

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ASSISTINDO O ADOLESCENTE ESCOLAR ATRAVÉS DA TEORIA
DO AUTOCUIDADO**

FLORIANÓPOLIS

1998/2

**FERNANDA VIEIRA
LEILA CRISTIANY TEIXEIRA**

**ASSISTINDO O ADOLESCENTE ESCOLAR ATRAVÉS DA TEORIA
DO AUTOCUIDADO**

Relatório do Projeto assistencial
apresentado à Banca
Examinadora da VIII Unidade
Curricular do Curso de
Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa
Catarina.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Helena Bittencourt
Westrupp

Supervisora: Enf^ª Lúcia Prim

FLORIANÓPOLIS

1998/2

N.Cham. TCC UFSC ENF 0439

Autor: Vieira, Fernanda

Título: Assistindo o adolescente escolar



Ac. 241853

972491801

Ex.1 UFSC BSOCSSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0439

Ex.1

“O adolescente considera tudo o que é mais antigo do que ele como arcaico e obsoleto. Ao passo que tudo que é seu é novo, criativo, algo que sem dúvida dará certo. Essa praga só pensa em sexo e contestação”

(Anônimo, escrito numa placa mesopotâmica,
há cerca de 4000 A.C.).

AGRADECIMENTOS

A Deus, com ele tudo é possível;

Às nossas famílias, ponto de partida e apoio;

Aos namorados, pelos gestos de carinho;

Aos nossos amigos, especialmente a Ana e Scheila, pela motivação e disponibilidade em ajudar sempre;

À nossa Orientadora, Maria Helena, pela atenção e incentivo durante o percurso;

À nossa Supervisora, Lúcia Prim, por suas contribuições e disposição em se fazer presente;

À Professora Coordenadora da 8ª fase de Enfermagem, Ilca Alonso, pelo interesse, proximidade e contemplação do nosso trabalho;

A direção, corpo docente e demais funcionários das escolas, pela confiança depositada;

Aos Centros de Saúde, por ampliarem a dimensão do nosso trabalho;

Aos adolescentes, razão de nossa caminhada.

RESUMO

O presente trabalho consiste no relato da prática assistencial desenvolvida na VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, tendo como público alvo 87 (oitenta e sete) adolescentes regularmente matriculados na Escola Básica Professor Oswaldo Rodrigues Cabral e Colégio Estadual Presidente Juscelino Kubitschek de 5ª a 8ª série do 1º grau.

Trabalhamos o temas através de teatro, oficinas, discussões e vivências em grupo; abordando assuntos relacionados à: corpo humano, namorar e ficar, sexo e sexualidade (virgindade, gravidez, masturbação, transar, sexo oral, sexo vaginal, sexo anal, orgasmo), DST's / AIDS, drogas.

Também utilizamos os serviços do Centro de Saúde I Areias e do Centro de Saúde II Bela Vista para o desenvolvimento do trabalho, no qual realizamos as consultas de enfermagem e aproximamos os adolescentes dos serviços de saúde oferecidos em sua comunidade.

Foi possível, assim, realizarmos um trabalho junto aos adolescentes escolares, passando conhecimento de forma que eles pensem e raciocinem, dentro de uma visão crítica que os ajudem na formação ou reformulação de conceitos. Buscamos a formação de adolescentes conscientes, que sejam capazes de realizar atividades em favor de si mesmos para manter a vida, a saúde e o seu bem-estar.

Para o êxito deste trabalho não houve receita, e sim, segurança, firmeza, amor er e dedicação.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	7
2 – JUSTIFICATIVA	8
3 – REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1 – Adolescência	10
3.2 – O adolescente e a sexualidade	17
3.3 – O adolescente e o ambiente	20
3.4 – O adolescente e a saúde	22
3.5 – O adolescente e a orientação para o autocuidado	24
4 – REFERENCIAL TEÓRICO	27
4.1 – Conceitos norteadores do trabalho	29
4.2 – Processo de enfermagem	30
5 – CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	32
6 – CONTEXTUALIZAÇÃO DO PÚBLICO ALVO	34
7 – CRONOGRAMA	35
8 – DESCREVENDO A PRÁTICA	38
8.1 – Objetivo geral	38
8.2 – Objetivos específicos	38
9 – RELAÇÃO TEÓRICO-PRÁTICA	61
10 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
11 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS	

1 – INTRODUÇÃO

O planejamento, a execução e a avaliação da assistência de enfermagem requerida pelo indivíduo e/ou grupo e família em nível intra e extra hospitalar tem sido uma dinâmica do desenvolvimento da disciplina “Enfermagem Assistencial Aplicada” (Disciplina desenvolvida na VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem).

De acordo com a área de afinidade de cada grupo de acadêmicos foram escolhidos os campos de atuação, para o desenvolvimento do “Projeto Assistencial”, cuja atenção foi prestada a todos os indivíduos independente de estarem ou não hospitalizados.

O desenvolvimento deste projeto ocorreu junto à grupos de adolescentes, com ênfase na educação em saúde. Os campos de estágio compreenderam o Colégio Estadual Presidente Juscelino Kubitschek e a Escola Básica Professor Oswaldo Rodrigues Cabral, localizados na região da Grande Florianópolis.

A viabilização do desenvolvimento do projeto foi possível devido a participação dos serviços dos Centro de Saúde I Areias em Barreiros e do Centro de Saúde II Bela Vista, ambos em São José e próximos as escolas. A elaboração do projeto e desenvolvimento do trabalho foi feita sob a orientação da Professora Doutora Maria Helena Bittencourt Westrupp, Enfermeira e Docente do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e sob a supervisão da Enfermeira Lúcia Prim, dos Centros de Saúde I e II.

2 – JUSTIFICATIVA

Por ser a adolescência uma fase de transição, onde emergem as mudanças do desenvolvimento físico, emocional e social, tornando-se um período da vida no qual o adolescente apresenta problemas especiais de ajustamento, resolvemos optar por esta área, com o intuito de contribuir para que os conflitos resultantes deste rito de passagem * sejam amenizados e o crescimento e a chegada a idade adulta seja a mais saudável possível.

Ao assistirmos a apresentação do projeto “ASSISTINDO O ADOLESCENTE ESCOLAR ATRAVÉS DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS”, das acadêmicas Ana Cristina Oliveira da Silva e Scheila Maria Valentim, no semestre 98-1 e da sua conclusão, tivemos reforçado o interesse em desenvolver este mesmo tipo de trabalho, dando continuidade a alguma atividade por elas desenvolvida no Colégio Estadual Presidente Juscelino Kubitschek e dar início em um trabalho semelhante na Escola Básica Professor Oswaldo Rodrigues Cabral.

Entendendo ter a escola a função de contribuir para uma visão positiva da sexualidade, como fonte de prazer e realização do ser humano, assim como, aumentar a consciência da responsabilidade, promovendo informações corretas e oportunizando ao

* “Ritos são momentos, fases ou atividades que desejamos marcar ou revelar. Dizem respeito a eventos marcantes que são celebrados durante a trajetória do processo de viver dos seres humanos. Os ritos carregam consigo portanto, condições especiais de vida” (Monticelli, 1994, p.7)

adolescente repensar seus valores e partilhar suas preocupações e emoções, optamos por este campo, por ser um dos locais onde se concentra um maior número de adolescentes.

A vinculação do desenvolvimento do projeto aos Centros de Saúde I e II, localizados nas comunidades de Barreiros e Bela Vista, respectivamente, ambos em São José, tornou-se imperativa, tendo em vista a necessidade da compreensão dos problemas de saúde relacionados com a sexualidade do adolescente por parte dos profissionais da saúde atuantes naqueles Centros de Saúde e da escola, além da utilização dos serviços oferecidos por eles.

Silva e Valentim (1998, p.8), ao citarem um documento escrito e divulgado pela Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina em 1995, escreveram que “cada vez mais cedo as crianças e adolescentes de diferentes camadas sociais, se envolvem com o consumo de drogas (álcool, tabaco, maconha, medicamentos inaláveis, cocaína, crack e outros), além de se exporem a promiscuidade sexual, gerando grandes problemas sociais e de saúde, como a violência, a marginalidade, a prostituição, a gravidez precoce, a disseminação da AIDS e DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis), a autodestruição e conseqüentemente a morte”.

O investimento em materiais educativos que se traduzem em prevenção, seja em nível de educação formal e/ou informal tem sido uma dinâmica adotada através da política de educação em saúde pelos setores da Educação e da Saúde, porém, não o suficiente para a resolução dos problemas. Estes materiais ficam muitas vezes restritos ao nível central, não sendo repassados às localidades, e quando o são, os mesmos possuem caráter apenas informativo e não educativo.

Desta forma, enfatizamos a importância e a necessidade de propor estratégias de prevenção, proteção e promoção da saúde, favorecendo o enfrentamento da realidade pelos adolescentes e conviventes para que, desta forma, eles se tornem saudáveis na sua totalidade.

Para isso é necessário a união de esforços e que o trabalho proposto a ser desenvolvido não sofra solução de continuidade, de maneira que a saúde do adolescente seja preservada na sua unicidade.

3 – REVISÃO DA LITERATURA

Para melhor compreensão sobre a adolescência, destacamos da literatura existente algumas considerações bibliográficas relacionadas ao tema.

3.1 – Adolescência

“De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1989), a adolescência pode ser definida cronologicamente pela faixa etária dos 10 à 19 anos e 11 meses” (Silva e Valentim, 1998, p.08).

Segundo Colli in Marcondes (1985, p.473) “A adolescência é uma fase de transição gradual entre a infância e o estado adulto que se caracteriza por profundas transformações somáticas, psicológicas e sociais. Ela representa uma das fases mais importantes do ciclo vital à medida que completa o período de crescimento e desenvolvimento”

Colli in Marcondes (1985, p.473) discorre que, “De acordo com o critério físico ou biológico, a adolescência abrange a fase de modificações anatômicas e fisiológicas que transformam a criança em adulto. Na prática corresponde ao período que vai desde o

aparecimento dos caracteres sexuais secundários e início da aceleração de crescimento até o indivíduo atingir o desenvolvimento físico completo (parada de crescimento e estabelecimento da função reprodutora). O termo puberdade é utilizado para designar todo o processo de maturação biológica inserido no período da adolescência” Continuando, o mesmo autor explica que “Segundo o critério psicológico, a adolescência representa um período de mudanças, entre a infância e a idade adulta, relacionadas fundamentalmente a uma busca de identidade, a uma aceleração do desenvolvimento intelectual e a uma evolução da sexualidade”

“Do ponto de vista social, a adolescência corresponde ao período da vida do indivíduo durante o qual a sociedade não o encara como criança, porém ainda não lhe confere o status de adulto. Nessa fase, o indivíduo perde direitos e privilégios de criança ao mesmo tempo que passa a assumir responsabilidades de adulto. O término da adolescência, segundo o critério social, depende das características dos grupos sociais” (Colli in Marcondes, 1985, p.473).

Para Suplicy (1983, p.52) “A puberdade e a adolescência são os períodos em que a sexualidade adulta emerge. Chama-se puberdade o período em que ocorrem as mudanças biológicas, o que torna o indivíduo apto à procriação. Chama-se adolescência o período no qual ocorrem mudanças sociais e psicológicas, e que vai da puberdade à idade adulta”

O desenvolvimento das características sexuais secundárias como por exemplo as mamas, o cheiro e os pêlos, a iniciação da reprodução e o crescimento acelerado são as principais modificações biológicas na puberdade. O início destas mudanças bem como a conclusão do desenvolvimento variam para cada sexo e pessoa. Nas meninas a puberdade começa um ou dois anos antes do que nos meninos, ocorrendo, então, a capacidade reprodutora antes dos rapazes e se estendendo por 3 a 4 anos. Ao contrário, os rapazes têm a sua puberdade iniciada mais tarde e com durabilidade maior. O início da puberdade para a menina é considerado em média aos 13 anos, tomando-se por base a menstruação que ocorre entre os 10 e os 16 anos; para o menino, considerada, também, em média aos 13 anos, levando-se em conta a primeira ejaculação que ocorre entre os 11 os 15 anos. Antes da ocorrência desses grandes marcos a puberdade já está visivelmente avançada em

decorrência das outras mudanças tais como crescimento de pêlos, seios, etc. (Suplicy, 1983).

De acordo com Colli in Marcondes (1985), a puberdade abrange o conjunto de modificações biológicas da adolescência e engloba, segundo Marshall & Tanner: aceleração e depois desaceleração do crescimento esquelético; alteração da composição corporal como resultado do crescimento esquelético e muscular ao lado das mudanças na quantidade e distribuição de gordura; desenvolvimento dos sistemas circulatório e respiratório levando, principalmente no sexo masculino, a aumento da força e resistência; desenvolvimento das gônadas, órgãos de reprodução e caracteres sexuais secundários.

A idade de início da puberdade apresenta uma ampla variação individual, sendo freqüentemente influenciada por fatores hereditários. As manifestações de crescimento e desenvolvimento (desenvolvimento muscular, tecido gorduroso, altura e peso, proporções corporais, maturação sexual) durante a adolescência ocorrem em diversos setores do organismo, tornando-se mais evidentes aquelas relacionadas ao aumento de altura e peso e o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários.

Altura e peso – O ganho de altura durante a adolescência equivale a aproximadamente 20% da altura final do adulto. O estirão de crescimento ocorre geralmente 2 anos mais cedo e com menor intensidade no sexo feminino. A idade em que este evento se inicia é bastante variável, entre 9,5 e 14,5 anos nas meninas e entre 10,5 e 16 anos nos meninos, com um pico máximo de crescimento ao redor de 12 e 14 anos para os sexos feminino e masculino, respectivamente. O aumento de peso na adolescência passa, assim como a altura, por uma fase de aceleração e posterior desaceleração, fenômenos esses responsáveis pela incorporação de cerca da metade do peso adulto final. Esse aumento de peso ocorre geralmente um ano e meio mais cedo e em menor intensidade no sexo feminino.

Desenvolvimento muscular – A massa muscular aumenta gradualmente em tamanho e força desde o início da aceleração do crescimento. A velocidade máxima de crescimento muscular ocorre junto com o pico de crescimento estatural ou logo depois. No sexo masculino o desenvolvimento muscular é superior e decorre do maior incremento do número de células (o sexo masculino terá, em média, 30% a mais em relação ao feminino).

O aumento da força muscular, mais importante no sexo masculino, pode ocorrer após o pico de desenvolvimento muscular.

Tecido gorduroso – Existe um acúmulo contínuo de gordura dos oito anos até a adolescência, porém a velocidade de depósito diminui à medida que o crescimento esquelético acelera. Esta diminuição da deposição de gordura é mais acentuada no sexo masculino.

Proporções corporais – Existe na adolescência um gradiente do crescimento e maturação nas diferentes regiões. O comprimento dos membros inferiores é a primeira dimensão a atingir a velocidade máxima, sendo a aceleração de crescimento mais acentuada nos pés, seguindo-se pernas e coxas. Estes segmentos também param de crescer na mesma ordem. Na cabeça verifica-se crescimento pequeno em algumas dimensões, resultando em alterações faciais mais acentuadas no sexo masculino como crescimento da frente, da mandíbula, do maxilar superior e do nariz (Colli in Marcondes, 1985).

Maturação sexual – As mudanças observadas durante a puberdade são resultado de influências hormonais e controlados pelo lobo anterior da hipófise (adeno-hipófise), como resposta aos estímulos do hipotálamo. A estimulação das gônadas compreende duas funções: produção e liberação dos gametas (produção de espermatozóides no homem e maturação e desprendimento de óvulos na mulher) e secreção de hormônios sexuais específicos (estrógeno e progesterona, produzidos pelos ovários, e testosterona produzida pelos testículos) Os hormônios sexuais são produzidos nos ovários, testículos e supra-renais, em quantidades variáveis, durante a vida inteira e em ambos os sexos (Whaley & Wong, 1989).

Abrange o desenvolvimento das gônadas, órgãos de reprodução e caracteres sexuais secundários. Existe uma variação normal ampla da idade de início e do tempo de progressão da maturação sexual. **Sexo masculino:** crescimento dos testículos e do escroto como resultado do aumento de tamanho dos túbulos seminíferos. Na adolescência o túbulo se diferencia com várias camadas de células e luz tubular, apresentando células de Sertoli bem diferenciadas e multiplicação de espermatogônias. As células intersticiais de Leydig aumentam de tamanho e número, passando a produzir os andrógenos testiculares. A maturação destas células ocorre após o início do desenvolvimento tubular, explicando a não

coincidência de estágios de genitais e de pêlos pubianos, sendo o aparecimento desses últimos quase sempre posterior ao início de aumento testicular. A aceleração do crescimento estatural e peniano geralmente começa ao redor de um ano após o início do crescimento testicular. O desenvolvimento dos pêlos axilares, faciais e do resto do corpo é influenciado pela produção de andrógenos adrenais e testiculares e ocorre geralmente ao redor de dois anos após o início dos pêlos pubianos. Os pêlos faciais apresentam uma seqüência mais ou menos constante de desenvolvimento: a) aparecimento de pêlos pigmentados nos cantos dos lábios superiores; b) crescimento em toda extensão dos lábios superiores, bochechas e porção central dos lábios inferiores; c) extensão para o queixo. O aumento das glândulas sudoríparas que acompanha o crescimento dos pêlos axilares leva a aumento da sudorese e aparecimento do odor característico do adulto. Próstata, glândulas bulbouretrais e vesículas seminais apresentam também crescimento acentuado. A primeira ejaculação ocorre aproximadamente um ano após o início do crescimento do pênis. As mamas apresentam geralmente aumento de diâmetro e de pigmentação da aréola. Havendo em cerca de um terço dos adolescentes o desenvolvimento de ginecomastia. As alterações de voz, ocorrem durante a aceleração de crescimento estatural em fase adiantada de crescimento genital e decorrem do aumento da laringe induzido pela testosterona. **Sexo feminino:** Aparecimento do botão mamário, seguindo-se dentro do mesmo ano o início de desenvolvimento dos pêlos pubianos. O útero, as trompas, a vagina e a vulva também passam a se desenvolver com o início do crescimento mamário. O crescimento estatural está diretamente relacionado com a maturação sexual, iniciando-se a sua aceleração na época de aparecimento do botão mamário. O crescimento ovariano durante a adolescência não apresenta uma aceleração tão acentuada como a de outros órgãos. Pêlos axilares e glândulas sudoríparas apresentam as mesmas características do sexo masculino. A menarca ocorre geralmente após o pico de crescimento estatural, sendo os ciclos menstruais iniciais (primeiros dois anos após a menarca) freqüentemente anovulatórios e irregulares. A capacidade reprodutora só é atingida um ou mais anos após a menarca (Colli in Marcondes, 1985).

Na adolescência, as primeiras alterações dos processos mentais estão relacionadas com as mudanças físicas da puberdade, como o aparecimento dos caracteres sexuais secundários. Para Suplicy et all (1995, p.29-30) “O adolescente experimenta uma

reorganização do modo de viver, descobre novas sensações e conceitos, procura se entender e se conhecer nesse novo corpo e se situar diante de novas responsabilidades sociais. Sente que vive o fim da infância e o início de uma nova fase. Para poder desfrutar dela, é necessário que ocorra no psiquismo a elaboração das perdas referentes a um mundo infantil. Trata-se de reorganizar a imagem corporal, a representação de um corpo que muda rapidamente”. O adolescente sente que dará início a sua entrada (desejada e temida) no mundo adulto, em diversos setores, seja ele, profissional, afetivo, etc. As mudanças do corpo e a insegurança psíquica são vividas como algo intempestivo, que ele não domina e cujas conseqüências nem imagina. Com as mudanças hormonais ocorrem as alterações de humor, de movimento (o adolescente fica “desengonçado” com o crescimento desproporcional do corpo); sentimentos de vergonha ou orgulho interferem na auto imagem e, conseqüentemente, na auto estima. O adolescente vive intercalando comportamento adulto com vontades infantis. Esta contradição vai gerar incertezas, medos e angústias. Ele tenta construir sua identidade diante de grande turbulência emocional e diversas mudanças corporais.

O desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e da capacidade de reprodução na adolescência está intimamente relacionado com as transformações psicossociais que determinarão o estabelecimento de um desempenho heterossexual adulto. Uma série de dúvidas surgem nessa época sobre a normalidade do desenvolvimento físico, considerando-se que o adolescente geralmente desconhece a amplitude de variações individuais normais. Conseqüentemente não é incomum a preocupação com o tamanho dos genitais e das mamas, com a distribuição da pilosidade ou com as características do ciclo menstrual (Colli in Marcondes, 1985).

* É quase unânime na literatura sobre o adolescente o reconhecimento de que essa fase do desenvolvimento é particularmente conflitiva. Daí a situação embaraçosa em que ficamos quando tentamos entender a problemática adolescente, tendo como princípio o conceito de identidade. Nesse enfoque, o adolescente fica sendo a triste figura que perde a identidade frente a um mundo adulto perfeitamente identificado. A identidade é o ser, mas o que acontece a sua volta, o que o envolve é o dever. Na adolescência, e essa talvez seja a particularidade dessa fase do desenvolvimento, esse confronto entre o dever e o ser se

intensifica, torna-se particularmente vivo em todas as dimensões: biológica (através das transformações do próprio corpo que desloca o sujeito de uma imagem corporal conhecida), psíquica (numa busca de papéis a desempenhar, numa problematização da própria sexualidade, numa crise religiosa) e coletiva (que se traduz via importância que os grupos passam a exercer, num consumo de ideologias desde as mais revolucionárias até as mais conservadoras, enfim numa política determinada) (Infante in Marcondes, 1985).

Como parte do desenvolvimento, é esperado que a personalidade do indivíduo passe por uma transformação na adolescência, organizado na infância, desorganiza-se na adolescência, atingindo mais tarde a reorganização como adulto. As perdas sofridas pelo indivíduo, no decorrer da adolescência são significativas, destacando-se a do corpo de criança, da identidade infantil e a dos pais idealizados. Apesar da perda do corpo de criança não é dono de um corpo adulto e nos aspectos comportamentais, desliga-se de certa forma dos interesses de criança mas em alguns momentos surpreende com atitudes infantis. É nesta fase que perdem a identidade com os pais estabelecendo novos laços com colegas e professores. O adolescente teme em não se tornar alguém sendo a busca de uma identidade pessoal sua maior tarefa. (Suplicy, 1983).

Whalley & Wong (1989, p.342) entendem que, “A adolescência é um período da vida que apresenta problemas especiais de ajustamento. Impelida por suas mudanças internas e pelas pressões da sociedade, a criança deve evoluir em direção à independência emocional em relação aos pais, deve considerar perspectivas de independência econômica e aprender o significado de uma companhia heterossexual mais íntima. Ela aprende a trabalhar com jovens da mesma idade em interesses que lhes são comuns, a subordinar suas diferenças pessoais à meta comum e se tornar uma pessoa responsável que controla sua própria vida e que sabe quem ela é em relação ao mundo”.

A adolescência realiza a consciência do *eu* que a puberdade só iniciou. Aos 14-15 anos, depois de uma crise de inquietação, de irritabilidade, de fáceis e breves entusiasmos acompanhados por súbitas depressões, eis uma vida interior mais serena, e a passagem da solidão melancólica para as amizades. O senso da natureza se torna profundo. Resplendem os valores intelectuais, morais e sociais. Ama-se de modo puro, alto, ideal. Os tormentos não cessaram todos. A ânsia por um fim demasiado alto torna-os freqüentemente tristes (a

verdadeira serenidade é só da infância, e é sem retornos). O adolescente relaciona tudo consigo. O juízo alheio não lhe interessa. É como sente. A fantasia, mais elaboradora que construtora em verdadeira originalidade, transfigura a realidade, e a desordena. Grandes ideais, generosas utopias resplendem nos horizontes da alma. Juízos extremos definem e condenam fatos e ações. É toda uma fase de “organização e evolução”, um período *sentimental* em que se definem interesses sociais, éticos, juntamente com aqueles que se relacionam com o sexo. Fazem-se notáveis o desejo de estima, a influência alheia, a formação do problema do que se fará na vida (Agazzi, 1990).

3.2 – O adolescente e a sexualidade

Durante a puberdade, ocorre o desenvolvimento das características sexuais secundárias, de base neuro-hormonal e emergem as funções sexuais do adulto. É quando ocorre o estabelecimento da *genitalidade*, ou seja, o aparelho genital de ambos os sexos passa a concentrar em si toda excitação e descarga, seja qual for o estímulo sensorial ou zona erógena em que se tenha originado. O adolescente é visto pela primeira vez, não somente como uma pessoa, mas também como um ser sexuado e a evolução de suas sensações, comportamentos e decisões sexuais, será influenciada pelas interações que desenvolve com outras pessoas de seu círculo familiar e social. (Eisentein et all in Zekcer - org., 1985).

✱ Segundo Souza (1989, p.38), “O desenvolvimento da sexualidade se faz desde o nascimento, mas, é na adolescência que o indivíduo define sua conduta na área genital e emergem as funções sexuais do adulto” .

✱ Para Eisentein et all in Zekcer - org (1985, p.180). “A adolescência é o período de vida caracterizado pelas mudanças corporais e emocionais que favorecem a transição da sexualidade infantil em uma sexualidade adulta, que é um fato normal desta fase. Essas transformações ocorrem em várias etapas biopsicossociais, estão fora do controle do adolescente, sendo necessário que ele tenha tempo e espaço para vivenciá-las”.

“A adolescência é um período de síntese, onde se combinam todas as tendências anteriores, resultando num determinado tipo de conduta não só com relação a sexualidade,

mas também em outras áreas, como nas relações interpessoais e no trabalho, ou seja, naquilo que o caracterizará um ser social. Portanto, um dos maiores equívocos em compreender e lidar com a sexualidade na adolescência é encará-la isoladamente, fora de um contexto global do indivíduo. O adolescente busca efetivamente uma identidade sexual *junto* com uma identidade psicológica e um posicionamento social” (Souza, 1989, p.33-34).

De acordo com Duarte (1995, p.31), “A maneira como a pessoa é capaz de viver a própria sexualidade e o modo pelo qual a ela se ajusta vai determinar muitos dos seus traços de personalidade; vai definir seu caráter e assegurar ou não sua auto confiança. Vai também interferir decisivamente no bom ou mau relacionamento com seus semelhantes – inclusive em sua capacidade de relacionar-se bem ou mau com as outras pessoas. A sexualidade faz parte da vida. É inegável”.

*Ainda no que se refere ao adolescente e a sexualidade, Eisenstein et all in Zekcer - org. (1985, p.184) escrevem que, “A relação sexual é principalmente a busca de um encontro afetivo, ou meio de comunicação com outra pessoa, e não somente a procura de um prazer. Sexo significa – para o adolescente – uma maneira de explorar o seu corpo e suas emoções, uma experiência nova que gratifica e permite diversificar seu estilo de afirmação. Na maioria dos casos, o relacionamento sexual do adolescente deve ser entendido como uma expressão de identidade e independência e não como uma agressão aos pais ou à sociedade”.

*As fases normais do desenvolvimento da sexualidade do adolescente não tem limites de idade definidos e muitas vezes ocorrem ao mesmo tempo. Na primeira fase, o despertar do interesse sexual, inicia com as primeiras mudanças corporais. Esses acontecimentos biológicos podem ser considerados também como marcos emocionais, pois provocam intensas ansiedades e preocupações em torno da adequação sexual no adolescente. A segunda fase, a experimentação de comportamentos sociais, envolve a prática de iniciar um relacionamento amoroso com outra pessoa. É um tempo de conhecimento do próprio corpo, através das práticas auto-sexuais ou auto-eróticas, como a masturbação e as comparações com o “outro” corpo. Ainda bastante inseguro e cheio de conflitos, o adolescente começa a desafiar o seu corpo e a treinar a imagem pública que quer demonstrar de si. Começam os jogos de sedução, atração, namoros e numerosos

relacionamentos de curta duração mas de muita intensidade. É normal o adolescente passar por uma fase homossexual como uma etapa preparatória para a aproximação com o sexo oposto. O que, no entanto, não implica em definitivo homossexualismo e faz parte da busca de uma identidade sexual. A terceira fase, a escolha do par sexual e o amadurecimento da inter-relação afetiva, ocorre geralmente, no final da adolescência. O adolescente começa a aceitar melhor o papel escolhido e a se sentir mais confortável com sua sexualidade. Progressivamente, o adolescente resolve suas ambivalências e decide sobre seus valores, consolidando sua identidade própria e sexual (Eisenstein in Zekcer – org., 1985).

Apesar de aparentemente não haver, hoje em dia, uma grande diferença de conduta entre ambos os sexos, os sentimentos e desejos costumam ter características distintas. Para os rapazes, os impulsos sexuais são, inicialmente, bastante separados da noção de amor. O desejo sexual é claramente localizado nos órgãos genitais; é urgente e costuma exigir rápido alívio. Para as moças o amor tem prioridade sobre a genitalidade. A maioria das adolescentes costuma ter excitações difusas não diferenciadas de outros sentimentos. Normalmente nas meninas a excitação sexual específica deve ser despertada por estimulação direta do corpo, particularmente as zonas erógenas. De qualquer forma, a realidade atual é a de que as relações sexuais com intercurso genital se iniciam mais precocemente, seja por força de imitação, de pressões dos companheiros, por fuga da masturbação (ainda geradora de muita culpa) ou por real mudança nas características comportamentais da mulher (Souza, 1989).

Souza (1989, p.35) explica que, “Com a maturação física, o adolescente deveria estar apto para o intercurso genital, mas isto não corresponde inteiramente à verdade no que se relaciona às suas condições psicológicas, pois as influências da repressão sexual, ainda existentes, continuam se fazendo sentir na geração atual. Há, na verdade, uma maior liberdade de atuação sexual, mas não houve, concomitantemente, uma superação dos preconceitos”.

Stone e Church citados por Souza (1989, p.35) enfatizam que “não é fácil a tarefa do adolescente em conciliar os impulsos com seus próprios valores, com restrições e com sentimentos secundários de culpa, ansiedade e tensão que, frequentemente, acompanham o sexo em nossa sociedade”.

Complementando, Suplicy (1983, p.63) escreve que, “A adolescência é uma época de contestação e espera-se então um grande questionamento dos valores por parte dos adolescentes. Aparentemente isso ocorre, mas, uma análise menos superficial mostra que em relação à sexualidade o adolescente vive angustiado e culposo porque se comporta ou tem anseios diferentes do que os pais recomendam em relação ao sexo. Esse conflito dificulta a vivência da sexualidade para o desenvolvimento e prazer”.

Para Souza (1989, p.41-42), “A liberdade sexual, tão decantada na atualidade, não tem sido fácil de usufruir por parte da juventude. A precocidade do relacionamento sexual independe do nível de conhecimentos e do grau de amadurecimento físico e psicológico para iniciação sexual, tal a pressão de grupo social. De outro lado, enquanto as relações sexuais “parecem” estar isentas de tabus e preconceitos, o relacionamento interpessoal e social demonstra evidentes dificuldades. Prova disso é o aumento do uso e o abuso de drogas, o incremento da homossexualidade, a promiscuidade, o aumento do índice de gravidez não desejada, das doenças transmitidas por contato sexual e os casamentos e separações precoces”. Ao lermos os autores citados e concordando com seus escritos, percebemos a necessidade e a importância de abordar a sexualidade na educação dos adolescentes.

3.3 - O adolescente e o ambiente

Ao contextualizar o adolescente no meio em que vive, percebe-se que este experimenta transformações simultâneas de ordem interna e externa. Com influências no crescimento e desenvolvimento na adolescência ocorrem grandes modificações, dentre estas, a decadência de crenças e práticas tradicionais, a desestruturação da família, as mudanças de valores (Saito & Colli in Marcondes, 1985).

Para Saito & Colli in Marcondes (1985, p.482), “Alguns grupos de referência são lembrados por sua importância na adolescência. A família é o primeiro grupo de referência na vida do indivíduo e a dinâmica familiar contribui de maneira intensa e complexa para o preenchimento ou não das necessidades do adolescente. Outros grupos envolvem escola, trabalho, amizades, namoro e a sociedade como um todo”.

De acordo com Whaley & Wong (1985, p.350), “Para atingir a maturidade plena, o adolescente precisa liberar-se do domínio exercido pela família e definir uma identidade independente. Infelizmente, este processo está repleto de ambivalências, tanto por parte dos jovens como dos pais. Os adolescentes querem tornar-se adultos e livrar-se das restrições impostas pelos pais, mas amedronta-se quando procuram abranger as responsabilidades que a independência acarreta. Em parte, esta emancipação implica desenvolver relacionamentos sociais que contribuem para que o adolescente identifique seu papel na sociedade”.

Explica Saito & Colli in Marcondes (1985, p.483) que, “O adolescente é um ser em formação e transformação, sendo a adolescência um fenômeno universal que será vivido de maneira variável e resultante da interação do jovem com seu ambiente de vida. Estas diferenças criam necessidades diversas que só poderão ser abordadas quando se considera o binômio adolescente-ambiente”.

Para Souza (1989, p.54), “A escola é quase tudo para o adolescente: é o seu local de trabalho, é o núcleo de convívio social e, por piores que estejam estruturados os currículos, representa o meio pelo qual ele adquire os conhecimentos básicos, que servirão mais adiante para o treinamento profissional ou para ingressar na universidade”.

Nas palavras de Azevedo (1995, p.38), “A escola cruza a estrada da adolescência na 5ª série, trazendo consigo um batalhão de professores, matérias e maneiras diferentes de avaliações. Tudo fica fragmentado num momento em que o próprio adolescente não tem uma imagem coesa de si. A 5ª série fica na lembrança como um marco. Mas tanto pode ser uma lembrança doce, de um momento de transição para um nível mais importante, em que nos sentimos grandes de verdade, ou um marco de profunda angústia, superado, é claro, como tantas outras coisas. De qualquer forma, é preciso ter fôlego para administrar todas as mudanças pessoais juntamente com as mudanças escolares. Sendo que, juntamente a toda essa mudança de estilo de escola e disciplinas acrescentam-se novos fatores: a expectativa e a cobrança, tanto dos pais como do próprio grupo e mesmo da escola no que diz respeito ao futuro”.

Acredita Louzada in Zekcer – org. (1985, p.83) que, “O que se espera da escola é que ela produza jovens que pensem, sintam e atribuam valores, como indivíduos criativos e

produtivos, possuidores de um sentido de um valor pessoal, interessados na condição do homem, capazes de antecipar o futuro e de crer que haverá neste um lugar para eles”.

3.4- O adolescente e a saúde

Os adolescentes são indivíduos relativamente saudáveis, sendo baixo o índice de doenças durante este período etário. Assim, a maioria dos problemas de saúde do adolescente relaciona-se às necessidades especiais de higiene, maiores necessidades nutritivas, problemas dentários, maior propensão de acidentes (relacionados ao crescimento desproporcional do corpo que por si só já facilita o acontecimento destes, além da vontade que sente em desafiar limites), necessidades especiais de atividade e repouso e alterações nos padrões de eliminações.

Whaley & Wong (1989, p.352) ao escreverem sobre **cuidado pessoal** referem que, “As mudanças orgânicas associadas à puberdade geram necessidades especiais de higiene. A hiperatividade das glândulas sebáceas e o início do funcionamento das glândulas apócrinas tornam o banho diário imperativo, e os desodorantes tornam-se importantes no cuidado pessoal. O adolescente descobre que a cabeça precisa ser lavada mais freqüentemente; as mocinhas tem dúvidas a respeito de métodos depilatórios, do emprego de cosméticos e da higiene menstrual”.

No que se refere a **nutrição** os mesmos autores mencionam que o rápido aumento de peso, altura e massa muscular, assim como a maturação sexual da adolescência, acompanham-se de novas e maiores necessidades nutritivas. Estas mantêm estreita relação com o aumento da massa corporal. Os adolescentes querem comer, seu apetite é voraz e sua capacidade de consumir alimentos é freqüentemente assustadora. Visto que seu estômago é pequeno demais para acomodar a grande quantidade de alimentos que necessitam para seu crescimento, eles precisam comer a intervalos freqüentes. Os alimentos são parte da atração exercida pelos pontos de reunião e lugares que os adolescentes freqüentam. As necessidades de cálcio, ferro e zinco aumentam consideravelmente durante os períodos de crescimento rápido. O cálcio é necessário para o crescimento do esqueleto, o ferro para o aumento da massa muscular e do volume sanguíneo, e os zinco para a formação do tecido ósseo. Na época da menarca as meninas são especialmente suscetíveis ao déficit de ferro.

Os **problemas dentários** constituem a área de especial atenção na adolescência, principalmente pela tendência a um maior número de cáries que ocorre nessa época. A presença de cárie está relacionada aos hábitos alimentares e higiene dental inadequados. Outros fatores têm influência na intensidade do problema, tais como, a atenção odontológica e a orientação sobre higiene dental anteriores. A motivação do adolescente, quer no sentido de tratamento quer em relação à prevenção de cáries, é fator importante a ser considerado na abordagem e nem sempre é fácil de ser conseguida (desconhecimento da gravidade do problema, temor de ir ao dentista, etc.) (Colli in Marcondes, 1985).

Outro aspecto importante a ser considerado nesta fase é o problema com **acidentes**, uma vez que, na adolescência, as funções físicas, sensoriais e psicomotoras do indivíduo estão em alta, conferindo ao jovem uma sensação de força e confiança nunca antes experimentada. As mudanças fisiológicas da puberdade permitem maior ímpeto a muitas forças instintivas básicas. Como o aumento de energia que precisa ser descarregado através de ação. A tendência a comportamentos arriscados acoplados aos sentimentos de destruição tornam os adolescentes pessoas especialmente propensas a acidentes (Whaley & Wong, 1985).

Com relação a **atividade e repouso** Colli in Marcondes et all (1979, p.95) comenta que, “A atividade física constitui requisito importante para o crescimento e desenvolvimento do adolescente à medida em que propicia o desenvolvimento muscular, de habilidades motoras e de coordenação e representa uma oportunidade de integração social”.

As necessidades de sono e repouso devem ser particularmente lembradas, uma vez que, o rápido crescimento físico, a tendência à sobrecarga física e o aumento geral de atividade que se observam neste período etário são fatores que contribuem para a fadiga. O sono e o repouso adequados durante este período tornam-se elementos importantes para um regime de saúde geral (Whaley & Wong, 1989).

No que se refere as **eliminações**, Vieira et all (1996, p. 2) explicam que “elas estão relacionadas a necessidade do organismo em desembaraçar-se de substâncias indesejáveis. Na adolescência os estados emocionais afetam os padrões de eliminações. Para o adolescente, a necessidade de privacidade para que ocorra as eliminações é de maior importância, devido as transformações que vem surgindo com seu corpo, e a vergonha que

sente da sociedade. O adolescente geralmente retarda suas eliminações devido à relutância em atrair as atenções ao deixar um grupo. A perda do controle das eliminações, leva a uma diminuição da auto estima. A ansiedade e o estresse, podem tanto aumentar como reduzir a frequência tanto da micção quanto da defecação, dependendo do tipo de resposta de cada adolescente”.

3.5 – O adolescente e a orientação para o auto-cuidado

De acordo com Suplicy et all (1995, p.08), “Orientação sexual é um processo formal e sistematizado que se propõe a preencher as lacunas de informação, erradicar tabus e preconceitos e abrir a discussão sobre as emoções e valores que impedem o uso dos conhecimentos. À orientação sexual cabe também propiciar uma visão mais ampla, profunda e diversificada acerca da sexualidade”.

Ao se falar de sexualidade e autocuidado merecem destaque os aspectos relacionados as DST's/AIDS, gravidez, aborto, métodos contraceptivos e drogas que apesar de suas peculiaridades estão intimamente relacionados nesta fase da vida.

DST/AIDS – As doenças sexualmente transmissíveis são comuns na adolescência. Para Zekcer (1985), o fator que contribuiu para as atividades sexuais mais promiscuas e mais precoces foi o uso de anticoncepcional, o que aumentou muito o número de casos de DST's. Os anticoncepcionais fizeram com que houvesse um número de relações sexuais mais frequentes eliminando o uso do preservativo. Estes quando usados adequadamente dão uma proteção contra as enfermidades venéreas.

Segundo Suplicy et all (1994, p.76), “As doenças sexualmente transmissíveis, incluindo a infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Adquirida), podem ser evitadas por um comportamento individual preventivo”.

“A gravidez pode ser uma das conseqüências do desejo da adolescente de experimentar situações e externalizar seu mundo interno, bem como de sua necessidade de agir em conformidade com seu grupo, de sua impulsividade e de sua busca de uma identidade sexual. Embora a incidência de gravidez na adolescência seja influenciada pela disponibilidade de meios contraceptivos e de aborto, as adolescentes grávidas constituem

uma população de alto risco, tanto sob o ponto de vista médico, como do ponto de vista social, econômico e educacional” (Whaley & Wong , 1989, p.364).

Saito & Colli in Marcondes (1985) descrevem que, as características da adolescência, como crescimento e desenvolvimento físico incompleto, assim como, as mudanças no processo de socialização e a organização da personalidade tornam a gravidez na adolescência um problema de grande complexidade, acarretando agravos físicos e psicossociais importantes. Ainda, como problemática desta situação, os recém-nascidos provenientes das gestantes adolescentes frequentemente apresentam insuficiência ponderal e encontram um ambiente de vida inadequado, principalmente do ponto de vista psicológico.

Aborto - Nas palavras de Suplicy et all (1994, p.75), “Adolescentes que engravidam e pensam em interromper essa gravidez deveriam conversar com pessoas adultas com as quais tenham relações de confiança, de compreensão e de respeito”. No entanto, a questão do aborto aparece como um dos temas mais controvertidos num programa de Orientação Sexual. As discussões dos adolescentes refletem posições muitas vezes extremadas e que dão conta apenas de parte desse complexo problema. Possibilitar uma reflexão ampla e pluralista sobre a questão do aborto, buscando analisar diferentes pontos de vista, sem radicalismo deve ser o objetivo. É fundamental não perder de vista as diferentes implicações da questão: ela não se refere só a uma escolha individual (já de início implica duas pessoas) mas passa pelo coletivo, abrangendo também, a área de saúde pública (Suplicy et all, 1995).

Métodos contraceptivos – Para Whaley & Wong (1989, p.364), “Os recursos de planejamento familiar em geral têm experimentado expansão no decorrer dos últimos anos, e o aumento da atividade sexual da população adolescente levou a uma maior consciência da necessidade de se dispor de serviços de contracepção como parte da assistência em saúde aos adolescentes”. A escolha do método contraceptivo deve basear-se na preferência do adolescente e seguir o critério de um profissional da saúde. É necessário ainda que a adolescente esteja motivada para utilizar o método que lhe for recomendado ou prescrito. Independentemente deste, a adoção de um meio de controle da natalidade é apenas uma parte de um programa integral de educação sexual.

Drogas - A transição para a vida adulta, com suas respectivas tarefas de desenvolvimento, produz um sentimento de desconforto difuso em alguns adolescentes, que, em sua busca de alívio para esse desconforto e o estresse deste período de mudanças, reagem apresentando dificuldades para solucionar seus problemas. Alguns dos problemas mais graves podem ter origem nos estresses desta fase do desenvolvimento levando ao abuso de substâncias tóxicas. O uso de drogas começa pela vontade de experimentar uma droga. Assim, a droga pode ser experimentada apenas uma vez, ocasionalmente, ou tornar-se parte integrante de um estilo de vida centrado nas drogas. Muitos jovens usam drogas não apenas pelas experiências de percepção e sensoriais, mas também por causa dos aspectos sociais. Usam drogas porque os outros adolescentes também usam e porque querem “ligar-se” na cultura das drogas. (Whaley & Wong, 1985). É importante salientar que os problemas citados pelos autores na década de 80, continuam relevantes, ainda, nos anos 90, porém, com uma diferença, o acesso as informações inicialmente eram privilégio de uma minoria, tais como profissionais da área da saúde. Hoje estas informações são de domínio público, de forma interdisciplinar e o que é mais importante chegando mais perto daqueles que mais estão com os adolescentes: os pais e os professores.

4 - REFERENCIAL TEÓRICO

Partindo do objetivo da VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, que se baseia na elaboração de um referencial teórico aplicado em um projeto assistencial, adotamos a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem, com o propósito de embasar o referente projeto.

Segundo Kerling, citado por Torres in George (1993, p.16), “as teorias são encaradas como um conjunto de conceitos inter-relacionados que proporcionam uma visão sistemática de um fenômeno (um fato ou acontecimento observável) que é, por natureza, explicativo e profético”. Uma das características mais significativas de uma teoria é a sua utilidade ao profissional, uma vez que, pode indicar o objetivo que deve ser alcançado, desde que, as relações da teoria sejam precisas na realidade.

Para Foster e Janssens in George, (1993, p.91) na teoria de Orem, “a Enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de ações de auto-cuidado do indivíduo, e o oferecimento e controle disso, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doença ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos”.

A teoria geral de enfermagem de Orem é desenvolvida em três partes relacionadas: (1) Teoria do Autocuidado; (2) Teoria de Déficit de Autocuidado; (3) Teoria de Sistemas de Enfermagem (Foster e Janssens in George, 1993).

Teoria do Autocuidado

“Engloba o autocuidado, a atividade do autocuidado e a exigência terapêutica de autocuidado. Autocuidado é a prática de atividades, iniciadas e executadas pelos indivíduos em seus próprios benefícios, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (Monticelli e Silva, 1997).

Nesta teoria são apresentadas três categorias de requisitos de autocuidado: Universais (estão associadas a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos); Desenvolvimentais (aquelas em que o indivíduo precisa adaptar-se a novas situações de vida); De Desvio de Saúde (é exigido em condições de doença, ou ainda em consequência de medidas médicas) (Monticelli e Silva, 1997).

Teoria do Déficit do Autocuidado

Constitui a essência da teoria geral de enfermagem de Orem porque mostra quando a enfermagem é necessária. A enfermagem passa a ser necessária porque um indivíduo acha-se incapacitado ou limitado para, continuamente e eficazmente, promover autocuidado. Orem identifica cinco métodos de ajuda: (1) agir ou fazer para o outro; (2) guiar o outro; (3) apoiar o outro; (4) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação; (5) ensinar o outro (Foster e Janssens in George, 1993).

Teoria de Sistemas de Enfermagem

Tem como base as necessidades de autocuidado e as habilidades do paciente em desenvolver atividades de autocuidado. Os sistemas podem ser classificados em: Totalmente Compensatório quando o enfermeiro desempenha todo o cuidado pelo paciente; Parcialmente Compensatório quando o enfermeiro e o paciente desempenham autocuidado e de Apoio-Educação quando o enfermeiro ajuda a corrigir limitações de autocuidado (Monticelli e Silva, 1997).

4.1 - Conceitos Norteadores do Trabalho

Para o desenvolvimento de qualquer teoria é necessário que se tenha em mente o que os seus componentes significam.

Para Torres in George (1993, p.14) “conceitos são palavras que descrevem objetos, propriedades ou acontecimentos e constituem os componentes básicos da teoria”.

Abaixo descreveremos alguns conceitos à luz de determinados autores e também por nós elaborados.

Auto-cuidado – O auto-cuidado é a prática de atividades que os adolescentes realizam em favor de si mesmos para manter a vida, a saúde e o seu bem-estar. Os adolescentes podem realizar auto-cuidado com mais efetividade quando o adulto, através da educação para o auto-cuidado, potencializa a capacidade do adolescente em cuidar-se (Adaptado de Eben et all in Marriner, 1989).

Educação para o auto-cuidado – É um processo formal e/ou informal sistematizado que se propõe a educar o adolescente para o auto-cuidado (Fernanda Vieira e Leila C.Teixeira, alunas da VIII U.C.).

Ser humano - “Seres humanos diferem de outras coisas vivas por sua capacidade (1) de refletir acerca de si mesmos e de seu ambiente, (2) de simbolizar aquilo que vivenciam, e (3) de usar criações simbólicas (idéias, palavras) no pensamento, na comunicação e no direcionamento de esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefícios a si mesmos ou a outros” (Foster e Janssens in George, 1993, p.96). Os adolescentes por estarem vivendo uma etapa peculiar do ciclo vital, diferenciam de outros seres humanos, pela capacidade que possuem; de refletir, simbolizar, criar e direcionar

esforços para realizar e fazer coisas que trazem benefícios (como o cuidado) a si mesmos e/ou a outros.

Enfermagem - De acordo com Orem, citado por Foster e Janssens in George (1993, p.91) “a enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo, e o oferecimento e controle disso, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doença ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos”. Portanto, como escrevem Foster e Janssens in George (1993, p.96), a enfermagem “difere de outros serviços pela maneira como ela focaliza os seres humanos”.

Saúde-doença – Processo dinâmico e contínuo que tem estreita ligação com fatores externos e internos. No adolescente o processo saúde-doença merece especial atenção, tendo em vista sua transformação no plano físico, psíquico, interpessoal e social, podendo o desequilíbrio de um destes aspectos contribuir para a perda de seu bem-estar (Fernanda Vieira e Leila C. Teixeira, alunas da VIII U.C.).

Meio-ambiente - São as condições e influências externas que interagem com a vida do adolescente, expondo-o a estímulos contínuos capaz de criar ou moldar hábitos e atitudes, e de contribuir com a promoção da saúde ou de doença (Fernanda Vieira e Leila C. Teixeira, alunas da VIII U.C.).

4.2 - Processo de Enfermagem

“ Orem apresenta um método de determinação das deficiências (déficits) de auto cuidado e a definição dos papéis da pessoa ou do enfermeiro, para satisfazer as exigências de auto cuidado.

O seu processo é composto por 3 passos:

Passo 1. É constituído da operação profissional de **diagnóstico e prescrição**. Diagnóstico é uma operação de investigação que capacita o enfermeiro a fazer julgamentos sobre a situação existente de cuidado e saúde e a decisão sobre o que pode ser feito. Nesta fase o enfermeiro coleta dados em 6 áreas: 1) o estado de saúde da pessoa; 2) as perspectivas médicas em relação a saúde da pessoa; 3) as perspectivas da pessoa quanto a sua saúde; 4) as metas de saúde (no seu contexto e estado de saúde); 5) as exigências de auto cuidado da pessoa; 6) a capacidade que a pessoa tem para efetuar o auto cuidado.

Passo 2. É o **planejamento** dos sistemas de enfermagem e o **planejamento** da execução dos atos de enfermagem (o enfermeiro determina as metas, os objetivos e também cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação).

Passo 3. É a implementação das ações de enfermagem e inclui a produção e o gerenciamento dos sistemas de enfermagem” (Monticelli e Silva, 1997).

O desenvolvimento do processo de enfermagem baseado em Orem teve a adaptação do método de registro SOAP na assistência ao adolescente. (anexo 1).

5 – CONTEXTUALIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

A Escola Básica Professor Oswaldo Rodrigues Cabral, localizada no bairro Bela Vista, em São José, na região da Grande Florianópolis, está afeto à Secretaria de Estado de Educação e Desportos. Foi inaugurada há 26 anos e conta atualmente com aproximadamente 927 matriculados, distribuídos em três turnos. Destes, 458 alunos freqüentam o 1º grau (5ª a 8ª série).

Para seu efetivo funcionamento a escola conta com 1 diretor geral, 1 diretor adjunto, 1 secretária, 2 orientadoras pedagógicas, 29 professores, 2 merendeiras, 3 serventes, 1 vigia e 1 auxiliar de serviços gerais.

O Colégio Presidente Juscelino Kubitschek, localizado no bairro Barreiros, situado no município de São José, na região da Grande Florianópolis, está afeto à Secretaria de Estado de Educação e Desportos. Foi inaugurado há 23 anos e conta atualmente com aproximadamente 2000 alunos matriculados, distribuídos em três turnos. Destes, 1000 alunos freqüentam o 1º grau (5ª a 8ª série).

O colégio conta com 1 diretor geral, 2 diretores adjuntos, 2 secretárias, 1 orientadora pedagógica, 70 professores, 2 merendeiras, 7 serventes e 1 vigia.

É importante salientar que, para o funcionamento, estas escolas dependem exclusivamente das verbas do Governo Estadual, assim como, seus professores e funcionários administrativos, que na maioria possuem um único vínculo empregatício.

O Centro de Saúde I Areias em Barreiros e o Centro de Saúde II Bela Vista, ambos em São José, que foram utilizados, também, para o desenvolvimento do projeto, tiveram suas atividades iniciadas, na comunidade, há 9 anos e há 20 anos, respectivamente, e funcionam das 7:00 às 19:00 horas como os demais Centros de Saúde.

Para seu funcionamento o Centro de Saúde I Areias em Barreiros conta com 15 profissionais, sendo 1 enfermeiro, 3 auxiliares de enfermagem, 3 técnicos de enfermagem, 2 clínicos geral, 1 pediatra, 2 dentistas, 2 auxiliares administrativos e 1 auxiliar de serviços gerais. É coordenado por uma enfermeira, que além disso realiza consultas de enfermagem ambulatorial e visitas domiciliares. O CS I oferece os serviços de imunização, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil, atendimento odontológico, bem como todos os procedimentos de enfermagem (curativos, nebulizações, etc.). Possui uma demanda bem diversificada com uma área de abrangência que inclui além de Areias, outras localidades próximas como Bairro São Pedro, Loteamento Dona Wanda, entre outros.

O Centro de Saúde II Bela Vista conta com 39 profissionais, sendo 3 enfermeiros (somente 1 lotado no posto), 11 auxiliares de enfermagem, 8 técnicos de enfermagem, 3 clínicos geral, 3 pediatras, 2 dentistas, 5 auxiliares administrativos e 4 auxiliares de serviços gerais. É dirigido por um técnico de enfermagem, cabendo ao enfermeiro a responsabilidade pela supervisão em enfermagem. O CS II oferece serviços de imunização, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil, procedimentos de enfermagem, saúde da mulher e gestante, atendimento odontológico, vigilância epidemiológica, farmácia e programa COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico). A demanda é predominada pela classe menos favorecida, tendo como área de abrangência o bairro Bela Vista, Roçado, Floresta, Jardim Cidade de Florianópolis e parte de Barreiros.

6 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO PÚBLICO ALVO

Os alunos regularmente matriculados nos colégios Presidente Juscelino Kubitschek e Professor Oswaldo R. Cabral de 5ª a 8ª série (1º grau), estão incluídos na faixa etária que vai dos 10 aos 20 anos, ou seja, todos adolescentes. São quase que na sua totalidade, pertencentes à classe média-baixa. Como conhecedoras da realidade, por residirmos em comunidade vizinha onde se localizam as escolas, podemos dizer que são escassas as áreas de lazer, sendo que, das existentes as de caráter particular são inacessíveis para a maioria e as públicas encontram-se em precárias condições de conservação. Este quadro resulta em comprometimento das atividades necessárias ao desenvolvimento físico, mental e social próprios dessa faixa etária. Ainda, segundo Silva e Valentim (1998, p.32), “Seus pais na sua maioria são funcionários públicos, comerciantes e autônomos, passando a maior parte do tempo no trabalho. Então, devido ao serviço destes, o contato com os filhos geralmente é bem reduzido o que é prejudicial no que diz respeito à educação dos mesmos”.

7 - CRONOGRAMA

O presente trabalho, foi desenvolvido junto aos adolescentes, no Colégio Estadual Juscelino Kubitschek e Escola Básica Professor Oswaldo Rodrigues Cabral, nas comunidades de Barreiros e Bela Vista, respectivamente, no período de 26/10/98 à 11/12/98, com carga horária prevista de quatro horas nos períodos matutino, vespertino e noturno, que resultando em 237 horas estagiadas de acordo com o cronograma previsto pela VIII Unidade Curricular.

1ª Semana (13/10 à 16/10)

- Realização de visita as escolas para apresentação da proposta do projeto.
- Contato com os enfermeiros responsáveis pelo CS I e CS II.
- Elaboração do Projeto Assistencial

2ª Semana (19/10 à 23/10)

- Elaboração do projeto e reunião com a orientadora.
- Entrega do projeto e entrevista com a Banca Examinadora.

3ª Semana (26/10 à 30/10)

- Apresentação das acadêmicas e do projeto aos professores e alunos de 5ª a 8ª série.
- Apresentação do projeto aos pais dos adolescentes através de um comunicado escrito.
- Formação de grupos e agendamento das reuniões com os adolescentes.

4ª Semana (03/11 à 07/11)

- Apresentação do Projeto Assistencial a todos os alunos e Banca Examinadora.
- Reunião com os grupos de adolescentes.

5ª Semana (09/11 à 13/11)

- Reunião com os grupos de adolescentes.
- Consulta de Enfermagem e encaminhamento se necessário.
- Visita com os grupos ao CS II Bela Vista

6ª Semana (16/11 à 20/11)

- Reunião com os grupos de adolescentes.
- Consulta de Enfermagem e encaminhamento se necessário.

7ª Semana (23/11 à 27/11)

- Reunião com os grupos de adolescentes.
- Consulta de Enfermagem e encaminhamento se necessário.

8ª Semana (30/11 à 05/12)

- Reunião com os grupos de adolescentes.
- Consulta de Enfermagem e encaminhamento se necessário.
- Visita ao Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) UFSC.

9ª Semana (07/12 à 11/12)

- Reunião com os grupos de adolescentes.
- Encontro com diretores, orientadores, professores e funcionários das escolas e pais sobre o tema “Conhecendo nossos adolescentes”.

10ª Semana (14/11 à 18/12)

- Avaliação de desenvolvimento das atividades com os grupos.
- Confraternização, agradecimentos e conclusão do estágio.

8 – DESCRREVENDO A PRÁTICA

OBJETIVOS

8.1 – Geral

Prestar assistência de enfermagem ao adolescente escolar com base na Teoria do Autocuidado de Dorothéa E. Orem.

8.2 – Específico

1º Objetivo específico

Atender o adolescente escolar em nível individual e/ou coletivo nas suas necessidades de autocuidado na escola, na família, no grupo social, no CS I Areias e no CS II Bela Vista.

Estratégia 1: informar aos diretores, orientadores, professores, adolescentes, pais e demais funcionários das escolas sobre o trabalho;

No mês de outubro de 1998, realizamos visita às escolas onde apresentamos uma proposta preliminar de trabalho à Diretora Geral da Escola Básica Professor Oswaldo Rodrigues Cabral e nos propomos a dar continuidade ao trabalho já iniciado no semestre 98-1 pelas acadêmicas Sheila e Ana no Colégio Estadual Presidente Juscelino Kubitschek,

No mês de novembro, voltamos às escolas e nos apresentamos aos orientadores, professores, funcionários e adolescentes, propondo a realização do projeto, bem como seus objetivos. Percorremos todas as turmas de 5ª à 8ª séries dos três períodos, interagindo com os adolescentes e com os professores. A fim de informar aos pais ou responsáveis sobre o estágio, elaboramos um comunicado, que distribuimos aos alunos para que entregassem aos mesmos (anexo 2). Desde o primeiro momento, muitos adolescentes já se mostraram interessados a fim de saber mais sobre o estágio, fazendo algumas colocações:

“Que bom! Vou poder tirar minhas dúvidas”.

“Vai ser legal aprender coisas sobre o nosso corpo”.

“Assim, vou ficar sabendo mais sobre sexo, drogas e AIDS”.

Os professores também faziam suas colocações:

“Participem! Não é sempre que aparece uma oportunidade assim!”

“Aproveitem esses encontros para tirar as dúvidas que vocês têm, pois, são muitas!” ♣

Estratégia 2: oferecer aos adolescentes vários horários para a realização dos encontros e proceder a formação dos grupos.

Uma semana antes de iniciarmos os encontros semanais com os grupos de adolescentes fomos às salas de aula, nas duas escolas, para oferecermos aos alunos

propostas de horários, de acordo com as turmas e os turnos que os mesmos frequentavam e nos colocamos à disposição, para fazermos as inscrições dos interessados nos intervalos das aulas durante 03 dias. Fixamos, ainda, cartazes nos pátios a fim de informar de um modo geral a toda comunidade escolar, sobre quem éramos e o que iríamos fazer nas escolas.

Oferecemos então, os seguintes horários para a realização dos encontros:

SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA	QUINTA-FEIRA
7 ^a /8 ^a Séries	7 ^a /8 ^a Séries	5 ^a /6 ^a e 7 ^a /8 ^a Séries
18:30 às 20:00 horas	09:30 às 11: 00 horas	19:00 às 20:30 horas
	5 ^a /6 ^a Séries	
	Abaixo de 13 anos	
	13:30 às 15:00 horas	
	5 ^a /6 ^a Séries	
	Acima de 13 anos	
	15:30 às 17:00 horas	

Devido a solicitação feita no semestre 98-1 às alunas Sheila e Ana, oferecemos no Colégio Estadual Presidente Juscelino Kubitschek, um horário para o encontro aos sábados com os alunos que trabalhavam no período diurno e estudavam à noite. Houve apenas 05 inscrições, sendo que no dia marcado os mesmos não compareceram e por isso este horário foi cancelado.

Estratégia 3: identificar os dispositivos jurídicos, legais e éticos para assegurar o cuidado de enfermagem;

Procedemos a leitura do Código de Ética de Enfermagem, do Estatuto da Criança e do Adolescente e da Constituição Brasileira. Durante o estágio não nos omitimos perante o que regem tais normas e leis.

NOSSOS ENCONTROS SEMANAIS

Para a realização dos encontros, listamos os assuntos escolhidos pelos adolescentes e os distribuímos numa ordem de prioridade com o intuito de facilitar a abordagem com os mesmos. Como todos os grupos escolheram os mesmos temas, planejamos todos os encontros da mesma forma, e a divisão por idade deu-se apenas para facilitar a forma de conduzir os encontros.

1º - ENCONTRO: Oficina: “Apresentação e formação de um contrato de trabalho em grupo”.

Iniciamos com uma dinâmica de apresentação, onde solicitamos que todos formássemos um círculo e jogamos aleatoriamente uma pequena bola maleável, e para quem recebesse esta, deveria responder as seguintes perguntas: nome, idade, com quem mora, o que gosta de fazer e o que não gosta de fazer. Objetivamos assim, aprender o nome das pessoas do grupo e conhecer um pouco do contexto de vida de cada adolescente.

“Eu me chamo P., tenho 16 anos, moro com meus pais, gosto de jogar bola e não gosto de acordar cedo”.

“Meu nome é E., tenho 15 anos, moro com minha mãe e meu padrasto e gosto de namorar e dançar, não gosto de arrumar a casa”.

Para fixar melhor o nome das pessoas do grupo, solicitamos que continuassem em pé num grande círculo. Iniciamos então o exercício: dá um passo à frente, diz seu nome, acompanhado de um gesto, com as mãos, ou com todo o corpo, quando então, as pessoas do grupo repetem em coro o nome do adolescente e fazem o mesmo gesto. Prosseguindo, a pessoa à direita do adolescente diz seu nome e cria um novo gesto. O grupo repete o nome e o gesto do colega, e assim sucessivamente, até todos se apresentarem.

Em seguida, pedimos para que individualmente, os adolescentes escrevessem num papel os assuntos de maior interesse relacionados a Saúde, Sexualidade, AIDS e Drogas (anexo 3).

Posteriormente, utilizamos uma outra dinâmica intitulada “Tempestade”, com o intuito de reforçar “nosso” contrato de trabalho em grupo. Trata-se de uma estória da viagem num navio onde nos comandos dados por uma das acadêmicas, entravam as palavras “direita, esquerda e tempestade”. O grupo que sentado em cadeiras dispostas em roda, deveria pular de cadeira aos comandos dados por nós e na tempestade mudávamos de lugar e ocupávamos o lugar de um adolescente e este deveria responder as questões propostas:

O que você espera dos encontros?

“Espero sair sem dúvidas, aprender sobre mim, sobre sexo, drogas, sexualidade do corpo”.

O que são valores?.

“Amizade, amor, sentimentos, qualidades”.

O que é para você comprometer-se com o grupo?

“É participar, que seja um compromisso, não é vir uma vez e não vir mais”.

Como você acha que poderemos trabalhar as dificuldades e problemas que surgirem?

“É não fazer piadinhas lá fora sobre as coisas que falamos aqui”.

“Conversando, respeitando e sabendo escutar o amigo”.

Cite as vantagens de se trabalhar em grupo.

“Aprende mais, conhece pessoas novas e aprende a respeitar o próximo”.

“Mais cabeças pensam melhor”.

Fale três qualidades que são necessárias para que se possa trabalhar em grupo.

“União, confiança, amizade”.

“Compreensão, sinceridade, respeito”.

GRUPO	MENINOS	MENINAS	TOTAL
1º	03	11	14
2º	01	11	12
3º	05	09	14
4º	04	09	13
5º	00	08	08

2º - ENCONTRO: Oficina: “Conhecendo nosso corpo”.

Inicialmente, esclarecemos aos adolescentes a importância de conhecermos o corpo humano antes de tratarmos de qualquer outro assunto sugerido pelo grupo. Concordamos com SILVA e VALENTIM (1998, p.43), quando escrevem que “o entendimento da anatomia e fisiologia é fundamental para a abordagem dos temas seguintes, principalmente dos que se referem a Sexualidade Humana”.

Dividimos os adolescentes em 04 subgrupos e pedimos para que 02 destes desenhassem um corpo feminino e os outros 02 desenhassem um corpo masculino, ambos externamente. Os desenhos foram confeccionados em folhas de papel pardo, com pincéis

atômicos. Pedimos que cada subgrupo apresentasse seu desenho aos demais dando nome a todas as partes do corpo por eles desenhadas (anexo 4).

“Eu desenhei um homem com uma cabeça, os cabelos, o braço, o cabelinho do suvaco, os cabelos do peito e da perna e o pinto”.

“O meu desenho é de uma mulher com olhos, boca com batom, orelhas com brincos, seios, unhas pintadas, braços e pernas e a perereca”.

Observamos nas colocações dos adolescentes que os mesmos demonstravam um certo pudor ao referirem-se aos órgãos sexuais.

“Tem que desenhar até aquele “trocinho” da mulher?”.

Percebemos ainda que usavam nomes populares para designar os órgãos sexuais. Pedimos então para que eles listassem todos os nomes dados aos órgãos sexuais que eles conhecessem. A maioria dos adolescentes mostrou-se acanhada, mas aos poucos tornou-se mais participativa em meio a risos...

“O órgão do homem é pau, pinto, piru, tabaco, bingulim, pica, caralho, cacete, espada... e da mulher é perereca, pomba, xota, xexeca, buceta, perseguida...”.

Em seguida, ensinamos aos adolescentes os nomes científicos dados aos órgãos sexuais e firmamos um contrato de trabalho de usar somente estes durante os encontros.

Posteriormente, pedimos a eles para que desenhassem o aparelho reprodutor masculino e feminino, colocando os nomes científicos com a ajuda de livros específicos sobre este assunto (anexo 5). Ao final, cada grupo explicou o que foi desenhado e complementamos quando se fez necessário.

Num terceiro momento deste encontro realizamos a leitura em grupo de diversos textos que intitulavam-se: O que é a Puberdade?. O relógio começa a funcionar. As primeiras mudanças. Marco inicial: ejaculação. Marco inicial: menstruação. Este material foi retirado de um livro direcionado somente para adolescentes (Comfort, 1980) Durante a leitura foram surgindo diversas dúvidas:

“Pode lavar o cabelo quando estou menstruada?”.

“Se estou menstruada posso ir à praia ou na piscina?”.

“Absorvente interno tira a virgindade?”.

“A menstruação é colocar as impurezas para fora?”.

Finalizamos este encontro após fazermos todos os esclarecimentos que se fizeram necessários.

GRUPO	MENINOS	MENINAS	TOTAL
1º	04	09	13
2º	02	14	16
3º	05	13	18
4º	04	07	11
5º	00	09	09

3º ENCONTRO: Oficina: “Sexo e Sexualidade”.

Iniciamos este encontro pedindo aos adolescentes que escrevessem em folhas de papel com suas próprias palavras a diferença entre Sexo e Sexualidade (anexo 6). Notamos que os adolescentes faziam muita confusão com os temas, não sabendo distingui-los corretamente. Formou-se uma grande discussão sobre o assunto e a troca de idéias e nossas explicações foram importantes para que contemplássemos essas dúvidas.

Em seguida, realizamos a dinâmica chamada “Carinho”, com o objetivo de trabalharmos as dificuldades que possuímos em exteriorizar os sentimentos para com outro alguém. Fizemos um grande círculo e colocamos em seu centro uma pequena mesa com balas, as quais chamamos de “carinhos”. A seguir, solicitamos a um participante que foi até a mesa, pegou um “carinho” e ofereceu a alguém do grupo dizendo o porquê. Este, por sua

vez, agradeceu e foi até a mesa, fazendo o mesmo, assim prosseguiu-se até todos terem dado e recebido o “carinho” (anexo 7).

“J., ofereço-te este “carinho” pela sua amizade”.

“P., ofereço-te este “carinho” porque você é muito legal”.

“M., ofereço-te este “carinho” porque você é muito bonita”.

Fizemos uma reflexão juntamente com os adolescentes perguntando a eles o que sentiram ao participarem da dinâmica.

“Eu senti um pouco de vergonha”.

“Eu fiquei vermelha, sem graça, o coração disparou”.

“Me deu um frio na barriga”.

Discutimos então, sobre as dificuldades em “dar e receber afeto” e principalmente no que se refere a falar para as pessoas que convivemos aquilo que realmente sentimos.

Posteriormente, aproveitando o assunto já iniciado, debatemos também sobre ansiedades que envolvem:

O primeiro beijo:

“Sinceramente, foi horrível, aí o menino me pediu pra ficar com ele, eu falei que não, eu nem gostava dele, mas aí ele me encostou num caminhão de boi e aí foi o beijo, tava chovendo, eu nem sei se foi babado”.

“O meu primo queria que eu ficasse com outro menino, e aí eu disse que era B.V., aí ele disse então vem cá, e me deu um beijo pra eu aprender a beijar e poder ficar com o menino”.

Diferença entre “ficar e namorar”:

“Ficar é sem compromisso, tem gente que fica por ficar”.

“Namorar tem compromisso, tem outras preocupações”.

“Pra namorar tem que pedir, mas, se ficarem um bom tempo também vira namoro, tem que ter interesse pra depois continuar”.

Vantagens e desvantagens de “ficar e namorar”:

VANTAGENS DE “FICAR”

“Não ficar sozinho”

“Fica com quem quer”

“Liberdade”

“Não tem preocupação com fidelidade”

“Não tem compromisso sério”

“É uma maneira de se conhecer melhor”

DESVANTAGENS DE “FICAR”

“Ficar com “fama” de ficar com muitos meninos”

“Não há confiança”

“A gente ficar com a pessoa e ver ela ficando com outra dói muito”

“Não ter alguém para ficar com a gente nos momentos difíceis”

“Agarrou, beijou e depois finge que não conhece”

“Se a menina ficar com vários é “sabonete”, é “galinha”, se o menino ficar com várias, ele é o bom”.

VANTAGENS DE NAMORAR

“Compartilhar segredos”.

“Tem confiança, responsabilidade, fidelidade”.

DESVANTAGENS DE NAMORAR

“Não fica mais tanto tempo com os amigos”.

“A gente se sente um pouco presa”.

“Receber e dar amor”.

“Eles querem mandar na roupa, no cabelo, no lugar que a gente vai”.

“Tem aquela pessoa do lado, pra ajudar, pra dar força”. *“Ciúmes, medo de ganhar “galho””.*

“Além de ser namorado, ele pode ser um amigo”. *“Insegurança pelo namorado trair com a melhor amiga”.*

Ao final desse encontro, abordamos também o tema Masturbação. Pedimos aos adolescentes para que colocassem com suas próprias palavras o que sabiam sobre o assunto:

“É para tirar a vontade, pois não tem com quem fazer”.

“O homem toca o pênis, faz movimento pra frente e pra trás, até chegar ao orgasmo junto com a ejaculação”.

“A mulher toca a vulva, e acaricia o clitóris até chegar ao orgasmo”.

Entregamos então, aos adolescentes um questionário sobre Masturbação (anexo 8), para que os mesmos respondessem e em seguida fizemos as complementações necessárias.

Para elucidar ainda mais questões sobre os temas abordados neste encontro, entregamos aos adolescentes um livreto educativo intitulado “Nossas Paixões”, que foi elaborado pela Fundação Carlos Chagas, onde todos fizeram uma leitura silenciosa e ao término da mesma realizamos um breve debate.

GRUPO	MENINOS	MENINAS	TOTAL
1º	04	06	10
2º	03	11	14
3º	06	07	13
4º	04	05	09
5º	00	08	08

4º ENCONTRO : Visita ao Centro de Saúde II Bela Vista.

Antes de realizarmos a visita ao Centro de Saúde, indagamos aos adolescentes se eles já conheciam o Centro de Saúde de seu bairro.

“Eu só fui uma vez, não conheço direito o posto”.

“Eu só fui para tomar vacina e ao dentista”.

“Demora muito pra conseguir marcar uma consulta”.

Percebemos nas colocações dos adolescentes, que, apesar de praticamente todos já terem utilizado o serviço do posto, pelo menos uma vez, havia uma certa desinformação quanto a real função e funcionamento do C.S. Assim, convidamos os adolescentes para realizarem conosco, uma visita ao C.S. II Bela Vista, a fim de conhecerem um pouco mais sobre o mesmo.

Seguimos então ao Centro de Saúde e ao chegarmos lá, fomos recepcionadas por nossa Supervisora Enf^a Lúcia Prim, que nos apresentou o C.S., esclarecendo nossas dúvidas.

Percebemos que os adolescentes ficaram muito satisfeitos com a visita, pois conseguiram se familiarizar um pouco mais com o Centro de Saúde de sua comunidade (anexo 9).

“Legal, aprendemos bastante”.

“Eu não pensei que o posto tivesse tudo isso”.

GRUPO	MENINOS	MENINAS	TOTAL
Todos	00	07	07

5º ENCONTRO: Oficina: “Conhecendo e discutindo as Drogas”.

Inicialmente, colocamos no quadro três perguntas que nos aproximariam da realidade de conhecimento do que os jovens têm sobre Drogas: “O que são Drogas para você? Quais são as Drogas que vocês conhecem? Comente sobre os efeitos das Drogas” (anexo 10). Conforme as respostas dadas pelos adolescentes, íamos trabalhando as dúvidas, acrescentando conhecimentos e remodelando os erros.

Em seguida, realizamos uma dinâmica chamada “Tomando Decisões”, com o objetivo de oportunizar aos adolescentes vivenciarem situações-problema e darem soluções. Ela funcionou da seguinte maneira: distribuímos folhas e solicitamos que cada adolescente descrevesse uma situação-problema imaginária e para a qual gostaria de receber sugestões para tomada de decisão. As folhas foram recolhidas sem identificação, embaralhadas e redistribuídas para o grupo. Logo após, cada adolescente leu em voz alta a situação-problema que recebeu e disse ao grupo quais decisões tomaria se estivesse vivenciando aquele problema. As situações-problema foram as mais diversas (anexo 11), mas o que mais nos chamou atenção foi que a situação deveria ser fictícia e os adolescentes trouxeram para discutirmos, problemas que realmente aconteceram em suas casas, com seus amigos... e todos juntos ajudamos a encontrar soluções para os problemas reais que surgiram. Houve bastante troca de idéias.

No grupo de adolescentes com faixa etária inferior a 13 anos, eles escolheram trabalhar o assunto Drogas sobre a forma de teatro. Então, listamos as situações que deveriam ser dramatizadas: “Alcoolismo na família”. “Violência devido ao uso de drogas”. “Maconha ou cocaína num grupo de amigos” (anexo 12). Dividimos os adolescentes em grupos, cada grupo escolheu um tema para trabalhar e ao final das apresentações discutimos cada problema apresentado.

Ao final desse encontro fizemos uma dinâmica com o objetivo de desenvolver a autoestima. Formou-se um círculo e cada adolescente recebeu uma tira de papel onde deveria escrever uma qualidade para o colega que se encontrava à sua direita. Todos dobraram o papel e o depositaram numa caixa, no centro do círculo, sem tecer comentários a respeito. Solicitamos então, que cada um retirasse da caixa um dos papéis que continham

a qualidade escrita. Os adolescentes passaram a ler e procuraram entre os presentes, a quem coubesse a qualidade que foi lida. Após todos se manifestarem, cada adolescente dirigiu-se para o colega à direita e lhe diz a qualidade que havia aferido anteriormente e qual a razão. Finalizando com um abraço. Esta dinâmica foi importante pois, a procura do caminho das drogas pode ser interpretado como um pedido de ajuda e possivelmente estas pessoas poderão estar com sua autoestima abalada, e a nossa intenção foi aumentar a autoestima de todos do grupo.

Para finalizar a discussão, propomos aos adolescentes, levá-los até a UFSC para conhecerem o Grupo de Mútua Ajuda à drogados em recuperação, e assim, conhecerem um pouco da realidade vivida pelos próprios drogados e suas famílias a fim de, conscientizarem-se sobre o problema das drogas.

GRUPO	MENINOS	MENINAS	TOTAL
1°	02	08	10
2°	03	11	14
3°	07	08	15
4°	04	06	10
5°	00	10	10

6° ENCONTRO: Visita ao Grupo de Mútua Ajuda - SANPS (Serviço de Apoio às Necessidades Psicossociais), UFSC.

Conforme havíamos planejado no encontro anterior, aguardamos os adolescentes na Escola Básica Professor Oswaldo Rodrigues Cabral, e partimos juntos até a UFSC, para realizarmos a visita ao Grupo de Mútua Ajuda à drogados em recuperação. O funcionamento deste grupo dá-se todas às quartas-feiras, iniciando-se às 17:00 horas, na sala 911 do CCS (Centro de Ciências da Saúde). Anteriormente já havíamos falado com o coordenador do grupo sobre a visita, e o mesmo se colocou à nossa disposição. Chegamos

na sala, sentamo-nos e como os demais integrantes do grupo nos apresentamos. Diante das colocações feitas por esses integrantes, os adolescentes sentiram-se incentivados a darem alguns depoimentos:

“Minha melhor amiga começou a andar com um pessoal estranho, acho que eles usam drogas, ela já não é mais a mesma, o que eu faço para ajudar?”.

“Meu pai bebe muito e chega muito nervoso em casa, será que eu posso trazer ele aqui?”.

Foi muito gratificante realizarmos este encontro, pois, além de sermos elogiadas pelo Professor Wilson K. de Paula, coordenador do grupo, pelo nosso Projeto, incentivando-o, ainda, foi unânime a satisfação de todos os adolescentes que participaram.

“ Foi muito bom vir aqui, eles falaram muito pra não começar a usar drogas”.

“Eu achei legal, no começo me deu medo das coisas que eles falaram, depois eu vi que eles estavam ali pra pedir ajuda e ajudar a gente”.

É importante salientar qu, foi nos solicitado pelo coordenador do Grupo de Mútua Ajuda que, participassem deste encontro um número máximo 10 adolescentes.

GRUPO	MENINOS	MENINAS	TOTAL
Todos	03	04	07

7º ENCONTRO: Oficina: “Aprendendo sobre Métodos Contraceptivos”

Para iniciar este encontro, distribuimos tiras de papel e pincéis atômicos para que os adolescentes escrevessem em cada tira separadamente, motivos para transar e motivos para não transar. Em seguida, os papéis foram separados conforme o tema e colocados em pratos de papelão, intitulados “Motivos para transar” e “Motivos para não transar” simulando uma

balança, para que avaliássemos, junto com os adolescentes, para qual lado penderia mais a balança. Depois, pedimos aos adolescentes para que colassem as tiras de papel num grande cartaz de papel pardo, também divididos em “Motivos para transar” e “Motivos para não transar” (anexo 13), e então discutimos todas as colocações feitas por eles.

Posteriormente, convidamos os adolescentes a conhecerem os Métodos Contraceptivos mais comuns. Levamos os mesmos e os dispomos livremente sobre uma mesa (anexo 14), para que os adolescentes pudessem manipular esse material e conforme surgiam as dúvidas, fazíamos os esclarecimentos necessários. Para elucidarmos as dúvidas, utilizamos um Boletim internacional sobre prevenção e assistência à AIDS “Ação Anti AIDS” que trazia a descrição dos métodos contraceptivos, a proteção que o mesmo fornece contra a gravidez e DST’s, disponibilidade no mercado, vantagens e desvantagens (anexo 15). Utilizamos também um álbum seriado “Planejamento Familiar” do Ministério da Saúde.

Neste encontro, contamos com a participação da Enfermeira Lúcia Prim, que muito contribuiu para o enriquecimento do mesmo.

GRUPO	MENINOS	MENINAS	TOTAL
1º	02	08	10
2º	03	09	12
3º	04	07	11
4º	03	06	09
5º	00	09	09

8º ENCONTRO: Oficina: “Entendendo e prevenindo DST’s/AIDS”.

Sabendo que o grande índice de infecção por DST’s/AIDS concentram-se nos jovens, e entendendo ter a família e a escola um papel fundamental na adoção de práticas, resolvemos trabalhar este assunto através de uma dinâmica para que os adolescentes

vivenciassem e entendessem o risco do HIV e percebessem como se sentiriam se estivessem infectados.

Pedimos aos adolescentes para ficarem em pé e em círculo, explicamos que durante esse jogo, um aperto de mão significaria ter um relação sexual sem proteção. Arranhar levemente a palma da mão ao apertá-la significaria que o corpo da outra pessoa foi exposto ao HIV. Demonstramos isso à pessoa cuja mão estávamos apertando, e pedimos às outras para passarem isso em torno do círculo. Lembramos aos adolescentes que, como acontece com todos os vírus, ser exposto ao HIV nem sempre significa que a pessoa se torne infectada. Entretanto, há uma grande chance de que a exposição leve a infecção.

Pedimos a todos para fecharem os olhos e explicamos que iríamos andar em volta do círculo várias vezes e tocar uma pessoa no ombro. Durante o resto do exercício essa pessoa “teria a infecção pelo HIV”. A pessoa que foi tocada não deveria contar a ninguém do grupo.

Depois de tocarmos uma pessoa, pedimos a todos que abrissem os olhos e perguntamos se sabiam quem tinha o HIV. Lembramos a todos que não era possível saber quem tinha o HIV só olhando. Em seguida, perguntamos a eles o que sentiram enquanto andávamos em torno deles.

“Eu fiquei com medo de ser o escolhido”.

“Ah! Me deu um friozinho na barriga, eu não queria que fosse eu não”.

Explicamos que os adolescentes poderiam andar e falar uns com os outros e, se quisessem apertar as mãos. Cada pessoa pôde apertar as mãos de até três pessoas. A pessoa que “tinha o HIV” tinha que arranhar a palma de todas as pessoas com quem trocava o aperto de mãos.

Quando terminaram os apertos de mãos, pedimos as pessoas para formarem de novo o círculo. Pedimos a todos que tiveram sua palma arranhada e à pessoa cujo ombro foi tocado para ficarem dentro do círculo. Todos que não tiveram a palma da mão arranhada poderiam sentar-se em um círculo externo.

Pedimos às pessoas do círculo interno para se sentarem e lembramos que no jogo seus corpos foram expostos ao HIV, mas elas não sabiam ainda se estavam infectadas. Perguntamos como se sentiram, sabendo que poderiam estar infectadas.

“Eu me sinto preocupada, nervosa”.

“Tomara que não”

“Tenho pavor em saber”

Perguntamos a eles se contariam a alguém, a quem ?

“Eu contaria para as pessoas com quem moro”

“Eu contaria para alguém de confiança”

Que tipo de apoio desejariam?

“Gostaria que me ajudassem, que não me criticassem”.

“Queria que me dessem força e ajuda”.

Perguntamos se continuariam fazendo sexo sem proteção.

“Não faria mais sexo sem usar camisinha”.

“Não, depois dessa não”.

Perguntamos também às pessoas do círculo externo, se elas continuariam fazendo sexo sem proteção e todos responderam que não, que sentiram-se aliviados de não terem sido infectados pelo HIV.

Lembramos às pessoas sobre a diferença entre a infecção pelo HIV e a AIDS, sobre como funciona o teste para o HIV, e sobre a necessidade de aconselhamento antes e depois do teste.

Pedimos às pessoas no círculo interno para imaginar que decidiram fazer o teste. Entregamos um cartão escrito POSITIVO ou NEGATIVO a cada pessoa, mas pedimos para

que não olhassem. Perguntamos a eles como se sentiram enquanto esperavam pelo resultado.

“Dá vontade de pedir para que alguém abraisse”.

“Nervoso, será que eu abro ou não”

“Credo! Eu iria no banheiro de cinco em cinco minutos”

Pedimos a cada adolescente para ler seu cartão. Aquelas com cartões NEGATIVO, poderiam juntar-se ao círculo externo. O que as pessoas que tiveram resultado NEGATIVO sentiram?

“Me sinto alegre e contente”.

“Aprendi que tenho que transar só com camisinha”

“Sinto alívio, alegria”

Perguntamos às pessoas no círculo interno com cartões POSITIVO, o que estavam sentindo.

“Horrorosa, terei que cuidar para não passar para alguém”.

“Apavorada, triste”

“Eu esperava que ia dar negativo”

Perguntamos a eles se contariam a alguém, a quem?

“Vou contar para minha família”

“Contaria para meus pais”

“Contaria para meus amigos de confiança, eles estariam mais preparados para essa notícia, para os meus pais, seria uma bomba”.

Mudariam seu comportamento?

“Mudaria minha vida sexual, só transaria com camisinha”.

“Eu perderia o prazer de fazer sexo”.

“Eu, antes de transar, iria contar pro meu namorado que tenho o HIV”.

“Eu também ia avisar o meu namorado que se ele não quisesse usar camisinha, ele estaria correndo o risco, porque não é certo a gente colocar em risco outra pessoa”.

Que tipo de apoio gostariam de receber?

“Que me tratassem sem preconceito”.

“Sem discriminação”.

Por fim, fizemos uma discussão e pedimos aos adolescentes para dizerem em poucas palavras, como se sentiram durante a dinâmica.

“Eu achei bom, fez a gente pensar que tem que usar camisinha sempre”.

“Parecia ser de verdade, deu até vontade de chorar”.

O segundo momento da oficina, teve como objetivo informar aos adolescentes sobre as campanhas de prevenção de DST's/AIDS do Ministério da Saúde. Para isto, levamos cartazes e dispomos sobre uma mesa de modo que os adolescentes pudessem manipular

esse material (anexo 16). Também utilizamos um “Álbum Seriado” do Ministério da Saúde intitulado “Saúde em Ação”, sobre DST’s para complementarmos as colocações sobre esse tema.

GRUPO	MENINOS	MENINAS	TOTAL
1°	02	08	10
2°	03	08	11
3°	03	06	09
4°	03	06	09
5°	00	07	07

9º ENCONTRO: “Conhecendo nossos adolescentes”

Para esclarecermos melhor o trabalho por nós desenvolvido na Escola Básica Professor Oswaldo Rodrigues Cabral, convidamos os pais, juntamente com diretores, orientadores, professores e funcionários a participarem de um encontro a fim de abordarmos os assuntos trabalhados com os adolescentes. Para isso, enviamos um comunicado aos pais, através dos adolescentes e fixamos um cartaz no pátio, a fim de informar os integrantes da Escola (anexo 17).

Tínhamos o propósito de iniciar o encontro, realizando uma dinâmica com o objetivo de integrar os participantes através do diálogo, porém, devido ao pequeno número de participantes, fizemos apenas uma apresentação informal. A dinâmica funcionaria da seguinte maneira: solicitaríamos que formassem um grande círculo, entregaríamos um número a cada participante, informariamos que os que receberam números ímpares formariam um círculo interno, formando duplas com os que permaneceriam no círculo externo (números pares). As duplas ficariam em pé, uma pessoa frente à outra. Dado um sinal, as duplas passariam a dialogar, respondendo as perguntas: nome, qual seu parentesco com o adolescente, qual motivo o levou a participar do encontro. A cada um minuto, diante de um sinal convencional os membros do círculo interno avançariam um lugar, no

sentido do relógio, formando dupla com outro colega e voltando a dialogar, como no primeiro momento. Assim procederiam até completar a volta.

Em seguida, fizemos uma breve apresentação sobre o tema adolescência, enfocando o desenvolvimento psicobiológico e psicossocial que envolve esta fase.

Posteriormente, apresentamos aos convidados, de uma forma sucinta, todos os assuntos e como estes foram trabalhados durante os encontros. Foram dispostos numa mesa todos os materiais utilizados, para que os presentes interessados pudessem conhecê-los.

Encerramos o encontro, realizando um debate sobre a importância de se fazer um trabalho de sexo e sexualidade com os adolescentes em todas as escolas e fomos parabenizadas por nossa iniciativa.

10º ENCONTRO: Encerramento e confraternização.

Realizamos nosso último encontro com os adolescentes na Escola Básica Professor Oswaldo Rodrigues Cabral, em uma terça-feira, onde os adolescentes de todos os grupos e escolas reuniram-se.

Primeiramente, entregamos folhas de papel para que escrevessem suas opiniões sobre os encontros e o que estes acrescentaram em sua vivência (anexo 18).

No final fizemos uma grande festa, com músicas e diversos salgados e doces trazidos pelos adolescentes e por nós.

GRUPO	MENINOS	MENINAS	TOTAL
Todos	06	16	22

Realizamos, além dos encontros semanais junto aos adolescentes, um total de 10 consultas de enfermagem durante o período de estágio. Para ilustração deste relatório no

anexo 19 está o registro de uma das consultas. Todas foram realizadas com adolescentes do sexo feminino com idades entre 13 e 16 anos.

Durante as consultas, detectamos principalmente, “déficits de autocuidado desenvolvimental”, ou seja, aquelas em que o indivíduo precisa adaptar-se a novas situações de vida, não havendo necessidade de outros encaminhamentos. Fez-se necessário, apenas 03 encaminhamentos, sendo 02 para o ginecologista e 01 para a enfermeira do Centro de Saúde I Areias, para atendimento individual e familiar.

Avaliação: este objetivo foi alcançado pois foram realizados 10 atendimentos individuais e 35 encontros com os grupos de adolescentes.

2º Objetivo específico

Aperfeiçoar conhecimentos acerca do cuidado com o adolescente escolar em seu contexto.

Estratégia: através de cursos, congressos e bibliografias buscamos aprofundar nossos conhecimentos relacionados aos assuntos sobre Adolescência.

Realizamos diversas leituras durante o estágio, para um melhor planejamento e execução dos encontros. Tivemos a oportunidade de participar de um Congresso em Florianópolis “CONGRESSO NACIONAL DE SEXUALIDADE NA ESCOLA E NA FAMÍLIA, no período de 25 a 27 de setembro de 1998, com duração de 40 horas/aula, promovido pelo CEITEC (Centro de Estudos e Informações Técnicas Educacionais e Culturais). Também elaboramos um trabalho intitulado “**A educação na prevenção da violência**” (anexo 22), que será apresentado na forma de pôster no CONGRESSO INTERNACIONAL FAMÍLIA E VIOLÊNCIA, a ser realizado em Florianópolis no período de 19 a 23 de abril de 1999.

Avaliação: pensando sempre, que é necessário ampliar e dar continuidade aos estudos acerca do cuidado com o adolescente, consideramos este objetivo alcançado.

RELAÇÃO TEÓRICO PRÁTICA

Determinamos os déficits de autocuidado dos adolescentes, realizando uma operação de investigação (levantamento junto aos adolescentes dos assuntos de maior interesse e dúvida relacionados à Enfermagem Preventiva), que nos capacitou a fazer julgamentos sobre a situação existente de cuidado e saúde dos adolescentes (diagnóstico) para em seguida, tomarmos a decisão sobre o que poderia ser feito (prescrição). Os déficits de autocuidado mais encontrados foram déficits de autocuidado relacionados ao pouco conhecimento sobre: as transformações físicas e a fisiologia da adolescência, sexo e sexualidade, DST's / AIDS, métodos contraceptivos e drogas.

Após este passo, procedemos ao planejamento da execução dos atos de enfermagem, momento este, em que distribuimos os assuntos levantados pelos adolescentes numa ordem de prioridade e realizamos o planejamento de cada encontro, através de oficinas, teatro, debates, vivências e etc. Posteriormente, determinamos o sistema de enfermagem de Apoio-Educação na assistência ao adolescente, já que seus déficits de autocuidado foram na maioria de categoria Desenvolvimental, necessitando o adolescente do apoio e da educação para adaptar-se a sua nova situação de vida.

Procedemos, após, a realização dos encontros com os adolescentes (implementação das ações) e ao gerenciamento do sistema de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao realizarmos a prática assistencial junto ao adolescente escolar, esta nos proporcionou uma experiência enriquecedora e inovadora, pois, nos deu a oportunidade de trabalharmos algo pouco explorado pela enfermagem.

A receptividade por parte da direção das duas escolas favoreceram a nossa assistência, uma vez que estiveram sempre prontas a nos fornecer espaço físico e materiais para realizarmos nossos encontros. Não nos esquecendo do CS I Areias e CS II Bela Vista que muito contribuíram para um melhor desenvolvimento deste trabalho.

A fundamentação teórica aplicada em nossa prática assistencial possibilitou o alcance de uma visão sistemática em relação ao adolescente escolar. Adotando a teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem, não somente nos embasamos teoricamente, mas também, esta foi importante por proporcionar o direcionamento das ações de enfermagem.

Encontramos como obstáculo o final do ano letivo que veio de encontro ao período final de estágio, resultando num défice no número de adolescentes participantes dos grupos, na última semana do desenvolvimento dos trabalhos.

Por fim, salientamos a importância da continuidade de semelhante trabalho, com o intuito de através da educação em saúde contribuir para um saudável desenvolvimento do adolescente.

9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGAZZI, Aldo. **Psicologia da criança e da escola**. Rio de Janeiro: Record, 1990. 269p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS – ABIA. **Ação anti AIDS**. Boletim Internacional sobre prevenção e assistência à AIDS. n.37, 20p. julho – setembro. 1997.
- AZEVEDO, Guila. **Adolescência: Ponto de apoio**. São Paulo: Scipione, 1995, 71p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis / AIDS. **ABC das DST (s)**. 2. ed! Abril, 1997. 17 p. (mimeo.).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Treinamento de Multiplicadores em Prevenção ao Abuso de Drogas, DST/AIDS: Sexualidade Humana e Sexo Seguro**. Elisabete da Silva Melo (org.) 1998. 62p. (mimeo.).
- COLLI, Anita S. Necessidades de saúde do adolescente. In: SETIAN, Nuvarte, COLLI, Anita S., MARCONDES, Eduardo (coord). **ADOLESCÊNCIA**. São Paulo: Sarvier, 1979, p.91-98.
- COLLI, Anita S. et all. Adolescência. In: MARCONDES, Eduardo. **PEDIATRIA BÁSICA**. 7ª ed. São Paulo: Sarvier, v1, 1985, 473 a 499.
- COMFORT, Alex. **ABC do amor e do sexo: orientação sexual para adolescentes**. São Paulo: Abril Cultural, 1980, 128p.

- DUARTE, Ruth de Gouveia. **Sexo, sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis**. 4ª ed. São Paulo: Moderna, 1995, 119p.
- EBEN, et all. Dorothéa E. Orem. In: MARRINER, Ann. **MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA**. Barcelona: ediciones Rol S.A., 1989. Cap.11 p.100-109
- EISENSTEIN, Evelyn, et all. Sexualidade na adolescência. In: ZECKER, Israel (org). **ADOLESCENTE TAMBÉM É GENTE!**. São Paulo: Summus Editorial, 1985. Cap. 19, p.180-189.
- FOSTER, Peggy Coldwell; JANSSENS, Nancy P. Dorothéa E. Orem. In: GEORGE, Júlia B. **TEORIAS DE ENFERMAGEM**. São Paulo: EPU, 1993,338p.
- GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1993, 338p.
- INFANTE, Domingos Paulo. , Desenvolvimento Psicossocial. In: MARCONDES, Eduardo. **PEDIATRIA BÁSICA**. 7ª ed. São Paulo: Sarvier, v1, 1985, 479 a 480.
- LOUZADA, Teresa C. C. Landucci. Problemas de aprendizagem. In: ZECKER, Israel (org). **ADOLESCENTE TAMBÉM É GENTE!**. São Paulo: Summus Editorial, 1985. Cap. 07, p.78-83.
- MARRINER, Ann. **Modelos y teorias de enfermeria**. Barcelona: ediciones Rol S.A., 1989. 345p.
- MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. Florianópolis UFSC, 1994, 260p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- MONTICELLI, Marisa; SILVA, Denise Maria Guerreiro da. **Teorias de enfermagem**. Apostila elaborada para uso exclusivo em sala de aula. NFR/UFSC, 1997.
- SANTA CATARINA. **PREVENÇÃO, EDUCAÇÃO E VIDA: Subsídios de prevenção integral para o educador**. 1995. In: SILVA, Ana Cristina Oliveira, VALENTIM, Scheila Maria. **ASSISTINDO O ADOLESCENTE ESCOLAR ATRAVÉS DA TEORIA DAS NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**. (Projeto apresentado na VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, 1998-1 – mineo).
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Como evitar as Doenças Sexualmente Transmissíveis**. s/d. 22 p. (folheto).

- SANTA CATARIANA. Secretaria de Estado da Saúde e Secretaria de Estado da Educação e do Desporto. **Prevenção ao abuso de drogas**. Verônica Heidemann e Maria Aparecida Lehmkuhl (org.) 1997. 58p. (mimeo.).
- SILVA, Ana Cristina Oliveira, VALENTIM, Scheila Maria. **Assistindo o adolescente escolar através da teoria das necessidades humanas básicas**.: Projeto apresentado na VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, 1998-1 (mineo).
- SOUZA, Ronald P de. **Nossos adolescentes**. 2ª ed. Porto Alegre: UFRGS, 1989, 92p.
- SUPLICY, Marta. **Conversando sobre sexo**. 5ª ed. Petrópolis: Vozes, 1983. 367p.
- SUPLICY, et all. **Guia de orientação sexual**. 6ªed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994, 112p.
- SUPLICY, et all. **Sexo se aprende na escola**. São Paulo: Olho D'água, 1995.120p.
- TORRES, Gertrude. A Posição dos Conceitos e Teorias na Enfermagem. In: GEORGE, Júlia B. **TEORIAS DE ENFERMAGEM**. São Paulo: EPU, 1993, 338p.
- VIEIRA, Fernanda, TEIXEIRA, Leila C., et all. **Necessidades psicobiológicas do adolescente**. Texto elaborado para uso em sala de aula. Disciplina INT 5131 da IV Unidade Curricular, 1996, p.2 (mineo).
- VIZZOLTO, Salete Maria, et all. **Dinamizando os grupos**. Florianópolis: Ed. Lunardelli, 1995. 74p.
- WHALEY, L. F., WONG, D. L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. Cap. 14-15, p.340-367.
- ZEK CER, Israel (org). **Adolescente também é gente!**. São Paulo: Summus Editorial, 1985, 255p.

SOAP

O SOAP constitui as notas de evolução (respostas do paciente a prescrição) ordenadas criteriosamente. É um componente do POP (Prontuário Orientado para o Problema) fundamentado no método científico integrado ao Sistema Weed.

S. (aspectos subjetivos do problema)

O. (aspectos objetivos do problema)

A. (análise)

P. (planos que visam atualizar o plano inicial frente a evolução apresentada pelo cliente)

COLÉGIO ESTADUAL "PROFESSOR OSWALDO RODRIGUES CABRAL"

COMUNICADO

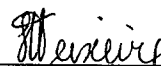
Comunicamos aos Senhores pais, que seus filhos (as), de 5ª à 8ª série do Ensino Fundamental, nos três turnos, fora do período de aula, irão receber informações relacionadas à SAÚDE, SEXUALIDADE, AIDS E DROGAS, nesta Unidade Escolar, com acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Para maiores informações favor entrar em contato com a escola.

Contamos com seu apoio,

Atenciosamente:



Fernanda Vieira



Leila Cristiany Teixeira

* Sexo oral faz mal, é comum.
 * Essa pratica pode fazer algum mal?

Se a mulher esqueceu o preservativo interno e for trombar o que acontece?

* Quantas vezes uma mulher chega ao orgasmo, e o homem chega mais vezes no normal?

* Se um casal fazer sexo todo dia faz mal?

Quais são os melhores meios de se evitar uma gravidez?

Tomar comprimido cedo faz mal, no que pode prejudicar?

Como é o semen de um homem normal (sadio)?

* Engravidar cedo, prejudica o bebê e danifica o corpo da mulher?

Depois da menstruação, qual o período que se pode transar, sem correr o risco de engravidar?

Se a pessoa perder a virgindade e depois passar muito tempo sem transar volta a ser virgem?

Transar masturbada faz mal ao parceiro ou a mulher, há risco de engravidar?

Se um testículo for menor que o outro, e o sêmen ou espermia não tiver cheiro, e nem for muito grosso, o homem não pode ter filho.

Se um homem transar sem comirinha e gozar fora, há risco de engravidar? É possível também contaminar a parceira nesse tipo de prática?

Se no sexo ~~oral~~ oral a mulher engravidar sem um, o que pode acontecer?

1. O que significa HIV?

~~que é~~

O que é ser BV?

O que é doença venérea?

Os diálogos?

O que é o Buzo?

O que é menstruação?

Ficar?

O desenvolvimento do corpo femi-
nino?

Camisinha?

Cuidos pega em qualquer lugar? Ex?

Namorar?

O Buzo causa doença

Como o corpo reage na 1ª vez?

O que vocês acham de ficar ou

namorar com 11 anos?

Há algum problema em
namorar ou ficar com alguém
mais velho?

Como é o calendário menstrual?

1 Se uma menina fica 1 mês e alguns dias sem se menstruar, esta menina tem algum problema?

2 Tu gostaria de saber sobre o mamoro (meu primeiro mamorado)?

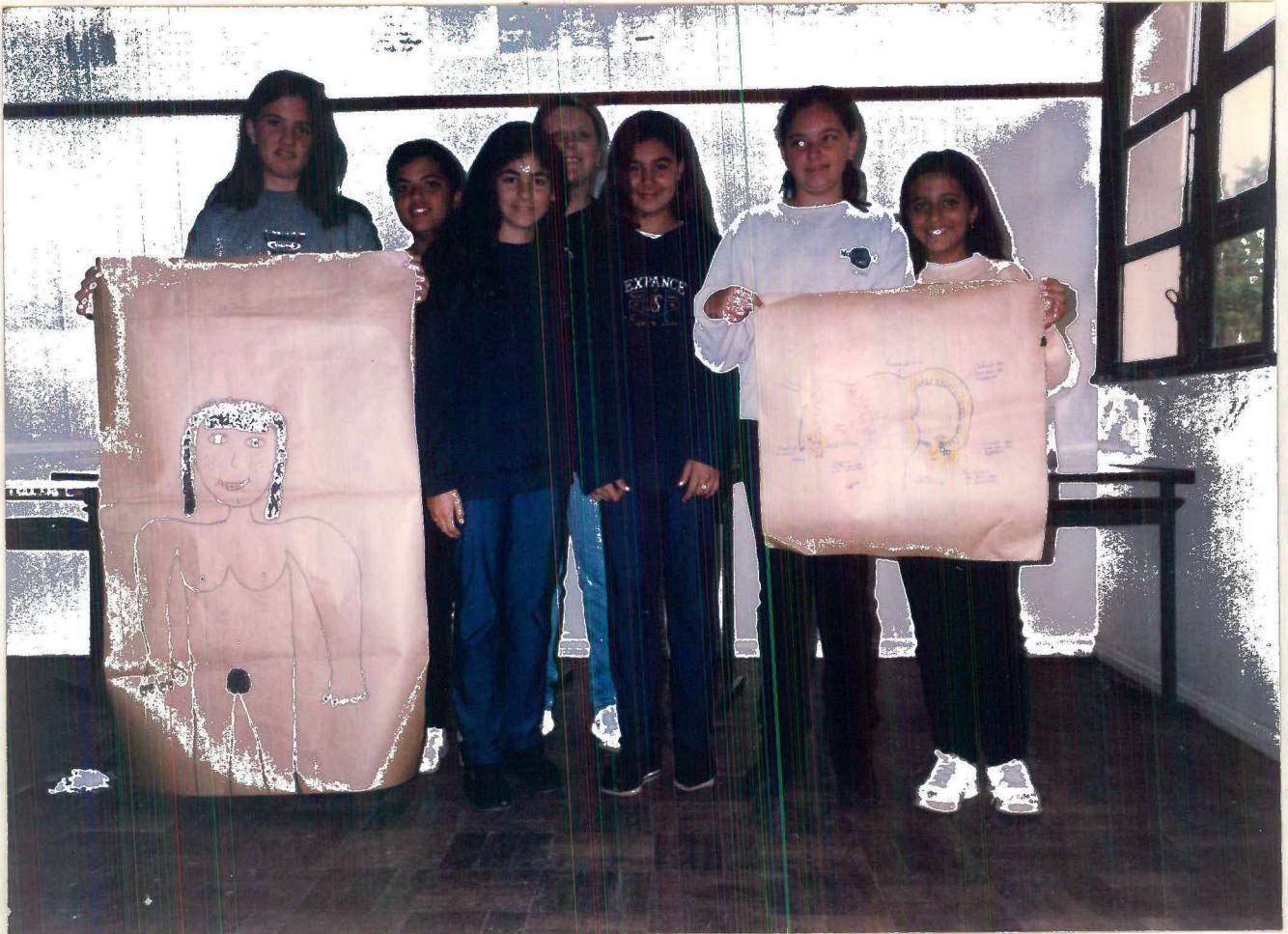
3 É normal uma pessoa se masturbar mais de 2 vezes por dia?

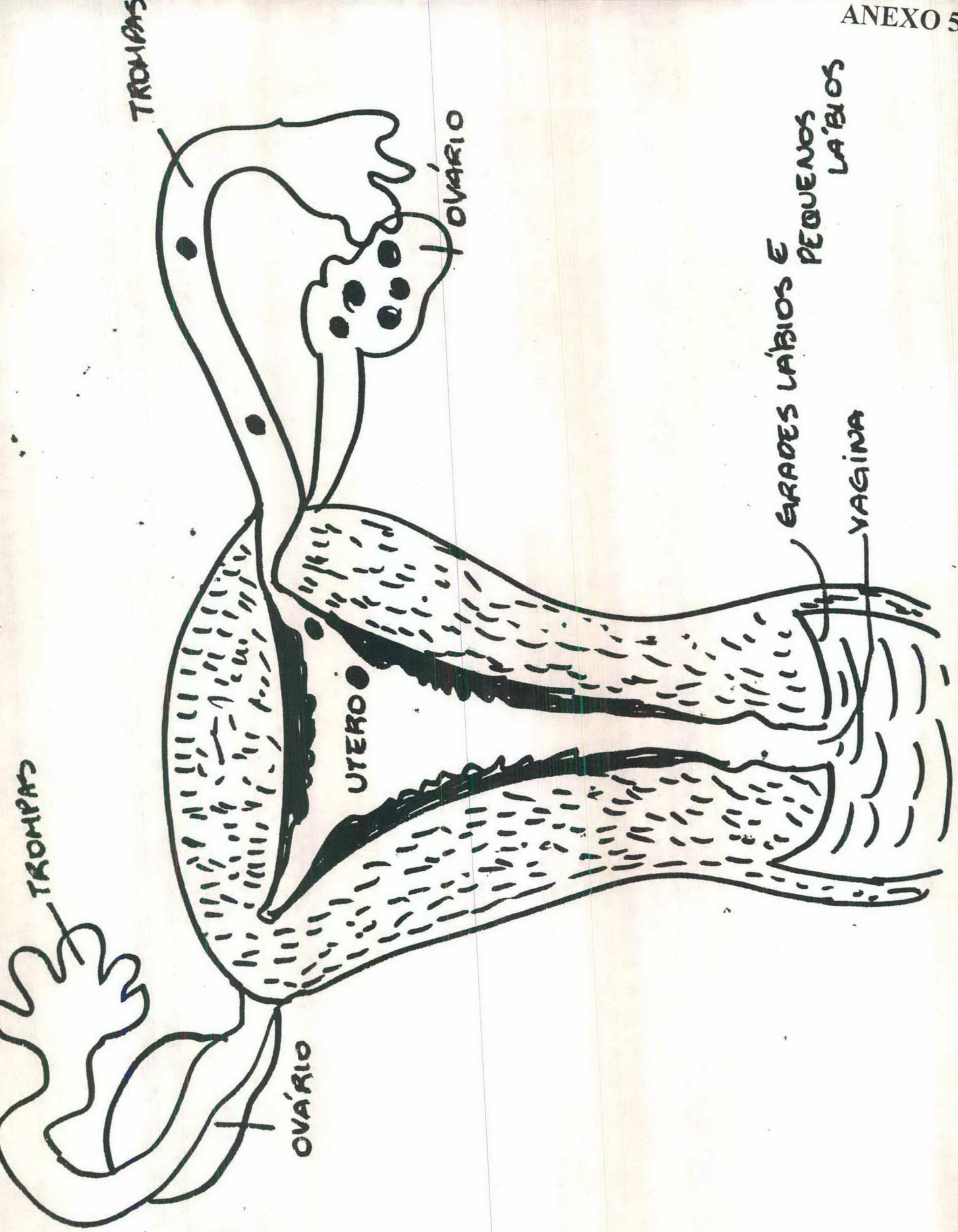
4 Tu estás fiando com um menino, um dia ou outro, ele diz que ficou com outra, o que deves fazer?

5 O homem e a mulher não têm aids, e eles transaram, eles correm o risco de pegar aids?

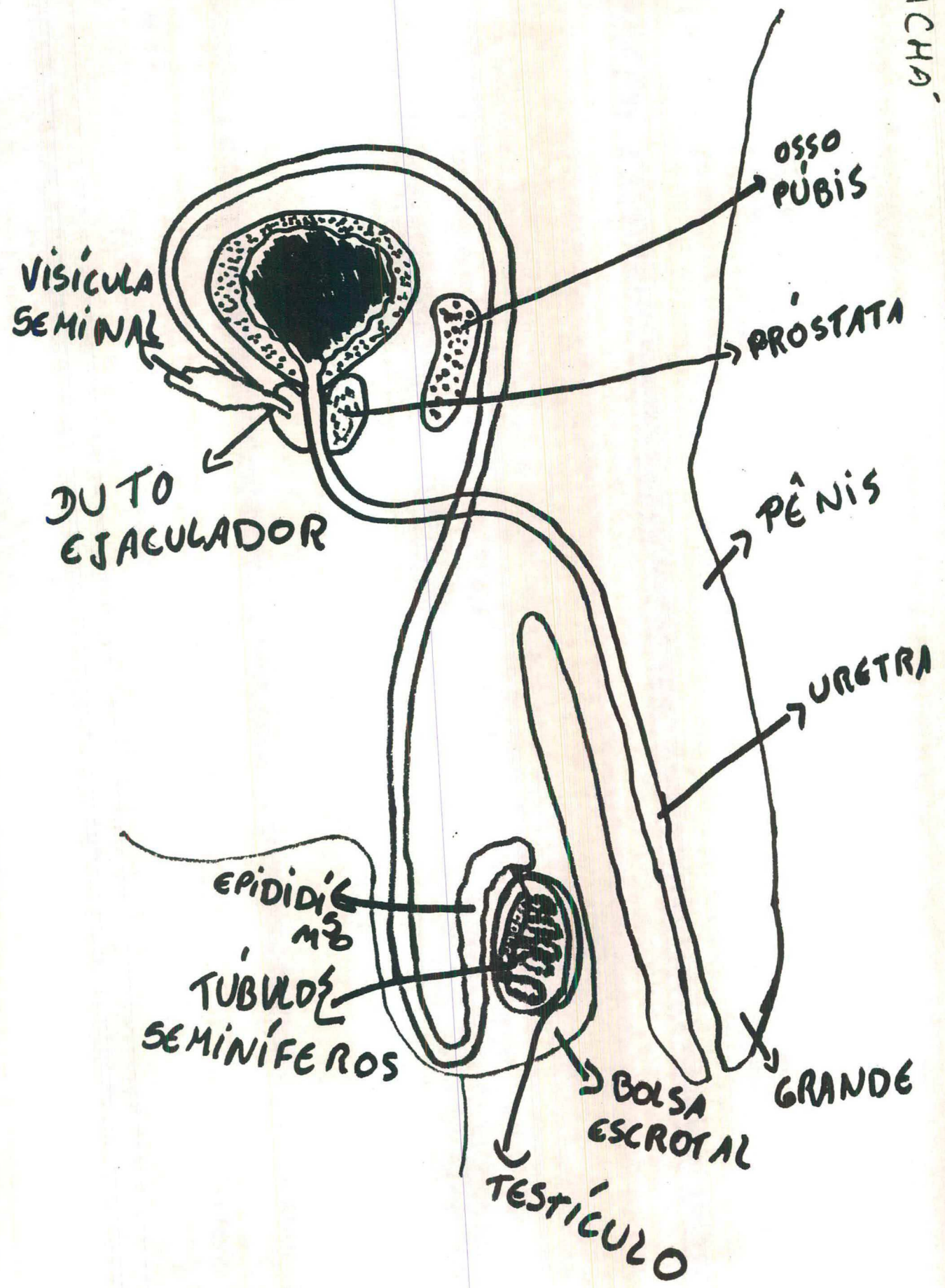
6 É normal uma menina de 11 anos ter os seios enormes?

7





Handwritten text in a cloud-like shape: *Handwritten text, possibly 'Também' or similar, written upside down.*





O que é sexo?

sexo é a relação entre duas pessoas que se gostam. sexo é uma relação sexual com um homem e uma mulher.

sexo é uma fecundação entre a vulva e o pênis.

O que é sexualidade?

sexualidade é cuidar de seu corpo, se sentir atraente. Quando desperta um interesse é a maneira de se vestir, sexualidade é a pessoa se sentir bem com quilo e etc...

O que é sexo?

É uma relação entre duas pessoas que se amam, mas tem pessoas que ~~o~~ pensam que sexo é só ^{para} perder a virgindade, ter número com rapazes e experimentar o sexo. Se a pessoa faz com amor o sexo sempre tem feito, e também tem que ^{de} responsabilidade e consciência do que está fazendo p/ não correr algum risco de vida.

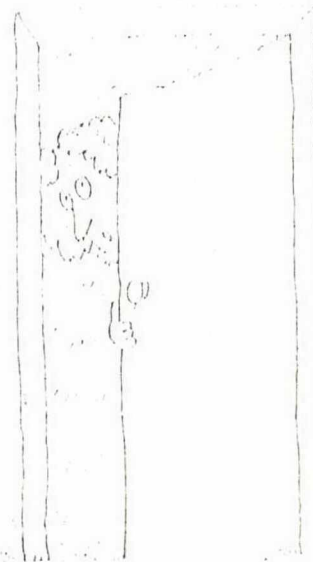
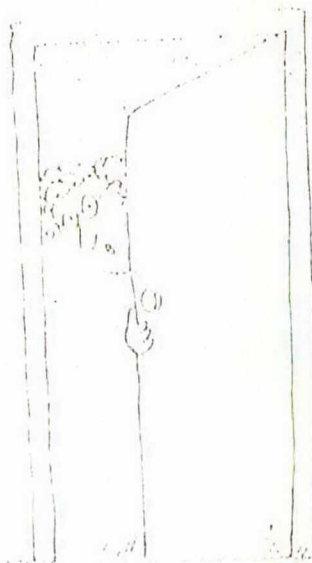
O que é ~~sex~~ sexualidade?

É descobrir sua vida pessoal, descobrindo e aprendendo seus cuidados.



Questionário
MASTURBAÇÃO

	SIM	NÃO
1. A única forma de masturbar-se é acariciar os próprios genitais com as mãos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Em geral, a pessoa pratica a masturbação sozinha.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Muitas vezes a masturbação é acompanhada de leituras eróticas ou de fantasias sexuais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Com masturbação a mulher nunca chega ao orgasmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. O prazer que se obtém com a masturbação é sempre menor que o obtido numa relação sexual com penetração vaginal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A masturbação é muito comum entre homens e mulheres de todas as idades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Muitas pessoas que se masturbam sentem-se culpadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A masturbação é mais bem aceita na classe baixa do que na classe alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. A tradição judaico-cristã condenava a masturbação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. No século passado, os médicos acreditavam que a masturbação causava várias doenças.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. O hábito de se masturbar prejudica o relacionamento com pessoas de outro sexo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A masturbação é útil para o alívio de tensões sexuais de pessoas que não têm parceiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. A masturbação é uma parte normal do desenvolvimento psicossocial dos jovens de ambos os sexos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Um perigo da masturbação é a pessoa viciar-se e passar a praticá-la excessivamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. A masturbação pode causar a impotência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





que são drogas?

Tudo aquilo que ~~é~~ ~~destinado~~ faz mal ao corpo

Quais as drogas que você conhece?

maque, cocaína, ~~coque~~ LSD, cafeína

Comente sobre o efeito das drogas?

visões, alucinações podendo até levar a morte.



* O que são drogas?

R: É aquilo que prejudica a saúde das pessoas. E algumas chegam a morrer.

* Quais são alguns tipos de drogas?

R: Cocaína, maconha, cigarro, heroína, amfetamina, crack, E.S.P., Bebidas alcoólicas

* Onde estão os efeitos das drogas?

R: Deixam a pessoa doída, até o ponto de morrer. A droga domina a cabeça das pessoas.

- 1) O que são drogas?
- 2) Quais as drogas que você conhece?
- 3) Cite alguns efeitos das drogas.

1) Tudo aquilo que te faz viciar, prejudicando não apenas ao usuário, mas a toda família. O viciado torna-se impossível e perde seus "bons amigos", quando mais precisa.

2) benzina, cigarro, acetona, cocaína, crack, maconha, heroína, bebidas alcoólicas, esmalte, cafeína, glúten, etc.

3) desespero, insatisfação, prejuízo, perda de tudo o que gosta, principalmente amigos, família; a droga prejudica, além do usuário, a todos seus próximos, ela rouba os momentos e destrói a vida.

Não dá
trabalho

Um pai de família que usa o dinheiro do sustento da família para comprar drogas.

Os amigos de um drogado descobrem que ele é viciado em muitas drogas, e os amigos começam a rejeitá-lo.

O que o drogado deve fazer?

Uma mulher bebe excessivamente álcool, perfume, vive sozinha porque se separou do marido perdeu os filhos pela justiça e precisa de ajuda. O que podemos fazer para ajudá-la?

Eu estou cheio de problemas em casa, na escola, com namorado nada dá certo. Será que usar drogas é a solução? Eu estou quase achando que é. Me ajudem.

Eu estou andando com amigos que são drogados, como eu faço para tirar eles das drogas?

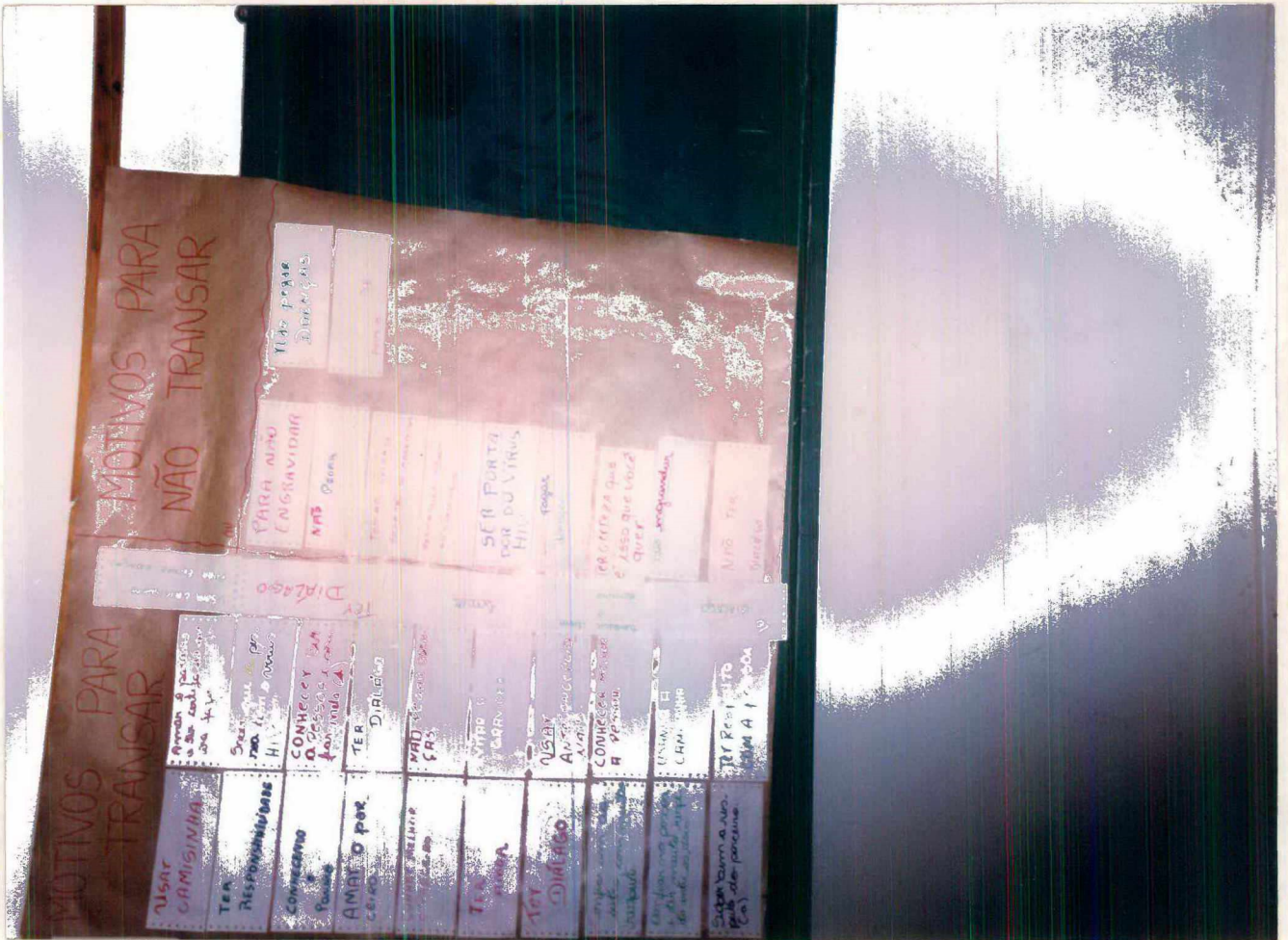
Como nós podemos ajudar as pessoas que são alélicas?

Vai contar a história de uma pessoa, com 32 anos
que entrou numa favela, ele não tinha dinheiro
para isso, ele tinha um família perfeita,
tinha de tudo, mas ele não aguentava
mais estar por aí, então ele entrou
em uma pensão, ele começou a andar
com pessoas ~~em~~ como eu, começou a fumar,
beber, e quase se matou, porque uma
pessoa veio em uma favela desta?

Um garoto super legal começa a andar
com certa pessoa que acaba o levando
para o mal caminho, drogas como
maconha, ele viveu de tal maneira
que eu nem com ele falo. O que pode
mes fazer?, pois parece que até roubando
ele não está, e por isso foi preso.








meu irmão (ele é) ele usa
drogas, tem 3 filhos e uma
esposa mais não liga
muito, ele vai sempre à noite
e só chega no outro dia
demorinho. os netos eu posso
per ele e ele está sempre me
por, pois ele entrega o drogas
não dá dinheiro para comi-
da e nem para pagar a
creche dos filhos, briga com
sua esposa quase todos
o dia. O que eu devo fazer
para ajudar ele.




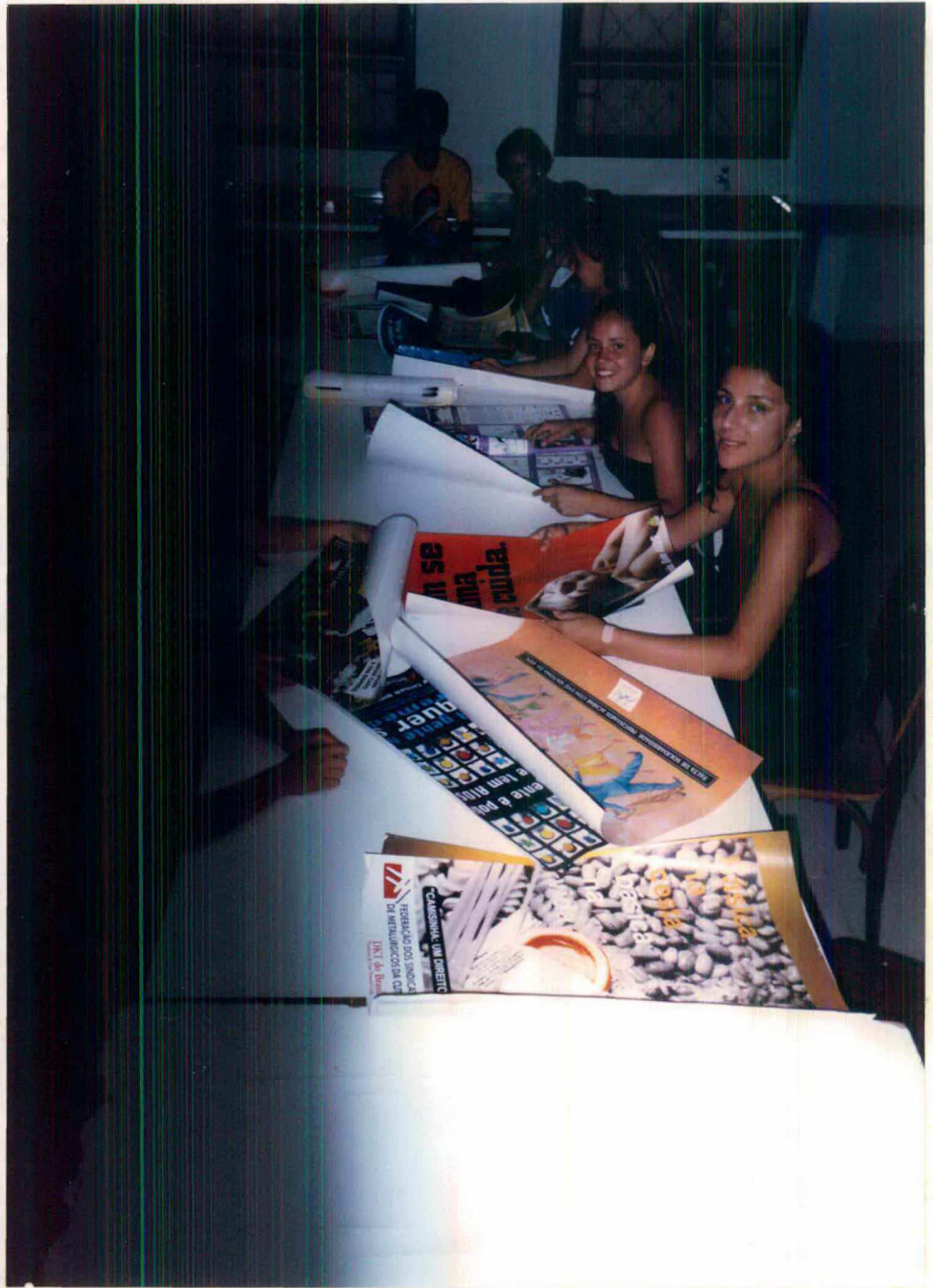




ANTICONCEPCIONAIS

	Descrição	Proteção contra a gravidez	Proteção contra HIV/ISTs	Disponibilidade	Vantagens	Desvantagens
	PRESERVATIVO MASCULINO Tubo de látex que é colocado sobre o pênis ereto antes da relação sexual. O homem ejacula dentro da camisinha. É mais eficiente para prevenir a concepção se for usada com um espermicida. Há camisinhas que já vêm lubrificadas com espermicida. Caso contrário, podem ser lubrificadas com um creme solúvel em água.	Muito boa, se usada correta e regularmente.	Muito boa. O HIV e outros causadores de infecções não a atravessam.	Amplamente disponível na maioria dos países. Baixo custo.	Efeitos colaterais raros (o látex causa irritação em algumas pessoas). Só precisa ser usada durante o sexo vaginal ou anal. Algumas pessoas usam durante o sexo oral.	Pode ser difícil de usar sem treinamento. Os homens devem concordar em usá-la. Pode romper se for usada incorretamente, se o prazo de validade estiver vencido, se houver muita fricção, ou se for usada com lubrificante à base de óleo.
	PRESERVATIVO FEMININO Tubo macio e fino de polietileno que cobre o interior da vagina, semelhante à camisinha. Pode ser usado com espermicida.	Muito boa, se usada correta e regularmente.	Muito boa. O HIV e outros causadores de infecções não a atravessam.	Ainda não está amplamente disponível. Custo elevado na maioria dos países.	Sem efeitos colaterais. Algumas mulheres usam sem que os homens percebam.	Não está disponível na maior parte dos países. Custo elevado. Pode ser difícil de ser inserido.
	DIAPHRAGMA Protetor de látex, colocado sobre o colo do útero para impedir a entrada de espermatozoides. Sua medida precisa ser determinada previamente por um profissional de saúde. O diafragma é colocado na vagina antes da relação e pode ser deixado após a relação durante pelo menos seis horas, mas não por mais de 24 horas. Deve ser lavado para ser reutilizado. Deve ser usado com espermicida.	Muito boa, se usada corretamente.	Não oferece proteção contra o HIV. Proteção relativa contra algumas DSTs, como verrugas genitais.	Não está disponível em todos os países.	Pode ser reutilizado durante vários anos. Não exige consulta a profissionais de saúde, depois de tirada a medida do seu tamanho.	Exige que a medida seja tirada por um profissional de saúde treinado. Algumas mulheres acham difícil de introduzir e retirar. A medida precisa ser tirada novamente a cada dois anos, após a gravidez, ou se a mulher engravidar ou engravidar.
	ESPERMICIDAS Produtos químicos desenvolvidos para matar os espermatozoides na vagina e evitar que penetrem no útero. São produzidos em forma de creme, geléia ou óvulos vaginais. Devem ser usados com métodos de barreira (preservativos masculino e feminino, diafragma).	Deficiente, se usado isoladamente.	Nenhuma evidência de redução do risco de infecção pelo HIV. Proteção relativa contra infecções bacterianas.	Amplamente disponível em alguns países.	Não exigem consulta a profissionais de saúde.	Causa alergia em algumas pessoas.
	PILULA ANTICONCEPCIONAL Pílula para ser tomada diariamente, contendo hormônios que impedem a ovulação (liberação do óvulo pelo ovário).	Excelente, se tomada corretamente.	Nenhuma.	Disponível na maioria dos países.	As mulheres não precisam se preocupar com a contracepção durante o sexo. Pode-se trocar de método quando necessário.	Precisa ser receitada por um profissional de saúde. Precisa ser tomada diariamente. Possui alguns efeitos colaterais. Em certos casos, não deve ser recetada.
	IMPLANTE HORMONAL (Conhecido como Norplant) Seis tubos pequenos e finos que são inseridos sob a pele do braço da mulher. Liberam lentamente um hormônio que impede a ovulação. Devem ser inseridos e removidos por um profissional de saúde. Seu efeito dura até cinco anos.	Excelente.	Nenhuma.	Amplamente disponível em alguns países.	As mulheres não precisam se preocupar com a contracepção durante o sexo. Podem usar sem que os homens saibam. Dura longo tempo.	Pode causar períodos menstruais irregulares. Em certos casos não deve ser usado. Deve ser removido por um profissional de saúde treinado.
	ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS O mais comum é DMPA (ou Depo-Provera). A injeção deve ser tomada numa clínica a cada três meses. Impede a ovulação.	Excelente.	Nenhuma.	Amplamente disponível em alguns países.	As mulheres não precisam se preocupar com a contracepção durante o sexo. Podem ser usados sem que o homem saiba.	Podem causar períodos menstruais irregulares. Exige visita ao profissional de saúde a cada três meses. Não podem ser interrompidos imediatamente se surgirem efeitos colaterais. Em vários casos, não devem ser usados.

Descrição	Proteção contra a gravidez	Proteção contra HIV/ISTs	Disponibilidade	Vantagens	Desvantagens
 <p>DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU) Feito de plástico ou cobre, é introduzido no útero por um profissional de saúde. Ligado a um fio, que pode ser sentido pela mulher para saber se ainda está no lugar. Impede a fecundação.</p>	Excelente.	Nenhuma. Aumenta o risco de DIP após a inserção ou através do fio (ver pág. 10).	Disponível na maior parte dos países.	Não exige preocupação com a contracepção durante o sexo. A própria mulher pode verificar se está no lugar.	Períodos menstruais mais abundantes para algumas mulheres. Exige acesso a profissional de saúde, para inserir ou retirar. Há casos em que não deve ser usado, especialmente com histórico de DSTs.
<p>PLANEJAMENTO FAMILIAR NATURAL Significa só fazer sexo durante as fases do ciclo menstrual em que a mulher não pode engravidar. Exige a identificação dessas fases, inclusive observando a temperatura do corpo e as mudanças na secreção cervical.</p>	Boa, se observado corretamente.	Nenhuma.	Pode ser praticado por qualquer casal que tenha conhecimento sobre o ciclo da mulher.	Sem efeitos colaterais. Os casais dividem a responsabilidade com o planejamento familiar. Sem custos.	Exige dedicação de ambos os parceiros. Exige observação cuidadosa e manutenção de registros.
<p>CONSCIÊNCIA DO PERÍODO FÉRTIL (<i>Tabelinha ou abstinência periódica</i>) Significa usar o conhecimento do ciclo menstrual para decidir quando usar um contraceptivo e quando fazer sexo sem proteção. A mulher que deseja engravidar pode fazer sexo sem proteção na fase do ciclo em que pode engravidar e usar um método de barreira (camisinha, preservativo feminino, diafragma) no resto do ciclo para proteger-se contra HIV/ISTs.</p>	Boa, se observado corretamente.	Muito boa, quando for usado um método de barreira. Nenhuma durante o sexo sem proteção.	Pode ser praticada por qualquer casal que tenha conhecimento sobre o ciclo da mulher.	Sem efeitos colaterais. Os casais dividem a responsabilidade com o planejamento familiar. Sem custos.	Exige dedicação de ambos os parceiros. Exige observação cuidadosa e manutenção de registros.
<p>ALEITAMENTO O aleitamento pode reduzir o risco de engravidar nos primeiros seis meses porque impede a ovulação. A maioria das mulheres que estão amamentando começa a ovular após seis meses, mesmo sem menstruação.</p>	Boa, se o aleitamento for feito exclusivamente nos primeiros seis meses.	Nenhuma.	Quase todas as mulheres após o parto podem amamentar se tiverem apoio.	Sem efeitos colaterais. Sem custo.	Não é confiável após seis meses. As mulheres soropositivas podem preferir não amamentar.
<p>COITO INTERROMPIDO Quando o homem retira o pênis da vagina antes de ejacular (gozar).</p>	Deficiente porque alguns espermatozoides podem ser liberados antes da ejaculação e penetrar no útero.	Nenhuma. O HIV foi encontrado no sêmen liberado antes da ejaculação.	Pode ser praticado por qualquer homem.	Útil, se não houver outro método disponível.	O homem precisa estar atento a isso durante o sexo. Pode não conseguir retirar o pênis antes da ejaculação.
<p>ESTERILIZAÇÃO Envolve sectionar o canal deferente nos homens para impedir os espermatozoides de se juntarem ao sêmen, ou sectionar ou bloquear as trompas, nas mulheres, para impedir que o óvulo e os espermatozoides se encontrem.</p>	Excelente.	Nenhuma.	Disponível em algumas clínicas e feita por médicos treinados.	Não exige preocupação com a contracepção durante o sexo.	Exige uma operação com anestesia local (homens) ou geral (mulheres). Não é facilmente reversível. Chance de infecção após a operação.
<p>CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA Pode ser usada depois do sexo sem proteção, se houver possibilidade de a mulher engravidar. Pílulas anticoncepcionais ou um DIU podem ser utilizados com essa finalidade. As pílulas devem ser tomadas até 72 horas depois do sexo sem proteção. O DIU pode ser inserido até cinco dias depois do sexo sem proteção.</p>	Excelente, se usada dentro dos prazos.	Nenhuma.	Não está amplamente disponível.	Opção importante após "acidentes" com o sexo seguro.	Qualquer um dos métodos exige um profissional de saúde treinado. Pode não ser aceitável por pessoas que considerem a contracepção de emergência como aborto.



COLÉGIO “PROFESSOR OSWALDO RODRIGUES CABRAL”

COMUNICADO

Convidamos os pais, juntamente com professores e funcionários para participarem de um encontro sobre: “**Conhecendo Nossos Adolescentes**”, que será realizado pelas acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no dia 09/12/98 das 18:30 às 20:30 h., aqui na escola.

Sua participação é muito importante!

Atenciosamente:

Fernanda Vieira e Leila C. Teixeira
(Acadêmicas de Enfermagem)

COLÉGIO “PROFESSOR OSWALDO RODRIGUES CABRAL”

COMUNICADO

Convidamos os pais, juntamente com professores e funcionários para participarem de um encontro sobre: “**Conhecendo Nossos Adolescentes**”, que será realizado pelas acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no dia 09/12/98 das 18:30 às 20:30 h., aqui na escola.

Sua participação é muito importante!

Atenciosamente:

Fernanda Vieira e Leila C. Teixeira
(Acadêmicas de Enfermagem)

COLÉGIO “PROFESSOR OSWALDO RODRIGUES CABRAL”

COMUNICADO

Convidamos os pais, juntamente com professores e funcionários para participarem de um encontro sobre: “**Conhecendo Nossos Adolescentes**”, que será realizado pelas acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no dia 09/12/98 das 18:30 às 20:30 h., aqui na escola.

Sua participação é muito importante!

Atenciosamente:

Fernanda Vieira e Leila C. Teixeira
(Acadêmicas de Enfermagem)

nome: Lurmanda Luana Pereira Pereira.

Apreendi bastante sobre muitas coisas, consegui entender coisas que ^{eu} não entendia.

Adorei estar reunidos com vocês para aprender coisas tão interessantes, e sei que agora estou bem consciente das coisas e que não vou fazer nenhuma besteira na vida. Não foi uma coisa chata como uma palestra, foi brincando e se divertindo que aprendemos muitas coisas que conseguiriam entrar na minha cabeça.

~~Adorei~~ ~~o~~ ~~tempo~~ ~~de~~ ~~vocês~~ ~~ensinarem!~~

O que você achou do estágio?

Eu achei muito legal, aprendi várias coisas sobre namoro, ficar, ludo, DST, masturbação, Drogas, menstruação.

Para mim não precisa melhorar nada pois o modo de ensinar está super legal, com dinâmicas, brincadeira.

Com estas semanas que passamos juntos conhecemos pessoas diferentes e fizemos novos amigos.

Jaice


12/16/98

Fábio Alexandre Rosa

Eu Fábio no meu caso eu acho muito bom
este palestre, onde nós conhecemos muitas
coisas sobre nosso corpo sobre permanecer ~~em~~
relacionamento com alguém.

Espero que você não esqueça dos seus
trabalhos muitos adolescentes como eu preciso
de suas habilidades.

Obrigado e tenho um feliz natal e um
feliz ano novo.



S. O. A. P.

- S.** A.F. ,15 anos, estudante da 8ª série do CEPJK, relata estar namorando há 2 meses com um garoto com o qual já estava “ficando” há 2 anos. Menarca ocorrida aos 14 anos, não sabendo precisar a data. Refere sentir cólicas menstruais e que muitas vezes fica acamada devido a dor. Diz não ter iniciado sua atividade sexual. Refere que há algum tempo percebe uma secreção vaginal de cor amarelo-claro e com pouco odor. Diz que este corrimento é constante, porém não apresenta prurido. Refere bom relacionamento familiar e relata ter avó paterna diabética.
- O.** Adolescente com expressão de alegria e bastante comunicativa, apresenta-se em boas condições de higiene. Pele íntegra, mucosas coradas. Faz uso de aparelho dentário e consulta periodicamente o dentista. Peso: 46.4 Kg., Altura: 1,62m., PA: 100x60mmHg., T: 36°C., F.C.:80 bpm.
- A.** Cólicas devido a contração uterina no período menstrual
- Corrimento vaginal provavelmente relacionado à falta de conhecimento sobre cuidados de higiene necessários com as roupas íntimas.
- Demonstra interesse em sua saúde ao referir doença na família e fazer indagações sobre a mesma e solicitar exame. —
- P.** Orientada sobre a fisiologia das cólicas menstruais e cuidados para minimizá-las.
- Orientada sobre cuidados pessoais necessários para evitar o aparecimento de infecção vaginal (anexo 22).
- Solicitada a realização do exame glicemia capilar.
- Encaminhada a realizar consulta com o ginecologista (anexo 23).

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E REDE FEMININA DE COMBATE AO CANCER
 FLORIANOPOLIS

a:amiga/6

AMIGA,

Estas orientações visam esclarecer sobre cuidados pessoais que a mulher deve ter para evitar aparecimento de infecção (corrimento, feridas, coceira, sangramento e dor) na vagina (órgão sexual). Além de infecções, estas orientações que voce vai ler evitam complicações que podem levar ao câncer na vagina e no útero.

1. FAZER HIGIENE INTIMA DO CASAL ANTES E DEPOIS DAS RELAÇÕES SEXUAIS. PORQUE as secreções que estão presentes nas regiões íntimas do casal "alimentam" os germes facilitando a sua multiplicação, levando ao aparecimento de infecções. a higiene íntima retira estas secreções.

2. FAZER HIGIENE APOS EVACUAR, DA FRENTE PARA TRAS. PORQUE QUANDO se faz higiene após evacuar de trás para frente (sentindo contrário ao certo), os germes que estão nas fezes são carregados para vagina, facilitando o aparecimento de infecção. Isto deve ser feito por todos as mulheres e inclusive nas crianças.

3. USAR, SE POSSIVEL SOMENTE CALÇINHAS DE MEIA (ALGODÃO) OU COM FORRO DE MEIA.

PORQUE as calçinhas que não são de meia, não tem ventilação, deixando a vagina sempre úmida e quente, facilitando a multiplicação de germes e levando ao aparecimento de infecção, com uso das calçinhas de meias isso não acontece pois elas favorecem a ventilação.

4. USAR, SE POSSIVEL, SOMENTE CALÇINHAS QUE POSSAM SER PASSADAS A FERRO.

PORQUE o calor do ferro mata os germes que ficam no forro da calcinha. Quando se está com corrimento, somente a lavagem não mata os germes e mesmo com o tratamento, ao usar novamente a calcinha que foi lavada, os germes que estão no forro entram de novo na vagina e o corrimento volta.

5. COLOCAR AS CALÇINHAS PARA SECAR NO SOL (DAS 7 AS 10 HORAS E DAS 3 HORAS EM DIANTE).

PORQUE o sol neste horário desinfeta as calcinhas, matando os germes.

Você pode aproveitar este sol para desinfetar cobertores, lençois, fraldas, etc.

6. LAVAR AS CALÇINHAS SEPARADAS DE OUTRAS ROUPAS

PORQUE os germes podem passar das calcinhas para outras roupas como fraldas, cuecas, toalhas e levar a infecção para outras pessoas.

7. USAR, SE POSSIVEL, TOALHA INDIVIDUAL

PORQUE os germes que estão na região íntima passam para a toalha e levam infecção para outras pessoas. Caso não seja possível, você ter a sua própria toalha, faça uso de um paninho individual para enxugar a região íntima e a toalha para o resto do corpo.

8. EVITAR O USO DE CALÇAS COMFRIDAS MUITO APERTADAS

PORQUE a calça apertada não permite a ventilação deixando a vagina sempre úmida e quente, facilitando a multiplicação dos germes e levando ao aparecimento de infecções.

9. EVITAR FAZER USO DE DUCHA (LAVAGEM) NA VAGINA

PORQUE a ducha vaginal retira a proteção natural que a vagina tem contra infecção. Também leva os germes que já estão na vagina para o útero. A ducha não evita a gravidez.

10. SE VOCE ESTIVER USANDO CREME OU OVULO NA VAGINA PARA TRATAMENTO, TOME ALGUNS CUIDADOS COM O APLICADOR DE CREME COMO:

- a) O aplicador deve ser de uso individual;
- b) O aplicador deve ser lavado em água corrente. Não ferva, pois é de plástico e derrete com o calor.
- c) Se possível colocar o aplicador para secar ao sol.
- d) Nunca usar o aplicador sujo

11. SE VOCE USA PILULA ANTICONCEPCIONAL, PEÇA ORIENTAÇÃO AO SEU MÉDICO.

PORQUE a pílula só deve ser usada com orientação médica, pois pode fazer mal a saúde. Você deve ser orientada quanto:

- a) ao intervalo que deve ser feito de acordo com o tempo que você as toma;
- b) a maneira correta de tomar.
- c) aos problemas que ele pode trazer para a saúde.

TODA MULHER QUE TOMA PILULA DEVE FAZER PREVENTIVO DE CANCER GINECOLÓGICO UMA VEZ POR ANO.

12. EVITAR SENTAR EM SANITARIOS PUBLICOS

PORQUE o uso frequente do sanitário por várias pessoas, facilita o crescimento de diferentes tipos de germes, favorecendo o aparecimento de alguns tipos de infecção na região íntima.

13. ALGUNS TIPOS DE TRATAMENTO DAS INFECÇÕES EXIGEM TRATAMENTO DO CASAL

PORQUE o homem pode ter o germe e não ter corrimento. Se só a mulher se trata, quando ela tiver relação sexual, a infecção volta.

14. SEMPRE QUE A MULHER ESTIVER FAZENDO TRATAMENTO DE UMA INFECÇÃO NA VAGINA, ELA NÃO PODE TER RELAÇÕES SEXUAIS DURANTE O TRATAMENTO

PORQUE a relação sexual não deixa o remédio fazer efeito, demorando mais para sarar. Quando a mulher tem uma infecção na vagina, é como se a vagina estivesse machucada e a relação sexual, tira o remédio que deve ficar em cima do machucado.

OBS.: Caso seu companheiro não aceite parar por algum tempo as relações sexuais para o seu tratamento, traga-o na próxima consulta.

15. A PILULA NÃO É A ÚNICA MANEIRA DE EVITAR A GRAVIDEZ

EXISTEM outras maneiras, que podem ser melhores para você. Peça informações a respeito a seu médico, enfermeiro, no posto de saúde, etc...

16. Todas estas orientações são importantes também para as suas filhas e amigas. Conta tudo o que você leu para elas.

17. Toda mulher deve fazer o preventivo de câncer de ano a ano. Para fazer o exame é necessário: estar 2 dias sem relação sexual; estar 2 dias sem fazer uso de remédio na vagina e estar no 5º dia após o término da menstruação em diante.

SEGUINDO ESTAS ORIENTAÇÕES VOCE ESTARA CONTRIBUINDO PARA SUA SAUDE;
VOCÊ TAMBÉM É RESPONSÁVEL POR ELA.

PROCURE O SEU POSTO DE SAUDE SEMPRE QUE TIVER DUVIDAS.
O SERVIÇO É GRATUITO, E EXISTE POR SUA CAUSA.

Elaborado pelas alunas da 5ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.

Ivete Krauser Mase

Tânia Regina Costa

Joice Evalda Stiehler

Selma Elisa Valente

Com a colaboração da professora do curso de Enfermagem.

Olga Regina Zigelli Garcia.



ESTADO DE SANTA CATARINA
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ
 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

PARA USO DA UNIDADE DE ORIGEM

		Nº DO PRONTUÁRIO	
NOME		DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ENDEREÇO (RUA, AV.)			Nº
BAIRRO	CIDADE		
UNIDADE DE ORIGEM	CLÍNICA/SERVIÇO		
UNIDADE DE DESTINO	CLÍNICA/SERVIÇO		
NOME DO PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA			

ATENDIMENTO

DIA	HORA	Nº DA AUTORIZAÇÃO DO AGENDAMENTO
MOTIVO DE ENCAMINHAMENTO		
EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS		
NOME DO PROFISSIONAL	CR	DATA

PARA USO DA UNIDADE REFERENCIADA

		Nº DO PRONTUÁRIO
NOME		
PARECER INICIAL		
EXAMES SOLICITADOS E RESULTADOS		
TRATAMENTOS INDICADOS		

PARA USO DA REDE PRIVADA CONTRATADA/CONVENIADA

AUTORIZAÇÃO PARA RETORNO Nº	D A T A S	
	PEDIDO	RETORNO

OBSERVAÇÃO

ESTE CAMPO SERÁ UTILIZADO SOMENTE PELA REDE PRIVADA CONTRATADA/CONVENIADA, QUANDO FOR NECESSÁRIO O RETORNO DO PACIENTE.

RELATÓRIO FINAL		
CONTRAREFERENCIAMENTO-CONDUTA		
NOME DO PROFISSIONAL	CR	DATA

OBSERVAÇÃO

SENHOR PROFISSIONAL: GUARDE A GUIA DE ENCAMINHAMENTO NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE ATÉ A RESOLUÇÃO DO PROBLEMA QUE GEROU A REFERÊNCIA, QUANDO ENTÃO DESTAQUE A PARTE INFERIOR DESTA E DEVOLVA-A AO PACIENTE, ORIENTANDO-O A APRESENTÁ-LA NA SUA UNIDADE DE ORIGEM.

A EDUCAÇÃO NA PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Fernanda Vieira*

Leila C. Teixeira*

Maria Helena B. Westrupp**

Desde os tempos mais remotos, traduzida nos mais diferentes atos e revestida das mais diversificadas intenções, a violência sempre fez parte da história da humanidade. Assim, a violência pode assumir diversas formas e constituir-se em tal, e dependendo da situação específica, nem sempre é claramente percebida, nem seu agente identificado. Dessa forma, compreendemos “violência como toda e qualquer privação de algum bem material ou a vida, a integridade do corpo ou do espírito, a dignidade e a liberdade (de expressão, movimento ou de opção), pelo uso ou não da força física” (Prado, 1997, p.24). Frente ao que foi mencionado, optamos por trabalhar com o adolescente escolar por ser uma fase onde emergem mudanças no seu desenvolvimento, podendo desencadear conflitos, que algumas vezes traduzirão em violência nas suas múltiplas faces. Para isto, utilizamos como metodologia encontros, baseados em dinâmicas de grupo, palestras, debates e vídeos sobre sexualidade e doenças sexualmente transmissíveis. A educação na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis bem como a educação sobre o exercício da sexualidade vai em nosso entender, propiciar a prevenção de contaminação de DST's, principalmente a AIDS, e o risco de uma gravidez indesejada que muitas vezes se constituem em violência física e/ou moral, pessoal e/ou coletiva. Ao concluirmos este trabalho tivemos nossos objetivos alcançados, pois, contribuimos para a conscientização do adolescente, no intuito de amenizar essa passagem conflitiva e conseqüentemente reduzir as diversas manifestações da violência.

*Acadêmica de Enfermagem

**Doutora em Enfermagem

Casa Vida & Saúde

Travessa Raticlif, ,56 Centro – Fpolis

Cep: 88010-470