

## PROJETO “DESPERTAR DA ADOLESCÊNCIA – ATENÇÃO INTEGRAL NA FASE ADOLESCER” – RELATO DE EXPERIÊNCIA

[Project waking of adolescence – attending their personal needs: experience report]

Elis Maria Palma Priotto\*

**RESUMO:** O projeto nasceu da necessidade de um local para atendermos adolescentes, com atenção integral, na fase adolecer. A comunidade escolhida para desenvolver o projeto levou em consideração a estrutura sanitária e ambiental precária, com alta incidência de prostituição, violência e gravidez na adolescência. Tivemos como objetivo atender os aspectos bio-psico-sócio-culturais, promovendo e prevenindo a saúde, com ações educativas em atenção primária, valorizando-os enquanto pessoas e cidadãos. A metodologia é quantitativa e qualitativa não sistemática dos grupos, mediante estimulação de técnicas de dinâmicas de grupo, atividades práticas esportivas, e profissionalizantes, registro das questões mais freqüentemente formuladas por eles e observação do seu comportamento e das suas verbalizações durante as sessões grupais. Em 1999, realizamos uma pesquisa, sócio – econômica, com 500 adolescentes, entre 12 e 18 anos. Hoje temos aproximadamente 280 adolescentes inscritos e em atividades no Projeto e a cada 6 meses temos novas inscrições. Nos encontros semanais e mensais utilizamos diversas técnicas e dinâmicas onde realizamos discussões, reflexões e troca de informações em grupo. Entendemos que o desafio é combinar, envolver e integrar os conhecimentos significativos na vida dos adolescentes, destacando que trabalhar nessa faixa etária envolve muito diálogo, respeito, flexibilidade e transparência. Em suma, nosso relato de experiência será o resultado da pesquisa da qual destacamos, que a orientação, a educação e a prevenção, são realmente o caminho para se vivenciar a adolescência de uma forma plena e saudável.

**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescência; Assistência; Educação bio-psico-sócio cultural.

### 1 INTRODUÇÃO

A divisão da vida humana em períodos não é algo absoluto e exato, porém facilita a organização e realização dos estudos que evidenciam o desenvolvimento humano. Embora as propostas variem bastante, geralmente as divisões aceitas, como principais períodos da vida humana, são: a vida pré-natal, a infância, a adolescência, a idade adulta e a velhice. Cada período apresenta características que lhe são próprias e impõem exigências que devem ser atendidas, para que o desenvolvimento se processe de modo adequado. O grau de ajustamento, os traços e as características do adulto se devem em grande parte ao que ocorre durante a infância e a adolescência.

A adolescência de acordo com a definição de COLLI (1994) é uma fase de transição turbulenta entre a infância e a vida adulta, caracterizada por profundas transformações somáticas, psicológicas e sociais. Essa fase de transição leva a uma crise normativa, e pela definição do papel social (do como devo agir?), determinado pelo ambiente sociocultural. As transformações somáticas, biológicas, psicológicas e sociais, que tem como indicadores: a busca de si mesmo e de identidade; a tendência grupal; a necessidade de intelectualizar e de fantasiar; as crises religiosas, que podem ir desde o ateísmo mais intransigente até o misticismo mais fervoroso; a deslocalização temporal, na qual o pensamento adquire as características do pensamento primário; a evolução sexual que pode ir do auto-erotismo até a heterossexualidade adulta; atitude social reivindicatória, com tendência anti ou associadas de diversas intensidades; as contradições sucessivas em todas as manifestações de conduta (domínio de ação); uma separação progressiva dos pais; as constantes flutuações do humor e do estado de ânimo. Essas transformações tanto biológicas, psicológicas como sociais são vividas de forma diferente em cada indivíduo e estão intimamente ligadas, tendo cada aspecto influenciado e sendo influenciado pelos outros, levando os autores a agrupá-los, constituindo a Síndrome da adolescência Normal (KNOBEL, 1994). Segundo critérios cronológicos, indicados pela organização mundial de saúde, adolescência é o período

\* Enfermeira especialista docente na Universidade estadual do Oeste do Paraná- Unioeste, membro da diretoria da Associação Paranaense da Adolescência, coordenadora do Programa Saúde do Adolescente do Políambulatorio Nossa Senhora Aparecida, autora do Projeto Despertar da Adolescência – atenção integral do adolecer.

que vai dos 10 aos 19 anos, 11 meses e 29 dias. O presente trabalho optou por utilizar como critério cronológico o estabelecido pelo Estatuto da Criança e Adolescente, no artigo 2º diz: “Considera-se criança, para efeitos desta lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescentes aquela entre doze e dezoito anos de idade”.

Atualmente, profissionais das mais diferentes áreas, (educadores, enfermeiros, médicos, psicólogos, etc) preocupados, com os elevados índices de gravidez não desejada, doenças sexualmente transmissíveis, AIDS, aborto, prostituição juvenil, violência, uso indevido de drogas, entre os adolescentes, têm desenvolvido trabalhos, programas e projetos de atenção à saúde do adolescente, denominados de Educação Sexual na escola, na empresa, na rua, com a perspectiva de contribuir para uma vida mais saudável de nossos adolescentes. Como consequência de tal interesse é possível observar que vêm ganhando destaque, propostas de trabalho multiprofissional, que levam em consideração os aspectos biológicos e psicológicos dos adolescentes. Para que se compreenda um pouco a situação, apresentamos alguns dados estatísticos que vêm chamando a nossa atenção no que se refere a um dos problemas que envolvem a fase adoléscente, a questão gravidez na adolescência.

Dados do relatório da Agência de Planejamento Familiar das Nações Unidas, revelam que, uma em cada quatro mulheres no mundo tem um filho na infância, a maioria delas nos países pobres. No Brasil a situação não é diferente, cerca de 1 milhão de jovens tornam-se mães antes de completar 19 anos. De 1993 até hoje, o número de mães de 10 a 19 anos aumentou em 31%. A cada dezessete minutos uma garota dessa faixa etária torna-se mãe.

A verdade é que no meio das estatísticas existem muitas histórias de vidas diferentes. De um lado, jovens de baixa renda que engravidam sem desejar, por dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos, pouca informação ou abuso sexual. Somam-se às que desejaram a gravidez acreditando encontrar na maternidade uma forma de se afirmar socialmente. De outro lado, temos as meninas de maior grau de escolaridade e maior renda, que não usam o preservativo, imaginando que o risco de uma gravidez não se aplica a elas. A estas somam-se, a falta de conhecimentos, o constrangimento por parte dos pais, educadores que perpetuam mitos e crendices no que se refere a problemas e dúvidas relacionados com a sexualidade precoce.

Diante deste quadro é importante destacar o que muitos autores e pesquisadores preconizam sobre o baixo nível sócio-econômico, a baixa escolaridade, os quais estão diretamente ligados ao início precoce da atividade sexual, ao uso indevido de drogas, problemas escolares, e conseqüentemente

maior incidência de gravidez na adolescência, evasão e repetência escolar, além de outros problemas adversos.

A sociedade, de uma forma geral, influencia no processo adoléscente, onde percebemos nos meios de comunicação de massa que os adolescentes acabam recebendo diferentes mensagens que exploram e banalizam o sexo, por meio de mensagens transmitidas sutilmente.

REATO (2001) ressalta que o espaço hoje ocupado pela mídia deve-se ao fato de a sociedade ter tornado muito permissiva juntamente com as fontes primárias de informação, assim como a escola e a família que se apresentam omissas quando se trata de orientação sexual.

(...) influenciados pelos parceiros, e pelos meios de comunicação os adolescentes se envolvem em atividades sexuais sem estarem emocionalmente preparados. Salienta-se o papel da T.V através de mensagens que valorizam o sensacionalismo e a erotização. Nas novelas e seriados os personagens são jovens belos, mudam constantemente de parceiros, não usam métodos contraceptivos nem proteção contra a DSTs, e mesmo assim não se contaminam não engravidam e os finais são sempre felizes.

(...) A sociedade, em geral, é também parte do ambiente com que o adolescente interage, podendo ter um papel estruturador, a televisão de modo análogo, tem um efeito formador no adoléscente. (LEWIS, 1993).

Os meios de comunicação de massa, notadamente a televisão são transmissores de atitudes, normas e valores. Desde cedo a criança é exposta à programação da televisão sem nos preocuparmos com o efeito negativo e de estimulação sensitiva aos temas atuais de violência, amor, sexualidade, amizade, traição, desejo, ganância. Antes que pudéssemos ver a criança passar placidamente, para a pré-adolescência, vemos hoje surgir adolescentes consumidores vorazes dos objetos e das coisas, os quais, apresentados como última novidade e requisito para a felicidade, aliciam desejo do consumo. De um lado, os jovens não recebem informações adequadas sobre os seus problemas básicos e essenciais tais como: higiene corporal, liberdade, orientação profissional, namoro, “ficar”, envolvimento sexual, prevenção de doenças. Por outro, se sentem confusos, frente à tantas mensagens recebidas, sentindo-se inseguros a tantos apelos, gerando conflitos emocionais e com eles a maior chance do desenvolvimento da sexualidade precoce, da gravidez não desejada, das infecções sexualmente transmissíveis e AIDS, complicações de abortos provocados, maus-tratos, etc.

De acordo com ARNALDO (1999), (...) deve-se ensinar, em escolas de todos os níveis, sobre a mídia, seu impacto e funcionamento. Os estudantes devem ser capacitados para se relacionar com a mídia e para usá-la de forma participativa,

bem como aprender a decodificar mensagens da mídia, inclusive nas propagandas.

Portanto, o adolescente deverá merecer atenção por parte dos prestadores da assistência integral à saúde, levando em consideração os aspectos sociais, econômicos, culturais, religiosos, físicos, e mentais, visando seu desenvolvimento pleno e melhoria da saúde do adolescente, que lhe proporcionasse orientações e atendimentos especiais para a promoção de uma vida saudável, não esquecendo, que nossos adolescentes têm, como cidadãos, direito à saúde, esporte, lazer, cultura, trabalho.

Entre as décadas de 1980 a 1990, temos as discussões em nível mundial e nacional, sobre a situação da criança e do adolescente, incluindo seu direito à proteção, saúde, bem como às discussões a respeito de medidas preventivas da AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, na qual a única forma de controle é a prevenção, favorecendo discussões e com elas a implantação de programas e iniciativas que procuram desenvolver projetos, pesquisas e estudos, visando o bem-estar desta população e a melhoria da qualidade de suas vidas. Embora, o Ministério da Saúde tenha colocado bases programáticas para elaboração de programas de saúde do adolescente, elaboradas desde 1989, o Estatuto da criança e do adolescente (1991) prevê, no seu artigo 7º, 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 sadio e harmonioso, em condições dignas de existência...”. Parece ainda, um grande desafio, pois a aplicação dos programas até então existentes atravessam suas fases, que por sua vez, estão concomitantemente ligados ao momento político, econômico e social do país, que pode ou não estimular e até financiar uma ação social e de saúde a população.

No entanto, os aspectos econômicos, políticos ou sociais não têm impossibilitado que diferentes profissionais desenvolvessem trabalhos objetivando a promoção à saúde integral do adolescente, valorizando assim a sua vida.

Pensando neste desafio, a elaboração de um projeto de “Atenção Integral na Fase Adolescer”, na comunidade do Porto Meira, na cidade de Foz do Iguaçu – PR, teve sua origem a partir do atendimento a adolescentes no Poliambulatório e nos cursos profissionalizantes promovidos pela comunidade, onde se constatou a falta de informações sobre a saúde sexual, reprodutiva, e outras questões voltadas para as situações consideradas de risco, entre elas as doenças sexualmente transmissíveis, a AIDS, a gravidez não desejada, relacionamento familiar. Tais fatos demonstraram a necessidade de realizar um trabalho específico e multiprofissional na área de saúde para a população adolescente do bairro, cujo objetivo principal é a promoção da saúde por meio de atendimento com medidas

informativas, educativas e preventivas, promovendo, assim, a saúde integral desta parcela da população e sua valorização enquanto seres humanos e cidadãos. Compreendendo os riscos das DSTs – Doenças Sexualmente Transmissíveis e as conseqüências de desinformações sobre a prevenção, precisamos direcionar nossas atenções na saúde e não na doença.

CAMPOS (1993), faz várias reflexões sobre os níveis de informações necessárias para trabalhar-se com adolescentes, o primeiro deles é por meio de programas de educação e saúde adequando-os de acordo com as necessidades emergentes, evitando-se fatores predisponentes, tendo um envolvimento profissional sólido, utilizando-se de dinâmicas, técnicas de comunicação e orientação adequadas para ajudar adolescentes a conhecerem suas fases, hábitos sexuais e que possam discutir abertamente suas preocupações.

Considerando que no bairro escolhido, temos uma população de 34.803 habitantes e que destes, 5.750 são de adolescentes, na faixa etária de 12 a 18 anos completos, e que essa população de adolescentes apresenta acentuadamente os problemas já citados (gravidez precoce, falta de informações, etc). Propomo-nos o desafio de desenvolver um projeto de atenção integral à saúde do adolescente seguindo a proposta do Ministério da Saúde de programas de atenção à saúde do adolescente, que segue os princípios do Sistema Único de Saúde, contemplando a questão da sexualidade, a prevenção das doenças físicas ou mentais para a questão da cidadania, qualidade e valorização da vida. O objetivo é oferecer aos adolescentes, um programa de assistência integral à saúde, levando em consideração os aspectos sociais, econômicos, culturais, religiosos, físicos e mentais, visando seu desenvolvimento pleno e contribuindo para a redução dos desajustes individuais e sociais.

## 2 METODOLOGIA

No presente estudo, interessa-nos principalmente estudar respostas e procedimentos os mais adequados para atender adolescentes com uma proposta de um programa de atenção integral ao adolescente. Sendo um estudo de natureza quantitativa, o relato de experiência, é a descrição de um processo desenvolvido em 1999, num bairro de periferia, da cidade de Foz do Iguaçu – Paraná.

As atividades atualmente desenvolvidas ocorrem no período vespertino nas instalações de um prédio que, no período matutino atende a pré-escola e no vespertino as salas de aula, uma quadra esportiva e demais dependências são cedidas para a realização das atividades propostas no projeto (orientações semanais, mensais e modalidades esportivas).

A população pesquisada foi de adolescentes de ambos os gêneros, que precisaram de alguns critérios para ser incluídos, no projeto: ter idade entre 12 a 18 anos estar

estudando no período da manhã ou noite, ter disponibilidade de realizar atividades no período vespertino. A pesquisa foi realizada nos colégios do bairro, ao todo quatro colégios, um estadual e três municipais, com as séries de 6º, 7º 8º do ensino fundamental e 1º ano do ensino médio, do período matutino e noturno.

Num primeiro momento, foi realizado um levantamento para identificar os adolescentes com idade entre 12 a 18 anos, bem como, quais assuntos tinham dúvidas. Antes, porém solicitamos por escrito a autorização dos pais dos envolvidos para realizar tal pesquisa por meio de um questionário, por ser um procedimento usual no trabalho de campo, através de perguntas e respostas fechadas, de caráter individual possibilitando maior tranquilidade e veracidade aos sujeitos objetos da pesquisa, e ainda nos permitiram a realização, interpretação e análise das questões das principais dúvidas pelos adolescentes entrevistados.

No segundo momento, a equipe de profissionais com os resultados do primeiro momento, elaboraram os materiais didáticos e seleção de dinâmicas de grupos de acordo com os resultados das questões de interesses dos entrevistados, fizeram a divisão dos adolescentes por faixa etária, ou seja, grupo de 12-13 anos, 14-15 anos, 16-18 anos, para os encontros semanais, totalizando 30 temas de orientação, um por semana.

No terceiro momento, concomitante ao segundo momento, os adolescentes inscritos nas oficinas de orientação semanal, escolhem em quais oficinas de esporte, lazer, e de cursos profissionalizantes, gostariam de inscrever-se.

Finalmente, no quarto momento, que é paralelo aos demais realizamos a avaliação dos momentos, levantando quais as perspectivas dos profissionais para se ampliar e melhorar nosso atendimento.

### 3 RESULTADOS

O presente trabalho foi realizado por meio de um levantamento Sócio Econômico – Cultural aplicado com 500 adolescentes com idade entre 12 a 18 anos, sendo 06 destes excluídos, por estarem incompletos, totalizando 494 estudantes de escola públicas municipais e estaduais do bairro Porto Meira da cidade de Foz do Iguaçu – Paraná, no período de setembro a dezembro de 1999. Região, com uma população de 34.803/habitantes, sendo 5750 a população de adolescentes com idade entre 10 a 19 anos. O método utilizado foi quantitativo com análise da somatória e cálculo percentual.

Dos 494 clientes pesquisados, 270 (54,6%) eram do sexo feminino e 224 (45,3%) do sexo masculino. A população total de Foz do Iguaçu é de 258.368 mil habitantes; destes, temos 50,5% do sexo feminino, sendo 25% de adolescentes. Quando perguntamos: quem é o responsável pela sua família?

Tivemos o seguinte, 294 (43,7%) disseram que é o Pai, 301 (44,7), a Mãe; Avô/avó, com 33 (4,9%); Padrasto, com 29 (4,3%); Tio/tia, 8 (1,1%); e outros, 7(1%). Ou seja, mesmo com um percentual não muito diferenciado, a mãe é destaque como principal responsável pela família, ou seja, tem o pai, porém não mora com a família. E ainda, mãe, tem filhos de mais de um pai, ou tem o padrasto e este não é responsável por essa família. Quanto ao grau de instrução do responsável pela família, tivemos como resposta, Analfabetos com 57 (12,1%); Ensino Fundamental Incompleto, 286 (60,8); Ensino Fundamental Completo, 54 (11,4%); Ensino Médio Incompleto 36 (7,6%); Ensino Médio Completo, 32 (6,8%); Ensino Superior Completo 4 (0,8%); e Ensino Superior Incompleto 1 (0,2%). Refletimos que a população do Bairro Porto Meira da cidade de Foz do Iguaçu é de baixa escolaridade, ou seja, a maioria com Ensino fundamental completo. Percebe-se a ocorrência de número significativo de cidadãos analfabetos ou na sua maioria com nível de escolaridade inferior ao que o mercado de trabalho solicita, hoje se abrimos o jornal na página de classificados observamos as ofertas de trabalho e na sua maioria pede ensino médio completo, com experiência, e para Foz do Iguaçu com conhecimento do idioma Espanhol, somos uma cidade turística, e atrelado a isso condições salariais mínimas, acarretando condições precárias de estrutura familiar dignas.

Quando questionamos a situação socio-econômica obtivemos como resposta que a maioria das casas tem geladeira, com 439 (22,5%), televisão, com 426 (22,1%) e rádio, com 416 (23,9%), banheiro (dentro de casa), 436 (22,6%), e em números menores, automóveis, com 160 (8,3%).

Na questão, opções de lazer, questionamos quanto a prática de algum esporte, em que obteve-se que 212 (45,6%), praticam algum tipo de esporte e 252 (54,3%), responderam que não. Com tal resultado, analisamos e mostramos que o bairro efetivamente apresenta de espaços físicos para a população contar como opção de lazer. Dividimos em ambientes onde se deve pagar a entrada ou não. Entre os pagantes encontramos 8 quadras esportivas Polivalentes, 1 estádio de futebol, 2 ginásios, 01 estande de tiro a alvo. Entre os não pagantes, 3 praças com iluminação e bancos; destes, muitos precisam ser concertados.

Quando questionados sobre a opção de escolha para praticar esportes ou cursos para efetivamente aumentar seu conhecimento, obtivemos como resultado, a escolha por computação com 289 (23,3%), danças, 152 (1,4%), teclado, 114 (9,2%), vôlei e violão, com 113 (9,1%), pintura, 97 (7,8%), tênis de mesa, 85 (6,8%), bordado, 79 (6,3%), coral, 58 (4,6%), cabeleireira, 51 (4,1%), costura e manicura, 34 (2,7%), danças marciais, 18 (1,4%) e teatro (0%).

Perguntamos ao adolescente do que gosta de fazer no seu tempo livre, e tivemos como resultado: 240 (41%) preferem ver televisão, e em segundo lugar, com o maior

percentual, a categoria de outras opções, 153 (26,1%), 115 (19,6%) prefere leituras (não especificadas), 45 (7,7%) preferem cursos diversos, e em menor percentual, esporte 16 (2,7), cinema 15 (2,5%). Quando perguntamos sobre a questão trabalho, obteve-se que 136 (28,5%) trabalham e 341 (71,4%), não trabalham, ou seja, estamos num bairro com uma população de aproximadamente 5.750 adolescentes com entre 10 a 19 anos e desses apenas 28,5% tem uma ocupação, os demais não têm o que fazer ou de se ocupar, não questionamos condições ou tipo de trabalho. Preocupados sobre o que fazem com esse tempo livre, nos reportamos aos resultados obtidos acima de que 41% preferem ver televisão, ou seja, tem-se efetivamente 71,4% de adolescentes “desocupados” ou sem uma atividade de produção ou de conhecimento, isso não por culpa deles!

Quando explicamos sobre o Projeto Despertar da Adolescência “Atenção integral na fase adollescência”, no qual objetiva atender aos adolescentes com orientações para a sexualidade, acompanhamento, desenvolvimento e atendimento físico e os atendimentos à saúde, bem como outros, nos responderam 442 (41,9%), que Sim, e gostariam de estar participando deste projeto, e 39 (8,1%), não gostariam de participar do projeto.

Ao solicitarmos sobre a opção de temas ou assuntos que teriam dúvidas e gostariam de maiores informações, obtivemos como resposta, namoro, com 209 (15,4%), cuidados com a saúde, com 205 (15,1%), profissão com 179 (13,2%), sexo seguro, com 141 (10,4%), virgindade com 122 (8,9%), DST – doença sexualmente transmissível, com 119 (8,7%), AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida) com 115 (8,4%); gravidez com 109 (8%), corpo erótico com 81 (5,9%), corpo reprodutivo com 64 (4,7%), e outros com 12(0,8%): Os adolescentes desejam ser informados, mas com calma para assimilar o que acontece atualmente, uma vez que, os jovens são sobrecarregados por informações e essa sobrecarga de boas e más informações sobre o assunto é que denota preocupação. Dentre as perguntas, as que foram destaques, qual a melhor idade para iniciação sexual, até onde posso ir, como saber se estou amando. Perguntamos a quem o adolescente pede orientação para resolver algum problema seu, e as respostas foram: à mãe, com 231 (46,7), ao amigo (a), com 137 (27,7%), ao pai com 84 (17%), ao professor com 35 (7%), ao padre ou pastor com 15 (3%), e outros com 9 (1,8%).

Na seqüência da pergunta anterior pedimos qual seria o melhor profissional para falar sobre dúvidas e problemas da adolescência com eles, obtivemos como resultado, 219 (39,4%), psicólogo com 131 (23,6%), médico, com 92 (16,5%), o professor com 51 (9,1%), o enfermeiro com 45 (8,1%), padre ou pastor; e Outros com 17 (3%). Percebe-se com esse resultado que estamos no caminho certo quando

destacamos a importância de uma equipe multidisciplinar para atender essa demanda em todos os seus aspectos.

Portanto, solicitamos uma equipe inicial composta de psicólogo, enfermeiro, assistente social, e padre e médico. Após analisarmos os dados acima, concluímos que, moramos numa cidade turística com uma beleza de postal internacional. Entretanto, questionamos, mas, o postal dos problemas onde está? Existe? Sim, e não é pouco, há muito o que fazer, a comunidade é carente, continuamos sendo um corredor de passagens e riqueza da produção econômica. Dissemos, anteriormente, que temos 25% da população nacional de adolescentes com idade entre 10 a 19 anos e que em Foz do Iguaçu a população de adolescentes tem o mesmo percentual nacional, ou seja, 25% urbana e a rural, menos de 1%. No Perfil social somos caracterizados por injustiças sociais devido ao número de pessoas sem trabalho e sem ter o que comer, dados que elevam a pobreza, sendo muitos desses, os pais dos nossos adolescentes. Destacamos, ainda, a questão de segurança a qual surge como assustadora, ficando desprovidos também desse direito, faltam postos policiais, patrulhamentos, enfim, carentes de segurança.

Quanto à região do Porto Meira, escolhida para a pesquisa e realização do trabalho, tem 34.803 habitantes e adolescentes 5.750, e todos dividem o atendimento nas unidades básicas de saúde com pacientes adultos, geriátricos e crianças, ou seja, não temos um atendimento voltado, especializado e preparado para essa clientela.

Quando falamos de local para estudar, nos deparamos com a falta de escolas, pois para possuir o ensino médio é preciso estudar no período diurno. Se o adolescente não consegue vaga no único colégio, (que oferece período diurno) a opção é estudar no noturno ou se deslocar diariamente para o centro da cidade para concluir os estudos. Na última opção, tem-se mais um agravante, o aumento dos gastos para locomoção, mais tempo na rua.

Concluímos também que para esse adolescente ter uma opção de lazer nos finais de semana, sem precisar pagar, a escolha fica entre três praças, com pouca iluminação e banco! Refletimos, e nos perguntamos: O que estamos fazendo para mudar essa realidade e proporcionar melhores condições de vida aos adolescentes e suas famílias?

Preocupados com essa parcela da população, nos propusemos o desafio de desenvolver um Projeto de Atenção Integral ao Adolescente, objetivando suprir algumas das necessidades apresentadas.

Avançamos, ao estruturarmos e organizarmos um programa de atendimento para quase 280 adolescentes com ações educativas, em grupo e individuais, para troca de informações e discussões, sempre procurando promover o conhecimento e favorecer a valorização de todos. Hoje estamos com uma equipe de dezesseis profissionais de diversas áreas envolvidos (13 voluntários) nas atividades de

esporte, saúde, social, lazer, e cultural, e mais recente, o profissionalizante, com cursos de computação, auxiliar financeiro, auxiliar administrativo, todos ainda, em fase de avaliação. Quanto às orientações semanais, elaboramos a seqüência de temas, buscando atender o resultado da pesquisa e irão ao encontro das necessidades apresentadas, perpassando a questão da sexualidade, a prevenção das doenças físicas ou mentais para a questão da cidadania, qualidade e valorização da vida. Efetivamente, realizamos até a presente data, 12 grupos de adolescentes, com 30 temas de orientações semanais, e, ao término de cada grupo, realizamos uma avaliação da qualidade e da importância dessas para o grupo, o qual sempre nos motiva a melhorarmos cada vez mais.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com os resultados alcançados, conseguimos nos organizar e estruturar um trabalho que atende a clientela de adolescentes. Após três anos de atividades, destacamos que os adolescentes aprenderam que quando se envolvem e se tornam participativos das decisões e reflexões dos grupos, a troca de experiências para muitos é inovadora. O uso de jogos, dinâmicas e dramatizações nos permitiu que falássemos de assuntos sérios, sem expor os participantes à situações constrangedoras ou comprometedoras. Além disso, a melhor forma de sensibilizarmos as pessoas quanto aos valores e preconceitos existentes em uma determinada cultura, foi por meio de exercícios vivenciais. Estamos em constante busca das necessidades apresentadas, a cada novo grupo de adolescentes que se inicia.

Os resultados também nos incentivaram a continuar o trabalho enfrentando as dificuldades e aceitando os desafios de lutar por esta parcela da população tão desassistida pelos poderes públicos. A integração da equipe e a metodologia participativa adotada nos trabalhos deram margem e satisfação por possibilitar aos adolescentes se conhecerem e desenvolverem por meio da sua criatividade, exprimindo suas emoções, conhecimentos, experiências e expectativas, e conseqüentemente estimulado-se socialização e a formação de cidadãos.

Cientes dessa responsabilidade, destacamos ainda que pretendemos continuar melhorando e aprimorando a nossa intervenção por meio de uma ação cada vez mais sistematizada, objetivando alcançar resultados mais científicos.

**ABSTRACT:** The project began as a need to have a place to take care of teenagers considering all their personal needs. The community chosen to develop the project took in consideration the lack of sanitary and environment structure,

with high incidence of prostitution, violence and pregnancy among the adolescence. The project aimed at taking care of the bio-psycho-social-cultural aspects, promoting and preventing health, with educational actions in primary attention, making them feel as citizens. The methodology was quantitative and qualitative using some statistic analysis and interview. The developed actions were group dynamics, sports and professional activities. The most frequent asked questions were registered, observations and their participation's in the group. In 1999, a social and economical research was carried out, with 500 adolescents, aged 12 to 18 years old. Today there are approximately 280 enrolled adolescents in activities in the project and every 6 months, there are new enrollments. In weekly and monthly meetings, diverse and dynamic techniques are used such as group discussion, reflection and information exchange. The challenge is combining, involving and integrating the significant life knowledge teenagers. Working with them means using direct and open dialogue and showing flexibility, openness and respect for them.

**KEY WORDS:** Teens; Assistance; Bio-psycho – social cultural education.

#### REFERÊNCIAS

1. ARNALDO, C. A., FINNSTRON, A. **Juventude e comunicação**. São Paulo: Cortez, 1999.
2. BRASIL. PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente. Portaria do Ministério da Saúde **Decreto nº 80/GM21/12/1989**. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas>. Acesso em 05 jan.2003
3. CAMPOS, E. **Educação sexual nas escolas: uma reflexão**. Maringá: Universidade Estadual de Maringá, 1993. (Monografia Especialização em Saúde pública).
4. COLLI, A. **Crescimento e desenvolvimento físico**. In: Adolescência e Saúde. 2.ed. São Paulo: Comissão de Saúde do Adolescente, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1994.
5. ECA. Estatuto da Criança é do Adolescente. Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Decreto Lei nº 8060, de 13 de julho de 1990**. Brasília-DF. Diário Oficial da União Brasília, 10 de janeiro de 1991.
6. KNOBEL, M. **Desenvolvimento psicológico**. In: Adolescência e Saúde. 2.ed. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 1994.
7. LEWIS, M., WOLKMAR, F. **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
8. REATO, L. F. N., FRANÇOSO, L., DEJER, D. **Sexualidade e saúde reprodutiva na adolescência**. São Paulo: Atheneu, 2001.

Endereço da autora:  
Rua Valentin Agostine, 200 - Pólo Centro  
85859-490 – Foz do Iguaçu – PR  
E-mail: palma@fnn.net