardial Infarction. Part VII. *Kardiologija.* 2008;48(10):74-96. Russian.

5 - Artigo de autoria pessoal e organizacional

Franks PW, Jablonski KA, Delahanty LM, McAteer JB, Kahn SE, Knowler WC, Florez JC; Diabetes Prevention Program Research Group. Assessing gene-treatment interactions at the FTO and INSIG2 loci on obesity-related traits in the Diabetes Prevention Program. *Diabetologia.* 2008;51(12):2214-23. Epub 2008 Oct 7.

6 - Artigo no qual o nome do autor possui designação

familiar

King JT Jr, Horowitz MB, Kassam AB, Yonas H, Roberts MS. The short form-12 and the measurement of health status in patients with cerebral aneurysms: performance, validity, and reliability. *J Neurosurg.* 2005;102(3):489-94.
 Infram JJ 3rd. Speaking of good health. *Tenn Med.* 2005 Feb;98(2):53.

7- Artigo com indicação de subtítulo

El-Assmy A, Abo-Elghar ME, El-Nahas AR, Youssef RF, El-Diasty T, Sheir KZ. Anatomic predictors of formation of lower caliceal calculi: Is it the time for three-dimensional computed tomography urography? *J Endourol.* 2008;22(9):2175-9.

8 - Artigo sem indicação de autoria

Dyspnea and pain in the left lower limb in a 52-year-old male patient. *Arq Bras Cardiol* 2000;75(6):28-32.

9 - Artigo em idioma diferente do português

Grimberg M. [Sexualidade, experiências corporais e gênero: um estudo etnográfico entre pessoas vivendo com HIV na área metropolitana de Buenos Aires, Argentina]. *Cad Saúde Pública* 2009;25(1):133-41. Espanhol.

10 - Artigo publicado em múltiplos idiomas

Canini SRMS, Moraes SA, Gir E, Freitas ICM. Percutaneous injuries correlates in the nursing team of a Brazilian tertiary-care university hospital. *Rev Latino-am Enfermagem set/out* 2008;16(5):818-23. Inglês, Português, Espanhol.

11 - Artigo com categoria indicada (revisão, abstract etc.)

Silva EP, Sudigursky D. Conceptions about palliative care: literature review. Concepciones sobre cuidados paliativos: revisión bibliográfica. [Revisão]. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(3):504-8.

12 - Artigo publicado em fascículo com suplemento

Wolters ECh, van der Werf YD, van den Heuvel OA. Parkinson's disease-related disorders in the impulsive-compulsive

spectrum. *J Neurol.* 2008;255 Suppl 5:48-56.
Abstracts of the 7th Annual Cardiovascular Nursing Spring Meeting of the European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions. March 23-24, 2007. Manchester, United Kingdom. *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007;6 Suppl 1:S3-58.
de Leon-Casasola O. Implementing therapy with opioids in patients with cancer. [Review]. *Oncol Nurs Forum.* 2008;35 Suppl:7-12.

13 - Parte de um volume

Jiang Y, Jiang J, Xiong J, Cao J, Li N, Li G, Wang S. Retraction: Homocysteine-induced extracellular superoxide dismutase and its epigenetic mechanisms in monocytes. *J Exp Biol.* 2008;211 Pt 23:3764.

14 - Parte de um número

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. *N Z Med J* 1994;107 (986 Pt 1):377-8.

15 - Artigo num fascículo sem volume

Vietta EP. Hospital psiquiátrico e a má qualidade da assistência. Sinopses 1988.

16 - Artigo num periódico sem fascículo e sem volume

Oguisso T. Entidades de classe na enfermagem. *Rev Paul Enfermagem* 1981;6-10.

17 - Artigo com paginação indicada por algarismos romanos

Stanhope M, Turner LM, Riley P. Vulnerable populations. [Preface]. *Nurs Clin North Am.* 2008;43(3):xiii-xvi.

18 - Artigo contendo retratação

Duncan CP, Dealey C. Patients' feelings about hand washing, MRSA status and patient information. *Br J Nurs.* 2007;16 (1):34-8. Retraction in: Bailey A. *Br J Nurs.* 2007;16(15):915.

19 - Artigos com erratas publicadas

Pereira EG, Soares CB, Campos SMS. Proposal to construct the operational base of the educative work process in collective health. Rev Latino-am Enfermagem 2007 novembro-dezembro; 15(6):1072-9. Errata en: Rev Latino-am Enfermagem 2008;16(1):163.

20 - Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa (*ahead of print*)

Ribeiro Adolfo Monteiro, Guimarães Maria José, Lima Marília de Carvalho, Sarinho Sílvia Wanick, Coutinho Sônia Bechara. Fatores de risco para mortalidade neonatal em crianças com baixo peso ao nascer. Rev Saúde Pública;43(1). ahead of print Epub 13 fev 2009.

21 - Artigo provido de DOI

Caldeira AP, Fagundes GC, Aguiar GN de. Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para promoção da amamentação. Rev Saúde Pública 2008;42(6):1027-1233. doi: 10.1590/S0034-89102008005000057.

22 - Artigo no prelo

Barroso T, Mendes A, Barbosa A. Analysis of the alcohol consumption phenomenon among adolescents: study carried out with adolescents in intermediate public education. Rev Latino-am Enfermagem. In press 2009.

23 - Artigo em idioma diferente do inglês

Arilla Iturri S, Artázcoz Artázcoz MA. External temporary pacemakers. Rev Enferm. 2008;31(11):54-7. Spanish.

LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS**24 - Livro padrão**

Ackley BJ, Ladwig GB. Nursing Diagnosis Handbo: an evidence-based guide to planning care. 8th.ed. New York: Mosby; 2007. 960 p.

Bodenheimer HC Jr, Chapman R. Q&A color review of hepatobiliary medicine. New York: Thieme; 2003. 192 p.

25 - Livro cujo nome do autor possui designação familiar

Strong KE Jr. How to Select a Great Nursing Home. London: Tate Publishing; 2008. 88 p.

26 - Livro editado por um autor/editor/organizador

Bader MK, Littlejohns LR, editors. AANN core curriculum for neuroscience nursing. 4th. ed. St. Louis (MO): Saunders; c2004. 1038 p.

27 - Livro editado por uma organização

Advanced Life Support Group. Pre-hospital Paediatric Life Support. 2nd ed. London (UK): BMJ Books/Blackwells; 2005. Ministério da Saúde (BR). Promoção da saúde: carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sunsvall, Declaração de Jacarta, Declaração de Bogotá. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.

28 - Livro sem autor/editor responsável

HIV/AIDS resources: a nationwide directory. 10th ed. Longmont (CO): Guides for Living; c2004. 792 p.

29 - Livro com edição

Modlin IM, Sachs G. Acid related diseases: biology and treatment. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2004. 522 p.

30 - Livro publicado em múltiplos idiomas

Ruffino-Neto A; Villa, TCS, organizador. Tuberculose: implantação do DOTS em algumas regiões do Brasil. Histórico e peculiaridades regionais. São Paulo: Instituto Milênio Rede TB, 2000. 210 p. Português, Inglês.

31 - Livro com data de publicação/editora desconhecida e/ou estimada

Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos da

Secretaria Geral (BR). Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde: controle das doenças transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, [199?]. 96 p.
Hoobler S. Adventures in medicine: one doctor's life amid the great discoveries of 1940-1990. [place unknown]: S.W. Hoobler; 1991. 109 p.

32 - Livro de uma série com indicação de número

Malvárez, SM, Castrillón Agudelo, MC. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005. (OPS. Serie Desarrollo de Recursos Humanos HSR, 39).

33 - Livro publicado também em um periódico

Cardena E, Croyle K, editors. Acute reactions to trauma and psychotherapy: a multidisciplinary and international perspective. Binghamton (NY): Haworth Medical Press; 2005. 130 p. (Journal of Trauma & Dissociation; vol. 6, no. 2).

34 - Capítulo de livro

Aguiar WMJ, Bock AMM, Ozella S. A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica. In: Bock AMM, Gonçalves Furtado O. Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. São Paulo (SP): Cortez; 2001. p. 163-78.

PUBLICAÇÕES DE CONFERÊNCIAS

35 - Proceedings de conferência com título

Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. 320 p.

36 - Trabalho apresentado em evento e publicado em anais

Silva EC da, Godoy S de. Tecnologias de apoio à educação a

distância: perspectivas para a saúde. In Luis, MAV, organizador. Os novos velhos desafios da saúde mental. 9º Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental e Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica; 27-30 junho 2006; Ribeirão Preto, São Paulo. Ribeirão Preto: EERP/USP; 2008. p. 255-60.

37 - Abstract de trabalho de evento

Chiarenza GA, De Marchi I, Colombo L, Olgiati P, Trevisan C, Casarotto S. Neuropsychophysiological profile of children with developmental dyslexia [abstract]. In: Beuzeron-Mangina JH, Fotiou F, editors. The olympics of the brain. Abstracts de 12th World Congress of Psychophysiology; 2004 Sep 18-23; Thessaloniki, Greece. Amsterdam (Netherlands): Elsevier; 2004. p. 16.

TESES E DISSERTAÇÕES - *sugere-se que sejam citados os artigos oriundos da mesmas*

38 - Dissertação/tese no todo

Arcêncio RA. A acessibilidade do doente ao tratamento de tuberculose no município de Ribeirão Preto [tese de doutorado]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008. 141 p.

RELATÓRIOS

39 - Relatórios de organizações

Ministério da Saúde (BR). III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não - efetivando a reforma psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; Ministério da Saúde; 2002. 211 p. Relatório final.

Page E, Harney JM. Health hazard evaluation report. Cincinnati (OH): National Institute for Occupational Safety and Health (US); fev 2001. 24 p. Report n. HETA2000-0139-2824.

PATENTE

40 - Patente

Shimo AKK, inventor; EERP assina. Sanitário portátil; Patente MV 7, 501, 105-0. 12 junho 1995.

JORNAIS**41 - Matéria de jornal diário**

Gaul G. When geography influences treatment options. Washington Post (Maryland Ed.). 2005 Jul 24;Sect. A:12 (col. 1).
Talamone RS. Banida dos trotes, violência cede lugar à solidariedade. USP Ribeirão 16 fev 2009; Pesquisa: 04-05.

LEGISLAÇÃO**42 - Legislação**

Lei n. 8213 de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial da União [periódico na *internet*]. 14 ago 1991. [citado 4 jul 2008]. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>

43 - Código legal

Occupational Safety and Health Act (OSHA) of 1970, 29 U.S.C. Sect. 651 (2000).

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS**44 - Livro na íntegra na *internet***

Berthelot M. La synthèse chimica. [*internet*]. 10eme. ed. Paris (FR): Librairie Germer Baillière; 1876. [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://www.obrasraras.usp.br/livro.php?obra=001874>

45 - Livro na *internet* com múltiplos autores

Collins SR, Kriss JL, Davis K, Doty MM, Holmgren AL. Squeezed: why rising exposure to health care costs threatens the health and financial well-being of American families [*internet*]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Sep [acesso em: 2 nov 2006]. 34 p. Disponível em: http://www.cmfwf.org/usr_doc/Collins_squeezedrisinghltcarecosts_953.pdf

46 - Capítulo de livro na *internet*

National Academy of Sciences, Committee on Enhancing the Internet for Health Applications: Technical Requirements and Implementation Strategies. Networking Health: Prescriptions for the Internet [*Internet*]. Washington: National Academy Press; 2000. Chapter 2, Health applications on the internet; [Acess: 13 fev 2009]; p. 57-131. Available from: http://bo.s.nap.edu/openbo.php?record_id=9750&p age=57
National Academy of Sciences (US), Institute of Medicine, Board on Health Sciences Policy, Committee on Clinical Trial Registries. Developing a national registry of pharmacologic and biologic clinical trials: workshop report [*internet*]. Washington: National Academies Press (US); 2006. Chapter 5, Implementation issues; [cited 2009 Nov 3]; p. 35-42. Available from: http://newton.nap.edu/bo_s/030910078X/html/35.html

47 - Livros e outros títulos individuais em CD-ROM, DVD, ou disco

Kacmarek RM. Advanced respiratory care [CD-ROM]. Version 3.0. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; c2000. 1 CD-ROM: sound, color, 4 3/4 in.

48 - Livro em CD-ROM, DVD, ou disco em um proceedings de conferência

Colon and rectal surgery [CD-ROM]. 90th Annual Clinical Congress of the American College of Surgeons; 10-14 out 2004; New Orleans, LA. Woodbury (CT): Cine-Med; c2004. 2 CD-ROMs: 4 3/4 in.

49 - Monografia na *internet*

Agency Facts. Facts 24. Agência Europeia para a segurança e a saúde no Trabalho. 2002. Violência no trabalho. [Acesso em: 27 fev 2008]. Disponível em: <http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/24/factsheetsn24-pt.pdf>

Moreno AMH, Souza ASS, Alvarenga G Filho, Trindade JCB, Roy LO, Brasil PEA, et al. Doença de Chagas. 2008. [Acesso em: 27 fev 2008].

Disponível em: <http://www.ipec.fiocruz.br/pepes/dc/dc.html>

50 - Artigo de periódico na *internet*

Lin SK, McPhee DJ, Muguet FF. Open access publishing policy and efficient editorial procedure. *Entropy* [*internet*]. 2006 [acesso em: 08 jan 2007];8:131-3. Disponível em: <http://www.mdpi.org/entropy/htm/e8030131.htm>

51 - Artigo da *internet* com número de DOI

Almeida AFFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Rev Saúde Pública* [*internet*]. 2007. [Acessado em 28 novembro 2008];41(4):565-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&lng=&nrm=iso

52 - Artigo de periódico da *internet* com partícula hierárquica no nome

Seitz AR, Nanez JE Sr, Holloway S, Tsushima Y, Watanabe T. Two cases requiring external reinforcement in perceptual learning. *J Vis* [*internet*]. 22 ago 2006 [acesso em: 9 jan 2007];6(9):966-73. Disponível em: <http://journalofvision.org//6/9/9/>

53 - Artigo de periódico da *internet* com organização como autor

National Osteoporosis Foundation of South Africa. Use of generic alendronate in the treatment of osteoporosis. *S Afr Med J* [*internet*]. 2006 Aug [acesso em: 9 jan 2009];96(8):696-7. Disponível em: http://blues.sabinet.co.za/WebZ/Authorize?sessionid=0:autho=pubmed:password=pubmed20048/AdvancedQuery?&format=F&next=images/ejour/m_samj/m_samj_v96_n8_a12.pdf

54 - Artigo de periódico da *internet* com paginação em números romanos

Meyer G, Foster N, Christrup S, Eisenberg J. Setting a research agenda for medical errors and patient safety. *Health Serv Res*

[*Internet*]. abril 2001 [acesso em:9 jan 2009];36(1 Pt 1):x-xx. Disponível em: http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?art_id=1089210&blobtype=pdf

55 - Artigo de periódico da *internet* com mesmo texto em dois ou mais idiomas

Alonso Castillo BAA, Marziale MHP, Alonso Castillo MM, Guzmán Facundo FR, Gómez Meza MV. Situações estressantes de vida, uso e abuso de álcool e drogas em idosos de Monterrey, México = Stressful situations in life, use and abuse of alcohol and drugs by elderly in Monterrey, México = Situaciones de la vida estresantes, uso y abuso de alcohol y drogas en adultos mayores de Monterrey, México. Rev Latino-am Enfermagem [*Internet*]. jul/ago 2008 [Acesso em 24 novembro 2008];16 (no. Spe):509-15. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issue_s&pid=0104-1169&lng=pt&nrm=iso Português, Inglês, Espanhol.

56 - Artigo de periódico da *internet* com título em idioma diferente do português

Tomson A, Andersson DE. [Low carbohydrate diet, liquorice, spinning and alcohol-life-threatening combination]. Lakartidningen. 2008 Oct 1-7;105(40):2782-3. Swedish.

57 - Proceedings de conferência na *internet*

Basho PG, Miller SH, Parboosingh J, Horowitz SD, editors. Credentialing physician specialists: a world perspective [*internet*]. Proceedings; 08-10 jun 2000; Chicago. Evanston (IL): American Board of Medical Specialties, Research and Education Foundation; [acesso em 3 nov 2006]. 221 p. Disponível em: <http://www.abms.org/publications.asp>

58 - Legislação na *internet*

Lei 8.213, de 24 de julho de 1991 (BR). Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providencias. 1991. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.trt02.gov.br/Geral/tribunal2/Legis/Leis/8213_91.html

59 - Documentos publicados na *internet*

Organização Internacional do Trabalho (OIT). A eliminação do trabalho infantil: um objetivo ao nosso alcance. Suplemento -

Brasil Relatório Global - 2006. 2006. [acesso em 17 fev 2009]. Disponível em: http://www.oitbrasil.org.br/info/download/GR_2006_Suplemento_Brasil.pdf

60 - Verbetes de dicionário na *internet*

Merriam-Webster medical dictionary [internet]. Springfield (MA): Merriam-Webster Incorporated; c2005. Cloning; [cited 2006 Nov 16]; [about 1 screen]. Available from: <http://www2.merriam-webster.com/cgi-bin/mwmednlm?bo=Medical&va=cloning>

61 - Tese e Dissertação na *internet* (sugere-se que sejam citados os artigos oriundos das mesmas)

Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um software - protótipo [tese na *internet*]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2008 [acesso em: 13 fev 2009]. 141 p. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/publico/DirceleneJussaraSperandio.pdf>

62 - Homepage na internet

Biblioteca Virtual em Saúde [internet]. São Paulo: BIREME/HDP/OPAS/OMS; 1998 [acesso em: 13 fev 2009]. Disponível em: <http://regional.bvsalud.org/php/index.php?lang=pt>

63 - Bases de dados/sistemas de recuperação na *internet* com autor individual/organização

Vucetic N, de Bri E, Svensson O. Clinical history in lumbar disc herniation. A prospective study in 160 patients [internet]. São Paulo (SP): Centro Cochrane do Brasil/Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo. [1996] - [atualizada em 29 jan 2009; acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/> Ministério da Previdência Social (BR). Base de dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social: resumo de acidentes do trabalho-2006. [internet]. [acesso em: 7 fev 2009]. Disponível em: <http://creme.dataprev.gov.br/temp/DACT01consuIta34002030.htm>

64 - Bases de dados na íntegra na *internet*

Rev. Latinoam. Enfermagem - Instruções aos autores

Bases de Datos de Tesis Doctorales (TESEO) [*internet*].
Madrid: Ministerio de Educacion y Ciencia. [1976] - [acesso em: 12 fev 2009]. Disponível em: <http://www.mcu.es/TESEO/teseo.html>

65 - Matéria de jornal na *internet*

Russo N. Transplantes crescem 12,5% em 98. Folha de São Paulo 19 jan 1999. [acessado em 5 de setembro de 2008]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/cotidian/ff19019920.htm>

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo Editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)

© 2002-2009 *Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP*

Av. Bandeirantes, 3900
140 40-902 Ribeirão Preto SP
Tel.: +55 16 3602-3451
Fax: +55 16 3602-0518



rae@eerp.usp.br