

## UM ESTUDO EXPLORATÓRIO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL PARA ADOLESCENTES.\*

*Marluce Miguel de Siqueira\*\**

*Lisete Diniz Ribas Casagrande\*\*\**

RESUMO: estudo realizado a partir da assistência de enfermagem desenvolvida com adolescentes, objetivando identificar os interesses e necessidades do grupo, para posterior elaboração de um programa de orientação em ambulatório. A amostra compõe-se de 19 meninas e 11 meninos, distribuídos em 4 grupos, cujo nível sócio-econômico corresponde às classes média-baixa e baixa. Os principais tópicos sugeridos pelos adolescentes para informação/orientação futuras foram: escola, recreação, família, sexo, trabalho, amor, namoro e saúde.

### 1. INTRODUÇÃO

Durante muito tempo se pensou que a função da Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, estava limitada à execução de técnicas restauradoras e de conforto. Com o desenvolvimento das teorias psicanalíticas, da teoria interpessoal, da comunicação e da teoria das crises de CAPLAN<sup>2</sup>, a função do enfermeiro psiquiátrico adquiriu um caráter mais dinâmico: a compreensão e o manejo de crises e dificuldades são os seus objetivos atuais, a fim de auxiliar o indivíduo a manter o seu direito à saúde e a ser assistido enquanto ainda for capaz de tentar soluções positivas para os seus conflitos. Atualmente, o aspecto básico de sua função está na relação enfermeiro-paciente, através da qual, este é

\* Trabalho apresentado no XXXV Congresso Brasileiro de Enfermagem, de 24 a 30 de setembro de 1983 — São Paulo — SP.

\*\* Enfermeira e Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos — UNISINOS.

\*\*\* Pedagoga e Professora-Doutora da Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto — USP.

auxiliado a encontrar maior satisfação das suas necessidades, a se readaptar às situações novas, a elaborar seus conflitos e a reassumir seu papel como indivíduo independente.

A enfermagem tem passado, através dos tempos, por um processo evolutivo, indo do puro ideal até o caráter científico atual, que a caracteriza como profissão. O enfermeiro, concomitantemente, acompanha esta evolução, tornando-se, gradativamente, o profissional que inicia o contato da população com o sistema de saúde. A assistência de saúde à população brasileira, hoje encarada predominantemente a nível primário, envolve uma transformação nos papéis tradicionais do enfermeiro, para outros mais complexos, sendo necessária a competência e a habilidade para tomar decisões com fundamentação científica, clínica, psicossocial e cultural. O enfermeiro psiquiátrico não pode ficar à margem destas mudanças. Também ele deverá sair dos hospitais para atuar na comunidade, deverá ir aos locais onde as populações vivem, trabalham, estudam e divertem-se, a fim de intervir nos seus momentos de crise e dificuldades, para que possam sair mais fortalecidos.

O presente trabalho insere-se na linha de investigações que busca a expansão do enfermeiro psiquiátrico, de acordo com o enfoque dado a atenção primária e à prevenção de problemas de saúde mental.

### 1.1 JUSTIFICATIVA

A motivação inicial para o trabalho surgiu de nossa aspiração de trabalhar efetivamente com a comunidade da Área Programática de Maruípe, circundante ao Hospital Universitário "Cassiano Antonio de Moraes", da Universidade Federal do Espírito Santo; a definição da forma de atuação a ser seguida, fez-se a partir de uma necessidade detectada no Ambulatório de Pediatria e Puericultura do referido hospital, e que se referia às dificuldades relatadas por mães de pacientes ali atendidos, em lidar com os jovens. Para ajudar em tal situação, a equipe do ambulatório iniciou uma série de reuniões com grupos de adolescentes, realizadas uma vez por mês e coordenadas por três médicos pediatras e uma assistente social. Pareceu às autoras do presente trabalho, que aí se configurava uma importante possibilidade de intervenção do profissional de enfermagem psiquiátrica, na elaboração de um programa de orientação para essa população de adolescentes, que atendendo às necessidades desses jovens, lhes oferecesse oportunidade de promoção da saúde, bem como proteção quanto às situações que levam a crises na adolescência. Esperava-se que um programa desse tipo, sob a coordena-

ção de um enfermeiro psiquiátrico, permitisse aos jovens expor suas preocupações e discutir assuntos de seu interesse, e assim, desenvolver suas capacidades, sua criatividade, na busca de soluções para os problemas característicos dessa fase do desenvolvimento.

Ora, num programa desse tipo, não se justificaria que o enfermeiro psiquiátrico impusesse ao grupo de adolescentes suas próprias convicções quanto ao que é "útil" e "necessário" para ajudá-los nessa fase, razão pela qual se planejou o presente estudo-piloto, objetivando um levantamento das necessidades do grupo de adolescentes, antes de qualquer tentativa de elaboração de um programa para a sua orientação. Fundamentando o trabalho de campo propriamente dito, pesquisou-se as explicações teóricas que racionalizam a intervenção educativa no que diz respeito à saúde mental de adolescentes.

## 1.2 QUADRO CONCEITUAL

### a) Conceito de adolescência:

"Adolescere" para HOLANDA<sup>9</sup>, é palavra latina que significa crescer, desenvolver-se, tornar-se jovem; registra ainda, o dicionário, que a adolescência é o período da vida humana entre a puberdade e a virilidade e que "adolescere" quer dizer crescer durante o período da adolescência. O mesmo dicionário da Língua portuguesa define: "adolescência é o período da vida humana entre a puberdade e a virilidade (dos 14 aos 25 anos). Período que se estende da terceira infância até a idade adulta, caracterizada psicologicamente por intensos processos conflituosos e persistentes esforços de auto-afirmação. Corresponde à fase de absorção dos valores e elaboração de projetos que implicam plena integração social."

É possível definir a adolescência a partir de diferentes critérios: critério cronológico; critério do desenvolvimento físico; critério sociológico; critério psicológico e através da combinação de critérios; aí se reflete a diversidade de aspectos da adolescência, o que serve também para demonstrar a dificuldade, que na prática, é enfrentada quando se pretende escolher sujeitos adolescentes para qualquer projeto de pesquisa. Utilizamos em nosso trabalho, a combinação de critérios: cronológico, sociológico, e psicológico. Assim, pelo critério cronológico, temos que: a adolescência é um período da vida humana que se estende dos 10-12 anos aos 20-21 aproximadamente. Subdivide-se em pré-ado-

lescência (10-12 anos), adolescência inicial (13-16 anos) e adolescência final (17-21 anos).

Para D'ANDRÉA<sup>3</sup>, que adota o critério do desenvolvimento físico, divide-se a adolescência em três etapas: pré-puberdade, puberdade e pós-puberdade. Considerou o autor, a puberdade fisiológica como ponto de referência, sendo o amadurecimento dos órgãos genitais e o aparecimento dos caracteres sexuais secundários fundamentais no desenvolvimento psicológico nesta fase. As transformações da puberdade, a alteração física, os motivos, as capacidades e as demandas do meio sobre o adolescente, tudo isto induz a um reajustamento, iniciando-se este antes que o fenômeno fisiológico da puberdade tenha lugar.

Segundo o critério sociológico, relata HAMBURG e BEATRIX<sup>8</sup> que a adolescência é o período de transição entre a infância e a integração de papéis e responsabilidades da idade adulta. Em todas as culturas, a definição de adolescência tem certa relação com as mudanças biológicas da puberdade. Em alguns casos, ritos da puberdade assinalam dramaticamente a passagem da criança à condição de adulto.

A adolescência tem sido apontada, afirma PACIÊNCIA<sup>15</sup>, como idade difícil, idade emocional, idade perturbada. Época da vida humana em que o comportamento se acha freqüentemente sujeito à frustração, conflito e desajustamento às novas situações, uma fase de crise normal no processo de desenvolvimento humano.

Segundo PFROMN NETTO<sup>16</sup>, adolescência significa desafio. Adolescência é inquietação. De modo geral, entretanto, as pessoas que lidam com adolescentes manifestam interesses em obter informações e orientação que contribuam para compreender e ajudar os jovens.

ERICKSON<sup>6</sup> sugere que "não devemos contemplar a adolescência como uma enfermidade, mas sim como um processo normativo, como uma fase normal de maior conflito, caracterizado por uma aparente flutuação do "eu" e, também, por um elevado potencial de crescimento, o que em uma indagação preconceituosa pareceria ser o começo de uma neurose, muitas vezes só é uma crise agravada, suscetível de resolver-se por si mesma e de contribuir, de fato, ao processo de formação da identidade."

Trataremos a seguir, do adolescente como indivíduo vulnerável.

#### b) Adolescência e vulnerabilidade:

Vulneráveis são aqueles indivíduos ou populações considerados de alto risco, ou seja, aqueles que enfrentam situações de crise evolutiva ou acidental.

Crise, segundo MINZONI et alii<sup>13</sup>, "são episódios que afetam o equilíbrio dos indivíduos, provocando tensões, com conseqüentes modificações do estado físico, emocional e social. Estes episódios são temporários, ocorrem em fase de transição no desenvolvimento da personalidade ou quando o indivíduo enfrenta situações problemáticas".

Para CAPLAN<sup>2</sup> "a situação de crise é considerada profunda experiência vital e, dependendo de como é manejada, pode levar o indivíduo a uma desorganização, portanto ocorre maior vulnerabilidade do ser humano ao transtorno mental".

Cada crise apresenta uma oportunidade de crescimento psicológico e o perigo de uma deterioração psicológica. O desfecho da crise depende da resolução de um complexo de forças conflitantes durante o período de desequilíbrio. Algumas forças originam-se no íntimo do indivíduo e relacionam-se com sua estrutura de personalidade e experiência biopsicossocial passada. Algumas das forças originam-se em seu meio ambiente, sobretudo as mudanças na intensidade das circunstâncias perigosas e a ajuda ou oposição propositada de outras pessoas, sua família e amigos, e aquelas pessoas que prestam assistência formal ou informal, a quem o indivíduo poderá recorrer. Sabendo-se que a adolescência é um período em que o jovem realizará uma série de adaptações ao meio sócio-cultural, em que ele sofrerá transformações físicas e psicológicas, enfim, que este é um período de crises e portanto de vulnerabilidade, tentaremos, então, utilizar os estudos sobre prevenção, para avaliar esta etapa de desenvolvimento humano, onde detectaremos a necessidade de se prevenir as crises, atuando a nível primário em saúde mental.

#### c) Conceito de prevenção:

Para LEVEL & CLARCK<sup>10</sup>, prevenção é "a aplicação dos métodos e técnicas científicas, a nível de grupos ou de indivíduos, para promover ou restaurar a saúde".

O alvo de um programa comunitário de prevenção primária, é o homem como representante de um grupo, e cujas necessidades delineiam o tratamento deste homem; como também, não podemos deixar

de considerar a sua relação com estes problemas e a ajuda recebida para enfrentá-la. A proposta delineada no Brasil, para o sistema de serviços de saúde recomenda que todos esses serviços desenvolvam de forma integrada, ações de promoções, proteção e recuperação da saúde. Devem ser hierarquizados numa rede regionalizada, incluindo desde as unidades mais simples, até o hospital universitário que presta assistência médico-hospitalar.

Se considerarmos a definição de CAPLAN<sup>2</sup>: "prevenção primária é um conceito comunitário que implica na diminuição da proporção de casos de transtornos mentais na população durante certo período de tempo, resistindo às circunstâncias perniciosas, antes que haja ocasião de produzir enfermidades"; temos então, que os programas de saúde mental devem:

- atuar em todos os níveis de prevenção;
- integrar assistência com educação e pesquisa.

Abordaremos, no tópico seguinte, a assistência primária ao adolescente e o papel da saúde mental nesta assistência.

#### d) Atenção primária na adolescência e saúde mental:

A partir de 1953, CAPLAN<sup>2</sup>, com suas teorias sobre psiquiatria preventiva, trouxe novas contribuições ao estudo da saúde mental, facilitando a ação dos profissionais interessados em atuar nesse campo.

A saúde mental implica na capacidade de manter o equilíbrio de comportamento diante de incertezas, de ter iniciativa e de assumir responsabilidades; pressupõe-se também a capacidade de cada um para desenvolver e manter laços afetivos com os demais.

Para MINZONI et alii<sup>13</sup>, a definição de enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria vem a ser: "o processo interpessoal, no qual o profissional de enfermagem assiste ao indivíduo, família e comunidade, com os objetivos de promover a saúde, prevenir a doença mental e auxiliar no tratamento e reabilitação daqueles que enfrentam experiência de doença."

Acredita-se que nos períodos de crise, seja adequada uma relação de ajuda\*, na medida em que o indivíduo é ensinado e aprende a ampliar suas habilidades para a solução de problemas. A intervenção de enfermagem, nesses casos, objetiva assistir ao indivíduo em crise, sem necessidade de encaminhá-lo para tratamento psiquiátrico, ou se-

\* Relação de Ajuda é a relação significativa na qual duas ou mais pessoas interagem, através de uma conversa, cujo objetivo é a compreensão e a solução de problemas (RUDIO<sup>17</sup>).

ja, executar prevenção primária psiquiátrica através do profissional enfermeiro.

Portanto, após esta discussão sobre a atenção primária na adolescência e saúde mental, queremos destacar que o melhor modo de fazer prevenção na adolescência, é educando o adolescente para que ele possa ajudar a si mesmo na superação dos problemas dessa fase. Passaremos agora à educação em saúde para o adolescente.

e) Educação em saúde, para o adolescente:

A transmissão de cultura e a função de controle social do processo educativo já haviam sido identificados por DURKHEIM<sup>5</sup> e DEWEY<sup>4</sup>, além de outros autores. BOURDIEU e PASSERON<sup>1</sup> vão muito além: para eles as classes dominantes impõem às dominadas, através da autoridade pedagógica, um arbítrio cultural, isto é, uma cultura elaborada sem a sua participação e que responde aos interesses das classes privilegiadas. No Brasil, Paulo Freire se preocupou em criticar uma educação opressora, semelhante à violência simbólica da educação tradicional.

Ao examinar a educação tradicional, PAULO FREIRE<sup>7</sup> o faz à luz de sua concepção do homem, do mundo e da sociedade, dos objetivos, do conteúdo e da pedagogia desta educação. Reconhece que a educação tradicional tem contribuído para o avanço da ciência e da tecnologia, contudo, atenta para o fato de que grande parte dos esforços são orientados no sentido de manter estruturas de dominação que hoje marcam as relações entre os homens, a todos os níveis.

Em LEVIN<sup>11</sup>, temos um novo aspecto da educação em saúde, o estabelecimento de diferenças entre educação do paciente e educação para o auto-cuidado, considerando que: "a educação do paciente focaliza o que o profissional pensa, enquanto a educação para o auto-cuidado é determinada pelo que o aprendiz percebe como suas necessidades e objetivos". O aprendiz participa ativamente na determinação dos objetivos, conteúdos, estratégias e a avaliação em termos de critérios. Podemos esperar com isto que, através da orientação para o auto-cuidado, ocorra uma diminuição da dependência e suas seqüelas negativas, fazendo com que o aprendiz levante os problemas e estabeleça soluções para os mesmos. O que vai de encontro com as reflexões de FREIRE<sup>7</sup>: "já agora ninguém educa ninguém, e ninguém se educa

a si mesmo: os homens se educam em comunidade, mediatizados pelo mundo”.

O que teríamos de fazer, com uma população em transição como a de adolescentes, inserida num processo de transformação biopsicossocial, com o jovem emergindo de uma fase onde era considerado criança para outra onde será visto como adulto, é tentar uma educação que fosse capaz de colaborar com ele na indispensável organização reflexiva de seu pensamento. Significa então colaborar com o jovem, para que assuma posições cada vez mais identificadas com o clima dinâmico da fase de transição.

Uma educação em saúde para o adolescente, para ser conscientizadora, deve partir do que “o aprendiz percebe como suas necessidades e objetivos”, “do universo de problemas gerado pelo jovem”; portanto como ponto de partida para executarmos o nosso trabalho, fomos até a população de adolescentes, descobrir deles este universo de problemas e nos propusemos realizar com eles um programa de orientação, considerando as prioridades listadas pelos mesmos no momento das reuniões, conforme descrito a seguir.

## 2. DESENVOLVIMENTO

### 2.1 OBJETIVOS E CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA

O estudo-piloto foi realizado a partir da assistência de enfermagem desenvolvida com adolescentes, no Ambulatório de Pediatria e Puericultura do Hospital Universitário “Cassiano Antonio de Moraes”, da Universidade Federal do Espírito Santo, objetivando o levantamento de necessidades do grupo de adolescentes e conseqüente elaboração do programa para sua orientação.

O Ambulatório de Pediatria e Puericultura do Hospital Universitário da UFES, é localizado na Área Programática de Maruípe, dela fazendo parte também, nossa população em estudo.

A área foi dividida em três zonas, após o levantamento sanitário e sócio-econômico da mesma, efetuado pela UFES.

A área conta com escolas, igrejas, farmácias, centro de saúde e hospitais. O hospital universitário presta também atendimento ambulatorial, no período da manhã e tarde. São efetuados, atualmente, reuniões com os grupos de adolescentes, em sua maioria pela manhã e

com uma seqüência mensal. Os coordenadores dos referidos grupos são 3 médicos e 1 assistente social.

## 2.2 POPULAÇÃO E PROCEDIMENTOS

O estudo-piloto foi efetuado com jovens atendidos mensalmente pelo ambulatório durante o 1º semestre de 1982, num total de 30 adolescentes, que caracterizam a amostra deste estudo. A faixa etária abrangida se situa entre 11 e 14 anos, distribuídos em 4 grupos. Realizamos com os grupos de adolescentes, 4 reuniões, cada uma tendo a duração mínima de 60 minutos.

A atividade desenvolveu-se durante o período de um mês, não havendo triagem para a participação nas reuniões; a participação decorria de alguns critérios encontrados no Serviço: a) faixa etária; b) fornecimento de leite para a mãe de adolescentes com filhos menores; c) adolescentes com sintomas físicos; d) adolescentes com dificuldades de relacionamento no lar ou na escola; e) adolescentes que necessitavam de apoio e/ou orientação.

A população era constituída, na sua grande maioria, por jovens do sexo feminino (19) e os demais são jovens do sexo masculino (11).

Utilizamos as seguintes técnicas em nosso trabalho:

A — Técnica para recrutamento dos adolescentes:

— Visitas domiciliares

B — Técnicas para a realização das reuniões com os adolescentes:

— Entrevistas em grupo

— Dinâmica de grupo

Para acompanhar a dinâmica do grupo de forma mais objetiva, foi previsto um sistema de registro em fitas cassete, e após a reunião, efetuamos a transcrição das gravações, o que favoreceu na caracterização da população, como também, a elaboração do programa de orientação para a mesma. Estes dados possibilitaram ainda, determinar as ações de enfermagem no aspecto educativo ou mesmo seu encaminhamento para outro profissional especializado, quando necessário.

## 2.3 METODOLOGIA

São descritos quatro passos fundamentais no método de observação participante, os quais utilizamos em nosso trabalho:

— Inserção no grupo: ocorre aproximação do pesquisador com o grupo escolhido. Deu-se durante o 1º semestre de 1982, com os grupos de adolescentes e/ou visitas domiciliares.

— Coleta de dados: permite uma visão mais ampla do grupo escolhido. Em nosso caso, foram identificados os assuntos considerados pelos jovens como relevantes para uma discussão informativa e/ou orientação sobre a fase da adolescência.

— Organização sistemática da informação: inicia-se a interpretação e a sistematização dos dados, visando oferecê-los à reflexão do grupo no passo seguinte.

— Devolução do material ao grupo: é o que pretendemos realizar este ano, com os primeiros conteúdos do programa de orientação a adolescentes.

## 2.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Resultados

Passaremos a apresentá-los em quadros, sem qualquer pretensão de quantificá-los. O importante para nós é a avaliação do conjunto de elementos recolhidos ao longo das discussões realizadas, a fim de podermos chegar a uma análise desse conteúdo, bem como das orientações efetuadas, nesta área específica.

QUADRO 1 — Motivos relatados nas reuniões pelos jovens, como indicadores da necessidades de assistência, 1982.

- Encaminhamento da mãe
- Encaminhamento da madrastra
- Consultas no Ambulatório
- Obesidade
- Dificuldades nos estudos (baixo rendimento escolar)
- Dificuldades de relacionamento na família
- Timidez
- Distribuição de leite em pó, pelo Ambulatório
- Esquecimento
- Nervosismo

QUADRO 2 – Sentimentos e preocupações dos jovens, relatados durante as reuniões, 1982.

- Ansiedade e angústia
- Sentimentos de timidez, inibição, revolta, medo
- Indecisão quanto à vocação
- Conflito moral e religioso
- Preocupação com a família
- Inconformismo pela situação familiar
- Sentimentos de ambivalência em relação aos pais
- Preocupações relacionadas a homossexualismo, masturbação, namoro, noivado e casamento.
- Conflitos em relação ao sexo oposto
- Sentimento de depreciação quanto a si mesmo e autodestruição (desvalorização pessoal e tentativa de suicídio)
- Sentimento de incompreensão

QUADRO 3 – Situações críticas encontradas nos relatos dos jovens durante as reuniões, 1982.

- Pais doentes (pai alcoólatra, pai e/ou mãe doentes mentais)
- Ambiente familiar desestruturado (pais separados, e mãe substituta)
- Superproteção materna ou rejeição
- Ambiente familiar hostil (brigas freqüentes, agressões, etc.)
- Situações de perdas de entes queridos: (pai, mãe e irmãos)
- Problemas de ordem afetiva (relacionamentos instáveis dependência afetiva)
- Problemas físicos

QUADRO 4 – Resumo dos assuntos levantados em cada grupo como relevantes para informação e/ou orientação e síntese dos grupos, 1982.

<p><b>GRUPO I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Saúde</li> <li>– Família</li> <li>– Trabalho</li> <li>– Recreação</li> <li>– Sexo</li> </ul>	<p><b>GRUPO II</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diálogo com a Família</li> <li>– Amor/Namoro</li> <li>– Escola/Trabalho</li> <li>– Saúde</li> </ul>
<p><b>GRUPO III</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Recreação</li> <li>– Escola</li> <li>– Família</li> <li>– Amor</li> <li>– Sexo</li> </ul>	<p><b>GRUPO IV</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-- Escola</li> <li>-- Recreação/Família</li> <li>– Trabalho</li> <li>-- Sexo</li> <li>– Namoro</li> </ul>
<p><b>SÍNTESE DOS ASSUNTOS DOS GRUPOS:</b></p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Escola</li> <li>– Recreação</li> <li>– Família</li> <li>– Sexo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Trabalho</li> <li>– Amor</li> <li>– Namoro</li> <li>– Saúde</li> </ul>

QUADRO 5 – Hipóteses levantadas durante as reuniões, a partir da interpretação dos problemas mencionados pelos adolescentes, 1982.

- Crises evolutivas agravadas por conflitos morais, religiosos e vocacionais, entre gerações.
- Crise evolutiva agravada pela presença de diminuição do DPSM e pela dificuldade dos pais em aceitar as limitações dos filhos.
- Crise familiar
- Crise evolutiva agravada pela presença de problemas externos e internos (crises acidentais).

## Discussão

De modo geral, há uma concordância entre vários autores sobre a adolescência como fase evolutiva na qual a pessoa passa por uma crise; uma época perturbada e cheia de tensões.

Através do modelo conceptual de prevenção primária da psiquiatria, descrito por CAPLAN<sup>2</sup>, pudemos perceber nos jovens a crise evolutiva, precipitada pelo próprio desenvolvimento físico e mental e concomitantemente, a crise acidental, precipitada por outros fatores externos.

A ansiedade surge em decorrência da estimulação que põe em risco seu equilíbrio e provoca novas necessidades. Na ausência de uma resolução, surge o medo e conseqüentemente, há uma diminuição da eficiência do jovem na resolução do problema. Acrescentam-se ainda os medos, vergonha e culpas, próprios da adolescência, resultando numa desorganização interna com aparecimento de sintomas.

É neste momento, que o jovem é um indivíduo mais vulnerável às tensões do ambiente, podendo experimentar precocemente uma experiência de "ausência de saúde".

Outro aspecto fundamental, que definimos como princípio para esta experiência, é o de que os jovens não estavam mentalmente doentes. Nossa atenção dirigiu-se então, para a prevenção primária.

No Quadro 1, podemos encontrar os motivos relatados pelos jovens, nas reuniões, como indicadores da necessidade de assistência.

A forma como os jovens percebiam a si mesmos, os outros, o seu ambiente e exprimiam suas emoções, encontra-se registrada no Quadro 2. Este evidencia que os adolescentes suportam uma grande carga de emoções, enquanto se preparam para entrar na vida adulta. MIELNIK<sup>12</sup> refere sentimentos próprios da fase de adolescência, que foram constatados por nós, na ambivalência de sentimentos em relação aos pais; conflitos emocionais e religiosos foram uma constante e identificados como causadores de ansiedade. É manifestada sua necessidade de independência do domínio dos pais e outros, de poder determinar sua própria conduta.

Também detectou-se conflitos, quando os jovens expunham seus sentimentos de pudor, o medo de perder o controle de seus impulsos sexuais e agressivos, e serem castigados, acompanhado de dúvidas sobre suas crenças religiosas. A falta de esclarecimentos dos jovens, gera conflitos relacionados à existência de problemas sexuais e ainda

pareciam estar ligados a preconceitos, a tabus, superstições, conforme afirma PFROMN NETTO<sup>16</sup>.

Vários são os fatores que precipitaram crises, e entre eles, merecem destaque os precipitantes externos, como situações de perda, de separação ou abandono, problemas no ambiente familiar, doenças (Quadro 3). Quanto a isso, NOVAES<sup>14</sup> afirma que o ambiente familiar influi no desenvolvimento do jovem de forma preponderante.

Os resumos dos assuntos levantados pelos grupos de adolescentes como relevantes para incluir no programa, acham-se no Quadro 4. É interessante ressaltar que, apesar de na sua grande maioria, os jovens terem procurado o ambulatório em decorrência de "queixas físicas" (verminose, asma, amigdalite, anemia, crise convulsiva, amenorréia e outros), o assunto 'saúde, foi destacado apenas por um grupo, dos quatro existentes e que constituem a nossa amostra. Por outro lado, a questão do relacionamento familiar, escolar, sexual, afetivo, pouco enfatizado como "motivo" para a procura do ambulatório, aparece relatado em todos os grupos como tópico para a montagem do nosso programa. O que nos leva a pensar em situações de vivência de crise acidental, concomitantemente com a evolutiva.

Com relação ainda aos tópicos a serem incluídos no Programa de Orientação a Adolescentes, os itens "escola" e "trabalho" nos surpreenderam muito (pois esperávamos ênfase no assunto "sexo"); todos os grupos lhes atribuíram uma importância muito grande, considerando o primeiro — escola — como veículo para alcançar uma profissão, e que lhes garantisse manutenção no futuro; e o segundo — trabalho — mais com características de informação acerca das profissões por eles elegidas prioritárias e que seriam suas pretensões de trabalho mais tarde. Isto em parte justifica-se, pelo nível sócio-econômico e cultural da referida amostra.

Acreditamos que a necessidade de se incluir a recreação no programa, é decorrente da situação do grupo; ou seja, muitos dos adolescentes já respondiam por algum tipo de "trabalho" (vendedor de picolé, pirulito, nas praias; pajens; domésticas e outros), tendo que distribuir seu tempo também com a escola, e, às vezes, com os afazeres das próprias casas, não lhes sobrando muito tempo para dedicar ao lazer, sendo isto uma constante em três dos grupos.

No Quadro 5 encontram-se algumas hipóteses levantadas durante as reuniões, a partir da interpretação dos problemas mencionados pelos adolescentes e que não definem nenhum tipo de patologia, sendo

apenas crises transitórias. SOLOMON & PATCH<sup>18</sup> fazem referência a estas reações transitórias.

### 3. CONCLUSÕES

— É possível intervir a nível de prevenção primária visando a saúde mental, através da observação participante.

— As ações realizadas pela enfermeira basearam-se na observação participante, constituindo-se de:

- a. Inserção no grupo
- b. Coleta de dados
- c. Organização sistemática da informação
- d. Devolução do material ao grupo

— As situações que punham em risco a satisfação de alguma necessidade foram: doenças físicas e mentais; problemas na família; conflitos morais, religiosos e vocacionais.

— As situações que provocaram o aparecimento de novas necessidades foram: relacionamento afetivo mais estável, novas responsabilidades.

— Estas situações anteriores, a nosso ver, funcionaram como agravantes da crise evolutiva, desencadeando crises acidentais conconminantes, nos adolescentes.

SUMARY: The study was conducted about the nursing assistance developed with teen-agers, its aim was to identify needs and interests of the teen-agers group, to late construction of a guidance program in the ambulatory. The sample was composed of nineteen girls and eleven boys, divided in four groups; their social and economic level correspond to the middle class and the low class. The main topics suggested by the teen-agers to future information/guidance programs were: school, recreation, family, sex, work, love, courtship, and health.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BOURDIEU, P. & PASSERON, I. C. *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1975.
2. CAPLAN, Gerald. Um modelo conceptual para prevenção primária. In: \_\_\_\_\_. *Princípios da psiquiatria preventiva*. Rio de Janeiro, Zahar, 1980. p.55-58.
3. D'ANDREA, F. F. Adolescência. In: \_\_\_\_\_. *Desenvolvimento da personalidade*. Rio de Janeiro, Difel, 1980. Cap. 6, p.85-108.
4. DEWEY, J. *Educação e democracia*. São Paulo, Ed. Nacional, 1959.
5. DURKHEIM, E. *Educação e sociologia*. São Paulo, Melhoramentos, 1973.
6. ERIK, H. E. *Identidade, juventude e crise*. Rio de Janeiro, Zahar, 1972.
7. FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1980.
8. HAMBURG, D. & BEATRIX. No limiar da maturidade. *A Saúde do Mundo*, Genebra: 12-17, dez. 1976.
9. HOLANDA, A. B. de *Dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro, Melhoramentos, 1980.
10. LEAVELL, A. & CLARCK, E. G. Princípios básicos. In: \_\_\_\_\_. *Medicina preventiva*. São Paulo, Mc-Graw-Hill, 1976. p.3-36.
11. LEVIN, Lowell S. Patient Education and Self-Care: How Do They Differ? *Nursing Outlook*, New York, 26(3):170-75, mar. 1978.
12. MIELNIK, I. *Higiene mental do adolescente*. São Paulo, Edart, 1975. v.5.
13. MINZONI, M. A.; ALENCASTRE, M. B.; GOULART, M. C. J.; PACIÊNCIA, E.; RODRIGUES, A. R. F.; SILVA, J. N.; CARSWELL, W.; SAEKI, T. Enfermagem em saúde mental e psiquiatria: a busca de uma nova posição. *Revista Enfermagem em Novas Dimensões*, São Paulo, 3(6): 350-355, nov./dez. 1977.
14. NOVAES, M. H. *Psicologia aplicada à reabilitação*. Rio de Janeiro, Imago, 1975.
15. PACIÊNCIA, E. *Seguimento de enfermagem a adolescência em crise*. Ribeirão Preto, 1980. (mimeogr.)
16. PFROMN NETTO, S. *Psicologia da adolescência*. São Paulo, Pioneira/MEC, 1976.

17. RUDIO, F. V. *Orientação não diretiva*. Petrópolis, Vozes, 1976.
18. SOLOMON, P. & PATCH. Psiquiatria do adolescente. In: \_\_\_\_ . *Manual de Psiquiatria*, São Paulo, Atheneu, 1975. p.583-597.

Endereço do Autor: Marluce Miguel de Siqueira  
Author's Adress: Av. Unisinos, 950  
Caixa Postal, 275  
93.000 – SÃO LEOPOLDO – RS