



Texto & Contexto Enfermagem

ISSN: 0104-0707

texto&contexto@nfr.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina

Brasil

Ferreira, Márcia de Assunção; Titonelli Alvim, Neide Aparecida; de Oliveira Teixeira, Maria Luiza;
Coutinho Veloso, Raquel

Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde

Texto & Contexto Enfermagem, vol. 16, núm. 2, abril-junho, 2007, pp. 217-224

Universidade Federal de Santa Catarina

Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71416202>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

SABERES DE ADOLESCENTES: ESTILO DE VIDA E CUIDADO À SAÚDE**THE KNOWLEDGE OF ADOLESCENTS: LIFESTYLE AND CARE FOR THEIR HEALTH****SABERES DE ADOLESCENTES: ESTILO DE VIDA Y CUIDADO A LA SALUD**

Márcia de Assunção Ferreira¹, Neide Aparecida Titonelli Alhim², Maria Luiza de Oliveira Teixeira³, Raquel Coutinho Veloso⁴

¹ Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Titular do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Membro do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem.

² Doutora em Enfermagem. Coordenadora Geral de Pós-Graduação da EEAN/UFRJ. Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Membro da Diretoria do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem.

³ Doutoranda em Enfermagem da EEAN/UFRJ. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Fundamental da EEAN/UFRJ. Membro da Diretoria do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem.

⁴ Mestre em Enfermagem da EEAN/UFRJ. Membro do Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: **RESUMO:** Pesquisa qualitativa cujo objetivo é conhecer as concepções dos adolescentes sobre saúde e como Adolescentes. Cuidados de enfermagem. Educação em saúde.

RESUMO: Pesquisa qualitativa cujo objetivo é conhecer as concepções dos adolescentes sobre saúde e como estas se articulam com as suas práticas de cuidado, na especificidade do processo de adolescer. Os sujeitos foram trinta adolescentes. O método empregado na produção dos dados foi participativo, com enfoque na interação e diálogo, com aplicação das técnicas de grupo focal e foto-linguagem. A análise temática de conteúdo possibilitou a evidência das concepções de saúde como um modo de viver a vida que, como tal, originam práticas de cuidado que se articulam aos estilos de vida peculiares à adolescência. A convergência dos saberes científico e do senso comum emergiu como necessária à sustentação de uma prática de educação em saúde em atendimento às demandas de cuidado indicadas pelos próprios sujeitos.

KEYWORDS: Adolescent. Nursing care. Health education.

ABSTRACT: This study is a qualitative research whose objective is to discover the conceptions of adolescents about health and how they articulate their care practices, in the specificity of the process of becoming an adolescent. Thirty adolescents were the participants of this research. The method used in the production of the data was participative, focused on interaction and dialogue, with the application of focal group and photo-language techniques. The thematic analysis of content made it possible to evidence their conceptions of health as a way of live that as such, originate care practices that are articulated to the peculiar lifestyles of adolescents. The convergence of scientific knowledge and common sense emerged as necessary for sustaining an educational practice in health care in order to attend to the demands of care indicated by the proper citizens.

PALABRAS CLAVE: **RESUMEN:** Investigación cualitativa cuyo objetivo es discutir las concepciones de los adolescentes sobre la salud y saber cómo ellas se articulan en sus prácticas de cuidado, en la especificidad del proceso de la adolescencia. Los sujetos investigados fueron treinta adolescentes. El método empleado en la producción de los datos fue participativo, con énfasis en la interacción y el diálogo, con aplicación de las técnicas de grupo focal y foto lenguaje. El análisis temático de contenido posibilitó la evidencia de las concepciones de salud como una manera de vivir la vida que, como tal, originan prácticas de cuidado que se articulan a los estilos de vida peculiares a la adolescencia. La convergencia del saber científico y del sentido común emergió como necesaria a la sustentación de una práctica de educación en salud en atención a las demandas de cuidado indicadas por los propios sujetos.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este artigo traz à discussão parte dos resultados de um projeto integrado de pesquisa que trata das representações e práticas de cuidado à saúde, articulando os conceitos de corpo, cidadania, cuidado à saúde e cuidado de enfermagem. As questões que serão aqui tratadas emergiram do sub-projeto^{*} que situa a problemática das práticas de cuidado à saúde no universo da adolescência, pela vulnerabilidade que os sujeitos desta faixa etária apresentam.

A adolescência é uma categoria sociocultural, historicamente construída a partir de critérios múltiplos que abrangem tanto a dimensão bio-psicológica, quanto à cronológica e a social. O fato é que estar na adolescência é viver uma fase em que múltiplas mudanças acontecem e se refletem no corpo físico, pois o crescimento somático e o desenvolvimento em termos de habilidades psico-motoras se intensificam e os hormônios atuam vigorosamente levando a mudanças radicais de forma e expressão.

No que tange ao aspecto psicológico, muitas são as transformações, principalmente as relacionadas à labilidade no humor. Surgem dúvidas e questões de várias ordens, desde sobre como viver a vida, os modos de ser, de estar com os outros, até a construção do futuro com as escolhas profissionais.

No entanto, apesar de a adolescência ser vigorosamente marcada por processos psico-biológicos, esta fase não deve ser tomada como um conjunto de fenômenos universais implicados no crescimento e desenvolvimento somático-mental, uma vez que as transformações pelas quais passam os adolescentes também resultam de processos inerentes aos contextos sociais (históricos, políticos e econômicos) nos quais os sujeitos adolescentes estão imersos.¹

Neste sentido, pensar a saúde do adolescente implica pensar nos diversos modos de viver a adolescência e de viver a vida. Por sua vez, implica em um movimento de re-pensar as práticas de saúde e de educação em saúde que se voltam para esta parcela significativa da sociedade, os adolescentes.

No contexto das políticas sócio-econômicas brasileiras, o campo da saúde e da educação pública ainda deixam a desejar e não atingem de forma satisfatória a grande massa da população. Grande parte

das pessoas sofre com a carência de bases mínimas que atendam às necessidades de alimentação, moradia, saneamento básico, emprego formal com salário digno que garanta condições de vida saudáveis.

As consequências deste quadro se vêem refletidas no ingresso precoce de adolescentes no mercado de trabalho, muitas vezes em condições de subemprego com exploração da sua força de trabalho e irregularidades de carga horária, as quais se submetem por necessidade financeira, em virtude das precárias condições sócio-econômicas familiares. Muitos são iniciados na prostituição, excluídos do sistema formal de ensino, aliciados pelo crime organizado e tráfico de drogas, sofrem vários tipos de violência e engrossam as estatísticas dos moradores de rua.²

A partir da década de 80, observa-se um incremento de medidas político-sociais voltadas à população jovem. A Organização Mundial da Saúde (OMS) proclamou o ano de 1985 como Ano Internacional da Juventude, com vistas a entender melhor, as questões que envolvem este estrato da população. Com o lema “Juventude: hora de buscar, hora de entender”, os países passaram a destinar maior atenção às especificidades da saúde do adolescente e a sua vulnerabilidade.² No Brasil, a partir desta década, setores da sociedade civil organizada se articularam e empreenderam avanços importantes no campo político. No que tange ao adolescente, o destaque se dá ao Art. 277 da Constituição de 1988 que ressalta ser dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida, à saúde e à educação, direitos sociais básicos dos cidadãos.³

Especificamente sobre as questões ligadas à saúde, observa-se um avanço em 1989, quando o Ministério da Saúde, através da Divisão de Saúde Materno-Infantil, oficializa o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), cujas bases programáticas foram lançadas em consonância à problemática sócio-econômica da população jovem brasileira.⁴

Em 13 de julho de 1990, é sancionada a Lei 8.069 e entra em vigor, em 14 de outubro deste mesmo ano o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no governo Collor de Mello. O objetivo principal do ECA é colocar “os direitos da criança e do jovem numa perspectiva condizente com sua condição de pessoa em desenvolvimento e que, por

* Sub-Projeto “O adolescente e seu corpo: implicações para o cuidado de enfermagem”. Este sub-projeto integra o projeto integrado de pesquisa “O cuidado de enfermagem: entre práticas e representações - implicações para a enfermagem fundamental”, desenvolvido pelo grupo de pesquisa “Representações e Práticas de Cuidado em Saúde e Enfermagem”, registrado no diretório de grupo de pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

sua vulnerabilidade, merecem proteção integral: física, psíquica e moral".^{5:1} O destaque à saúde é dado no Título II que trata dos Direitos Fundamentais, sendo o Capítulo I referente ao Direito à Vida e à Saúde, cujo artigo 7º diz que "a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento saudável e harmonioso, em condições dignas de existência".^{5:7}

O ECA imprime uma mudança de ótica e afirma a condição cidadã da criança e do adolescente, na medida em que rompe a divisão entre "menor" e "criança", pois, legalmente, elimina o termo "menor". A partir daí, a população infanto-juvenil não é vista mais como objeto de tutela, mas sim como sujeito cujos direitos devem ser garantidos, merecedores de atenção integral, em condição peculiar de desenvolvimento.

Neste sentido, o ECA inova ao deslocar a ótica da ação governamental e social para a garantia de condições básicas e dignas de vida para que tanto a criança quanto o adolescente exerçam a cidadania.

Pensar a condição cidadã do adolescente implica em concebê-lo como sujeito de direitos e deveres. Delimitando a questão no campo da saúde, para que o exercício da cidadania seja pleno, faz-se necessário que os sujeitos tenham condições democráticas de acesso a bens e serviços e possam reivindicar os seus direitos a uma atenção de qualidade, com um entendimento amplo de que saúde não resulta da ausência de doenças, mas de um conjunto de fatores que os levem a prática de um estilo de vida saudável.

Desta forma, o objetivo geral deste artigo é conhecer as concepções dos adolescentes sobre saúde e como estas se articulam com as suas práticas de cuidado, na especificidade do processo de adolescer.

BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS DA PESQUISA

O projeto integrado do qual derivam os resultados que aqui serão tratados se desenvolve amparado em bases conceituais e epistemológicas da pesquisa qualitativa. Concebe-se objeto e sujeito fazendo parte da mesma teia, sem a pretensão de promover a separação entre eles. Assim, se o objeto em causa abrange a saúde e as práticas de cuidado, este (o objeto) é trazido à discussão à luz dos sujeitos nele implicados. Assume-se, portanto, uma posição de não-neutralidade do conhecimento, entendendo-o como fruto de uma construção social da realidade.^{6:7}

Outra questão a se destacar é que os sujeitos são entendidos como ativos e criativos no processo de construção do conhecimento,⁸ o que explica a eleição de metodologias participativas no processo da pesquisa, privilegiando-se a interação e o diálogo entre todos os implicados neste processo – sujeitos e pesquisadores. Adota-se o pressuposto de que o método é uma linguagem, e a realidade por ele acessada, responderá na mesma língua em que se procederem as perguntas.⁷ Logo, os resultados da pesquisa e as discussões deles derivadas devem ser entendidas à luz destes pressupostos.

Os sujeitos foram 30 adolescentes, na faixa etária de 12 a 19 anos, do meio urbano, da cidade do Rio de Janeiro, sendo 15 do sexo feminino e 15 do sexo masculino. A predominância ficou entre 15 e 17 anos, sendo os extremos (12 e 19) representados por um adolescente em cada uma destas idades. A captação dos participantes foi feita a partir das redes de relações interpessoais dos pesquisadores do grupo da seguinte forma: primeiramente foram feitos contatos com quatro adolescentes, dois de cada sexo, e explicado os objetivos da pesquisa no sentido de sensibilizá-los à participação. Em seguida, foi-lhes solicitado que cada um convidasse três outros colegas. Nova reunião de sensibilização foi feita com os doze indicados e os quatro escolhidos inicialmente. Após esta, foi pedido que cada um dos doze novos indicados convidasse um amigo. Com esta metodologia de formação do grupo, tivemos vinte e oito adolescentes. No intuito de formar três grupos com quantitativos iguais, foi solicitado aos quatro adolescentes inicialmente contatados que indicassem mais dois colegas. Assim, obtivemos o total de trinta adolescentes. Os adolescentes se assemelham em termos de identidade sócio-cultural, têm famílias estruturadas e formação escolar. Oito deles conciliam o estudo e o trabalho, no mercado formal; dois somente trabalham, pois já concluíram o ensino médio; quinze só estudam e cinco estudam e fazem estágio obrigatório requerido pelo ensino técnico. Assemelham-se em classe social e crenças religiosas (Judaico-Cristã).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) e Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), protocolo número 016/05. A participação dos menores de 18 anos foi autorizada mediante solicitação formal aos pais e/ou responsáveis legais pelos adolescentes. O anonimato foi mantido pela

identificação alfa-numérica: M (sexo feminino), H (sexo masculino), seguida de um número que identifica a idade do adolescente e de uma letra em caixa baixa, seqüencial do alfabeto, de acordo com uma listagem de códigos de identificação pré-estabelecidos.

A produção dos dados foi feita no período julho de 2005 a abril de 2006 a partir do desenvolvimento de Grupos Focais (GF), que tiveram em média duração de duas horas, sendo realizados nas salas de festas de dois edifícios distintos, locais estes indicados pelos próprios participantes. Os grupos foram compostos por dez adolescentes cada, sendo realizados um total de três grupos. Associado a este foi aplicada a Técnica da Foto-Linguagem (TFL),⁹ sendo disponibilizado para o grupo materiais fotográficos recortados de revistas, jornais e panfletos. Através da escolha livre das imagens, os adolescentes foram construindo os discursos sobre a saúde e o cuidado, explicando, também, o porquê das suas escolhas por tais imagens, pois o texto produzido verbalmente sobre a imagem é que dá sentido a ela.¹⁰ Após a aplicação desta técnica, seguiu-se o GF norteado pela questão-foco: O que significa para você a expressão “saúde”? No decorrer dos GF os adolescentes foram debatendo entre si a temática central sendo estimulados pela moderadora do GF a falarem sobre os seus hábitos de vida e sobre os cuidados relacionados à saúde. Outras questões secundárias foram inseridas na discussão, a fim de captar temáticas que fossem do interesse dos adolescentes com vistas à proposição de posteriores grupos temáticos de discussão para ampliação e aprofundamento da pesquisa.

A discussão dos grupos foi gravada em fita magnética com a autorização dos sujeitos. A triangulação dos dados foi feita pela aplicação das duas técnicas (FL e GF), e a confiabilidade dos resultados foi testada através da realização de um Grupo de Debate (GD), com a participação de três membros de cada um dos GF, que discutiram os resultados oriundos da análise e interpretação dos pesquisadores. Os membros do GD foram previamente escolhidos pelos pesquisadores entre aqueles que, na avaliação dos pesquisadores, mais se destacaram nas discussões, levantando questões, problematizando e polemizando as discussões. Todos os que foram previamente indicados aceitaram compor o GD.

As categorias temáticas de análise emergiram espontaneamente dos dados, após a aplicação da técnica de análise de conteúdo, levando-se em conta o contexto no qual tais temas estavam imersos.¹¹ Os

resultados aqui descritos emergiram da validação do GD, entendendo-se que os mesmos atenderiam ao propósito do momento, atendendo-se ao recorte requerido pelo tema da educação popular em saúde.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No campo biomédico, a adolescência emerge com características que a limitam e a enquadram nos parâmetros (biológicos) das transformações da puberdade e ao desenvolvimento paulatino de uma maturidade psico-social. Nesta consideração, os aspectos relacionados à saúde acabam por se articular de forma bastante íntima ao âmbito biológico, orientando muitas produções científicas na área da saúde do adolescente. No entanto, no que pese às reais necessidades de saúde dos adolescentes, estas não ganham evidência em termos orgânicos de demandas por cuidados clínicos.¹²

Partimos desta questão para iniciar a discussão sobre os significados da saúde para os adolescentes porque, amparadas nas bases conceituais descritas, quando estimulamos os sujeitos a pensarem sobre um objeto, o fazem a partir das suas aproximações com este, por experiências de vida. Neste sentido, o fato da totalidade dos adolescentes participantes desta pesquisa, terem centrado a construção das suas concepções de saúde em imagens e discursos fora do campo biológico e/ou patológico quando se reportavam a si, colocando-se no centro do discurso, traz à tona a questão de que a saúde do adolescente, enquanto um campo de saber e de práticas profissionais, precisa ser seriamente pensada a partir de outra lógica que não a do discurso biomédico. Esta afirmação se sustenta nas explicações das escolhas das imagens pela técnica da FL, as quais elegemos os seguintes trechos dos diálogos a título de ilustração para a discussão em tela: *esta figura sou eu mesmo, largadão na sombra da árvore (H15c). E o que isso tem a ver com saúde? [pesquisadora]. Tudo. Isso é saúde (H15c). É porque sem saúde a gente não fica largadão (H16f). Por que? [pesquisadora]. Porque saúde é poder fazer as coisas boas da vida: sair com a galera, ficar, jogar uma partida [de futebol] (H16f). Eu sei que é assim porque não me lembro de ser diferente. Já tive doença, mas pouca, diferente do meu avô que tem muita, e ele não fica largadão, na boa, fica, mas na ruim (H15c).*

O conteúdo do diálogo sobre a saúde traduz um modo de viver a vida, muito próprio do grupo de adolescentes participantes desta pesquisa, e retrata uma não-vivência em si mesmo de adoecimento

limitante, traduzido em gradiente de quantidade que permitiu ao sujeito valorar a experiência (pouca doença). A saúde então, não seria “não ter doença” ou “não adoecer”, mas sim se expressa pelo quanto se pode fazer “vivendo as coisas boas da vida”, sem perder de vista a qualidade deste viver. Esta construção do pensamento é interessante porque reflete, justamente, que a realidade se constrói a partir da experiência social: *eu sei que é assim porque não me lembro de ser diferente (H15c)*, já que o adolescente em tela afirmou não ter passado por nenhuma situação de sofrimento, privação ou algo que o remetesse a um estado de não-saúde. O contrário, o contraponto da saúde seria a limitação do viver a vida por conta de “muita doença”. Do mesmo modo, “ficar largadão” ganha sentido na dependência da situação vivida, pois pode representar tanto o “prazer de curtir a vida” (largadão na boa), como a situação de dependência funcional com perda da autonomia (largadão na ruim), caso relatado sobre a situação de seu avô e referendado por outros exemplos de experiências vividas em família por outros adolescentes dos grupos.

Investindo um pouco mais na ilustração desta discussão, cabe destacar outro trecho do debate que não difere da análise do que foi anteriormente exposto, mas demonstra o esforço e a riqueza de elaboração do pensamento na expressão do saber destes adolescentes: *aqui tem uma coisa engraçada* [disse M17a apontando pra uma das figuras expostas]. *Não é minha não, mas bem que podia ser. A minha figura foi outra, mas essa daqui é igualzinha a minha mãe mandando eu comer cenoura: “– É bom pra pele, pro cabelo, pra unha, você é moça precisa se cuidar”* [reproduziu a fala da mãe]. *Eu entendo ela, isso é saúde, comer é saúde (M17a).* *Comer sempre é saúde? [pesquisadora]. É, não, às vezes. O que a gente come nem sempre é saúde, mas o que a mãe manda comer sempre é [risos de todos]. Fale mais sobre isso, por que pensa assim? [pesquisadora]. Porque saúde é quando você... Tem disposição, vontade de fazer as coisas. O que a gente quer fazer é saúde, é porque a gente tem vontade e só tem vontade quem sabe viver (M17a).* *Eu não estou entendendo nada, explica isso, e a comida e a mãe que você falou, o que tem a ver? [pesquisadora].* [outra adolescente entra na discussão]. *A figura foi minha, é porque eu acho que a comida traz saúde, não traz, mas dá, assim, faz ter mais, viver melhor. Eu sei porque meu pai não pode comer tudo, tem diabético [Diabetes Mellitus]. E lá em casa é um problema porque ele come e passa mal (M14c).* [M17a retoma a palavra] *É isso que eu quis dizer, porque eu tenho uma tia que não tem vontade de fazer as coisas, come pouco, tem depressão, vive chorando (M17a).*

A forma como foi seqüenciada a discussão entre estas adolescentes mostra que a saúde também emerge de um modo de viver a vida, aqui retratada por eleições, do livre arbítrio, sobre o que comer, em primeira instância, ainda que se reconheça que tais escolhas podem não ser as “melhores” ou mais “recomendáveis” de acordo com um determinado parâmetro, aprendido na vida sócio-familiar, orientado por padrões de gênero: *você é moça, precisa se cuidar (M17a)*, cuidar aqui focado na expressão feminina do corpo. Em um segundo momento, emerge a questão da experiência de vida associada à fala que, inicialmente, parecia despretenciosa e algo pueril, centrada na figura da mãe. No entanto, a adolescente traz à pauta a questão do sujeito, quando centra a saúde na dimensão volitiva explicando que esta reflete um “saber viver”, o que, em linhas gerais, pode ser entendido como um certo grau de autonomia em gerir a própria vida e aí estaria o sentido da saúde. Na sua experiência, um determinado estado que se contraponha ao da saúde (no caso a depressão) e leve a pessoa a não manifestar a sua vontade diante da vida, a faz não saber viver. Interessante destacar que é, justamente, pela volição que o sujeito se impõe enquanto tal.¹³ Neste caso, a adolescente demonstrou um saber amadurecido sobre o processo de subjetivação e perda da subjetividade dos sujeitos, atrelando isto ao estado de saúde, ampliando o foco sobre o objeto: a saúde.

Aproximando a discussão dos dois trechos em destaque, dos rapazes e das moças, constata-se a similaridade de sentidos sobre a saúde como um modo de viver e estar na vida, o que nos faz levantar a questão do estilo de vida imbricado na questão da saúde. O estilo de vida marcou a discussão dos três GF, e foi referendado no GD, ora associado a especificidades dos afazeres próprios da adolescência, ora pelo resgate das experiências de vida em família.

A saúde ganhou sentido, retratada em estilos de comportamentos legitimados pela significativa maioria dos participantes, pois a tendência majoritária do grupo foi a de conduzir a discussão para as práticas de cuidado associadas aos seus modos de viver. Neste sentido, a categoria saúde foi trabalhada como “um modo de viver a vida”, e as práticas de cuidados articuladas a tal modo peculiar de viver, centrou-se, mais fortemente, em duas grandes temáticas: a contracepção e o uso de substâncias psicoativas. Como exemplo, ressaltamos aqueles que assumiram ter vida sexual ativa e falaram do quanto sabiam sobre os métodos de prevenção da

gravidez, em uma demonstração clara do quanto ainda tinham muito o que aprender no grupo, pois incorporaram bem a dinâmica do trabalho proposto e, no decorrer da discussão, lançaram várias perguntas ao grupo (e à pesquisadora) sobre os métodos e formas de prevenção.

Sobre as práticas de cuidado, merece destaque, também, pela incidência e ênfase que o tema o uso de substâncias psicoativas tomou na discussão. Os discursos que os adolescentes construíram foram de aproximação em relação ao uso do álcool, pois vários assumiram gostar de beber “socialmente”, em uma demonstração do aprendizado da expressão legitimadora do hábito nos espaços sociais; e de distanciamento em relação ao uso de outras drogas, tidas como ilícitas.

As práticas de cuidado comunicadas em relação às drogas (lícitas e ilícitas) foram muito debatidas entre os adolescentes, ainda que a tendência majoritária do grupo tenha sido a de não assumir o uso das ilícitas. No âmbito do recorte deste artigo, destacamos o “saber beber”, categoria que emergiu com muita ênfase, sendo alvo de disputa no interior dos grupos sobre quem detinha o maior conhecimento sobre as práticas de cuidado a ela articuladas. Várias estratégias adotadas pelos adolescentes foram comunicadas na afirmação da sua condição de “adolescente responsável”. Quanto mais demonstravam o conhecimento sobre tais estratégias, mais se auto-affirmavam em uma hierarquização de maturidade frente ao grupo.

Em linhas gerais, “saber beber” envolve: 1) Não misturar as bebidas; 2) Prolongar o tempo de esvaziamento do copo (isto impede que os colegas coloquem mais bebida dentro dele); 3) Não perder a razão (reúne várias explicações, entre elas: conhecer o seu tempo de parar – cujas explicações foram muito variadas e pouco precisas; ser firme na hora de dizer que não quer mais; não ter medo de ficar bêbado, pois é isso que faz se embebedar); 4) Beber sempre comendo alguma coisa.

A questão da bebida alcoólica foi um tema que emergiu com muita força dentro dos grupos, em especial, em dois deles, nos quais tinham adolescentes com casos de alcoolismo na família, o que demanda o investimento na realização de um GF para tratamento desta temática específica. Ainda mais, cabe destacar que, para fins dos objetivos do artigo em tela, importa ressaltar que os adolescentes não estão alheios a esta problemática, embora não ancorem a questão do alcoolismo em si mesmos, atribuindo

este problema ao mundo dos adultos. Ainda assim, ao contrário do que às vezes possa parecer, os adolescentes lançam mão de práticas voltadas ao cuidado de si, demonstrando saberes e o despertar da consciência frente à problemáticaposta.

Ao encontro disso, ressaltamos que as ações educativas voltadas aos adolescentes e pensadas à luz da educação popular tenderão a valorizar os seus saberes na construção de uma proposta de atenção básica e também terapêutica centrada no sujeito do cuidado.¹⁴ Ainda mais, a aliança entre metodologias de pesquisa participativas e a educação popular em saúde tem sido debatida como uma estratégia profícuca no campo da atenção básica porque promove o diálogo intersubjetivo e a interação entre sujeitos e pesquisadores.¹⁵ No campo do cuidado à saúde e, em especial do adolescente, tal estratégia vem demonstrando possibilidades de convergência bastante eficaz entre os dois campos: do cuidado e da educação.¹⁶⁻¹⁸

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No entendimento da enfermagem como profissão de ajuda,¹⁹ concebemos as suas ações (cuidar) no campo da promoção de cuidados que visam o bem-estar dos clientes a quem tais ações se destinam. Em um sentido mais amplo, pode-se dizer que a ação da enfermeira se dá sempre em favor da construção de uma relação com o outro, implicando na provisão de oportunidades para que este outro, seu cliente, possa melhor usufruir da ajuda que lhe é oferecida, intento do ato de cuidar. Neste sentido, no campo da assistência de enfermagem, à enfermeira cabe tanto realizar os cuidados pelo cliente, quando este não puder fazê-lo por si, como também realizar com ele cuidados específicos de tratamento, estimulando-o à participação, quando a sua condição funcional/cognitiva assim o permitir. Seja em qualquer âmbito de sua atuação, concebemos como propósito da enfermeira o de levar o cliente à independência para cuidar de si, pois o reforço à dependência estaria na contra-mão do que aqui se defende por ajudar o outro no alcance do seu bem-estar.

Na relação de cuidado, assumimos, pois, uma posição de compartilhamento de conhecimento e de ações, entendendo-se que esta atitude favorável à autonomia do sujeito (cliente) no cuidado deve estar na base de sustentação do ato de cuidar da enfermeira.

No entendimento de que o cuidado de enfermagem se configura em um ato com vistas a levar o cliente a prover o seu próprio cuidado, em um

estímulo à autonomia e a uma não relação de dependência profissional, cabe então a provisão de oportunidades de participação do cliente no cuidado. Este entendido não somente no campo das técnicas de intervenção exigidas no campo da terapêutica da enfermagem, como também, no campo da saúde coletiva, em espaços públicos compartilhados, onde os saberes circulam, se constroem e se reconstruem nos discursos e nas trocas de informações, campo de escolha da pesquisa ora tratada.

Por isso, na discussão em tela, ressaltou-se os dois universos de pensamento existentes na sociedade como igualmente válidos, ainda que guardem diferenças importantes na forma como se estruturam.⁸ Tratam-se do universo dos saberes especializados (científico) e do saber do senso comum (popular). Este último, com marcas importantes da cultura, das tradições sócio-familiares, gerado no cotidiano das conversações, tem bases explicativas que não respondem pelo saber formal das áreas de conhecimento demarcadas pelo universo acadêmico, mas não pode ser negligenciado, pois tem a função prática de orientar as ações dos sujeitos.²⁰ Se partimos do entendimento de que o profissional da saúde, em especial a enfermeira, lida com o público e com ele visa estabelecer uma relação de ajuda com vistas à promoção da saúde, é mister valorizar o saber que dele emana, fruto de elaborações advindas das suas experiências concreta de vida.²¹

Desta forma, no campo da saúde, e em especial no cuidado ao adolescente, acessar tais saberes e entender as práticas populares de cuidado (não-profissional) que deles derivam é condição *sine qua non* para uma prática de educação em saúde que se proponha construtiva, libertadora, dialógica e promotora da autonomia dos sujeitos no cuidado de si. Do contrário, a prática será instrutiva, unidirecional, no que pese o estabelecimento de normas e condutas quase sempre não seguidas, por serem, na maioria das vezes, arbitrárias e de difícil ancoragem.

Toda a condução da pesquisa e a discussão dos seus resultados pautaram-se no conceito de que a ação humana é sempre subjetiva. Neste ínterim, o comportamento humano e, por conseguinte, as práticas de cuidado, não devem ser descritas e explicadas amparadas nas suas características exteriores e objetiváveis, “uma vez que o mesmo ato externo pode corresponder a sentidos de ação muito diferentes”.^{7:22} O que exige o esforço de “compreender as ações a partir dos sentidos que os agentes conferem às suas ações”.^{7:22}

As categorias eleitas para a discussão posta e a sua linha de construção remetem a este esforço, na medida em que se entende que para melhor cuidar do outro, é preciso melhor conhecê-lo, acessar os seus saberes e formas de pensar. Conhecer as concepções de saúde dos adolescentes e em que bases se ancoram e, ainda, conhecer determinadas práticas de cuidado, conforme evidenciado na sub-categoría “saber beber” e, o quanto os adolescentes anseiam por debates de temas que os ajudem a melhor situar os seus próprios conhecimentos, como no caso das práticas preventivas da gravidez, evidenciam a importância de buscar nos próprios sujeitos as suas demandas e prioridades de atendimento e de cuidado. Por isso a defesa de que para cuidar do adolescente é preciso estar com ele, compartilhando dos seus conhecimentos e estabelecendo uma relação de ajuda no sentido da construção de um cuidado mais aderente às suas necessidades.

Esta forma de conduzir o debate sobre o cuidado no campo da enfermagem adere-se à lógica da ciência pós-moderna, da qual nos chama à atenção, em especial, a sua lógica existencial de promoção da “atividade comunicativa”.^{7:45} O cuidado pensado no seio da educação popular em saúde implica na abordagem interdisciplinar que congrega os campos das ciências humanas, sociais e da saúde. E ainda, pensado na lógica da co-construção de práticas de cuidado e não de uma prescrição instrutiva, traz à tona a ideologia da dialógica necessária ao investimento no intercâmbio dos saberes científico e popular.

A separação imposta pelo conhecimento disciplinar delimita, segregá e impede o intercurso dos saberes, não viabilizando a construção de uma prática de cuidar solidária. Por isso a defesa da proposta de se trazer à discussão os saberes e práticas de cuidado à saúde dos adolescentes, amparada em conceitos de vertente filosófica de valorização dos saberes populares, partindo-se da reflexão dos sujeitos sobre a sua realidade e condições de vida, embasados na experiência, em uma abordagem educativa emancipatória. Os resultados trazidos à discussão atenderam ao objetivo, pois elucidaram as concepções dos adolescentes sobre saúde, na peculiaridade de seus “modos de viver a vida”, e que orientam as suas práticas de cuidado, na especificidade do processo de adolescer.

Sem a pretensão de conclusão, mas finalizando a discussão por ora, o exercício da fala e da escuta praticado no interior dos GF, estimulou a

construção de uma relação mais afetiva e solidária entre os participantes da pesquisa, oportunizando, também, a experiência do exercício da cidadania, crucial para o entendimento das questões ligadas à saúde e às práticas do cuidado de si.

REFERÊNCIAS

- 1 Ramos FRS. Bases para uma re-significação do trabalho de enfermagem junto ao adolescente. In: Projeto Acolher. Adolescenter: compreender, atuar, acolher. Brasília (DF): ABEn; 2001. p.11-8.
- 2 Ferreira MA, Lisboa MTL, Almeida-Filho AJ, Gomes MLB. Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro: uma questão de cidadania. In: Ramos FRS, Monticelli M, Nitschke RG, organizadores. Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília (DF): ABEn/Governo Federal; 2000. p.68-72.
- 3 Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. 12a ed. São Paulo (SP): DP&A; 2002.
- 4 Ministério da Saúde (BR), Programa de Saúde do Adolescente. Bases programáticas. Brasília (DF): O Ministério; 1989.
- 5 Ministério da Ação Social, Justiça, Trabalho e Educação (BR). Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília (DF): O Ministério; 1990.
- 6 Berger PL, Luckmann T. A construção social da realidade. 15a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1998.
- 7 Santos BS. Um discurso sobre as ciências. 13a ed. Porto (PT): Ed. Afrontamento; 2002.
- 8 Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.
- 9 Rosa AS. O impacto das imagens e a partilha social de emoções na construção da memória social: uma chocante memória *flash* de massa do 11 de setembro até a guerra do Iraque. In: Sá CP, organizador. Memória, imaginário e RS. Rio de Janeiro (RJ): Museu da República; 2005. p.121-64.
- 10 Gemma P. Análise semiótica de imagens paradas. In: Bauer MW, Gaskell G. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. 2a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002. p.319-42.
- 11 Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT): Edições 70; 1979.
- 12 Ayres RCM. HIV/AIDS, DST e abuso de drogas entre adolescentes: vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. São Paulo (SP): Casa Edição; 1996.
- 13 Velho G. Subjetividade e sociedade: uma experiência de geração. 2a ed. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar Ed.; 1989.
- 14 Albuquerque PC, Stotz EN. A educação popular na atenção básica à saúde do município: em busca da integralidade. Interface-comunic., Saúde, Educ. 2004 Mar-Ago; 8 (15): 259-74.
- 15 Tavares SMG. Pesquisa participante: possibilidades e repercussões na área de educação em saúde. Educação em saúde. Boletim Instituto Saúde 2004 Dez; (34): 15.
- 16 Trentini M, Gonçalves HT. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2000 Jan-Abr; 9 (1): 63-78.
- 17 Macedo VCD, Monteiro ARM. Educação e saúde mental na família: experiência com grupos. Texto Contexto Enferm. 2006 Abr-Jun; 15 (2): 222-30.
- 18 Ferreira MA. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. Texto Contexto Enferm. 2006 Abr-Jun; 15 (2): 205-11.
- 19 Henderson V. Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem. Rio de Janeiro (RJ): ABEn; 1962.
- 20 Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro (RJ): Ed. UERJ; 2001. p.17-44.
- 21 Valla VV. Educação e saúde: discutindo as formas alternativas de lidar com a saúde. In: Goldenberg P, organizadora. O clássico e o novo. Rio de Janeiro (RJ): Ed. FIOCRUZ; 2003. p.363-80.