

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

*Dialogando com adolescentes sobre o consumo de
álcool: um cuidado educativo de enfermagem.*

Livia Rodrigues Mendes

RIO DE JANEIRO
OUTUBRO / 2011

Livia Rodrigues Mendes

*Dialogando com adolescentes sobre o consumo de
álcool: um cuidado educativo de enfermagem.*

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, curso de mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora:

Prof.^a. Dr.^a. Maria Luiza de Oliveira Teixeira

**RIO DE JANEIRO
OUTUBRO / 2011**

Mendes, Livia Rodrigues

Dialogando com adolescentes sobre o consumo de bebidas
alcoólicas: um cuidado educativo de enfermagem / Livia Rodrigues
Mendes Rio de Janeiro – 2011.

xii, 133f.: il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –
Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna
Nery, Rio de Janeiro, 2011.

Orientador: Maria Luiza de Oliveria Teixeira

1. Adolescente 2. Cuidados de enfermagem 3. Educação em saúde 4.
Consumo de bebidas alcoólicas. I. Teixeira, Maria Luiza de Oliveira
(Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de
Enfermagem Anna Nery. Programa de Pós-graduação em Enfermagem.
III. Título.

CDD. 610.73

Dialogando com adolescentes sobre o consumo de álcool: um cuidado educativo de enfermagem.

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem, curso de mestrado da Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Rio de Janeiro, 07 de outubro de 2011.

Aprovada por:

Profa. Dra. Maria Luiza de Oliveira Teixeira
Presidente

Profa. Dra. Gertrudes Teixeira Lopes
1ª Examinadora

Profa. Dra. Neide Aparecida Titonelli Alvim
2ª Examinadora

Profa. Dra. Valéria de Oliveira Monteiro
Suplente

Profa. Dra. Ângela Maria Mendes Abre
Suplente

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, à Santíssima Trindade (Pai, filho e Espírito Santo) e à Nossa Senhora, minha “mãezinha do céu”, por toda força concedida para que eu superasse todos os desafios impostos pela vida e conseguisse me concentrar e me inspirar para construir esse trabalho, do qual eu muito me orgulho.

À minha orientadora, amiga e co-autora desse trabalho, Maria Luiza de Oliveira Teixeira, minha querida Luiza, embora agradecer seja muito pouco. Mas ainda sim, obrigada por acreditar em mim em todos os momentos, por estar ao meu lado, pensando e construindo esse trabalho junto comigo, pelas ótimas orientações na carona, no telefone, na internet. Vinícius de Moraes disse que “a gente não faz amigos, reconhece-os” e, por isso, obrigada por estar sempre presente, como orientadora e principalmente como amiga, com quem pude reconhecer a amizade desde o primeiro momento e tive liberdade para rir, chorar, brincar, e compartilhar não só minhas idéias, mas também minha vida pessoal, além de conseguirmos fazer e falar sobre tudo ao mesmo tempo e trabalhar muito bem, em conjunto. Tenho certeza de que a nossa amizade foi fundamental para que hoje tenhamos orgulho dessa dissertação.

Às professoras Neide Aparecida Titonelli Alvim, que também é diretora desta Instituição, e Gertrudes Teixeira Lopes, que estiveram presentes em todas as bancas as quais esta dissertação foi submetida, muito obrigada por permitirem que estes fossem agradáveis momentos de reflexões e aprimoramento de todo o trabalho.

À Coordenação Geral de Pós Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ e à coordenação do curso de mestrado, por primarem pela qualidade e reconhecimento do curso.

À equipe da secretaria da Pós Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ, em especial à Sonia Xavier e ao Jorge Anselmo, por todo apoio e disponibilidade para que os prazos fossem atendidos e para que eu conseguisse antecipar a defesa final desta dissertação.

Aos professores do Departamento de Enfermagem Fundamental e Departamento de Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem Anna Nery, pelo incentivo e contribuições à construção deste trabalho.

Aos membros do Nuclearte, mestrandos e doutorandos, pelo incentivo, apoio e trocas de experiências e conhecimentos, dentro e fora das salas de aula, em especial, às mestrandas Juliana e Adriana, por me apoiarem mais de perto, dividirem as idéias e partilharem as dificuldades ocorridas ao longo do curso.

À Escola Técnica Estadual Oscar Tenório, cujo corpo pedagógico (professores, diretoria, coordenação pedagógica e inspetores), que além de todo apoio e interesse, esteve sempre disponível para contribuir com o desenvolvimento da pesquisa, me acolhendo desde o primeiro contato com a escola. Tenho muito orgulho em dizer que sou ex-aluna dessa escola, que de fato, sempre foi comprometida com a formação cidadã de seus alunos e muito preocupada com os seus futuros. Foi com muita nostalgia que desenvolvi a pesquisa nesse lugar, onde vivi momentos ótimos e inesquecíveis. Obrigada a todos os professores que lembraram e se orgulharam de mim.

Aos estudantes da Escola Técnica Estadual Oscar Tenório, sujeitos e razão de ser dessa pesquisa, obrigada por toda riqueza que vocês proporcionaram.

Às acadêmicas de enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery Julyana Gall; Laís Castro; Jocielle Ramos e Izabella Kisinovsky, pela valiosa contribuição na etapa de produção de dados.

Aos meus familiares, agradeço por compreenderem todos os momentos em que estive ausente, imersa no meu mundo de dissertação, ou que tive um comportamento impaciente e até ríspido, por conta da tensão que muitas vezes esteve presente. Obrigada ainda, por sempre me incentivarem nessa caminhada. Em especial, à minha tia Alair e minha prima-irmã Márcia Inês, que compartilharam com muito carinho o momento da defesa final.

Em especial, agradeço à minha mãe, Maria, e ao meu irmão, Vinício, que compartilharam todos os momentos dessa trajetória, me dando total apoio e estrutura. Vocês viveram esse trabalho junto comigo e me sustentaram em tudo o que precisei, “me encorajaram a seguir em frente pela vida” (Vinícius de Moraes), penso que agradecer ainda é pouco, compartilhem comigo essa conquista. Também merece destaque, o meu pai, Virgílio, que além de ser responsável pela minha motivação pessoal de desenvolver esse estudo, sempre me apoiou em cada passo dos caminhos que percorri até aqui.

Ao meu amor Júlio Falcão, por amar minhas qualidades e defeitos, por sempre me admirar e, especialmente, por contribuir para o meu crescimento e fortalecimento pessoal. Segundo Fernando Pessoa, “não conheço nenhuma outra razão para amar senão amar. Que queres que te diga, além de que te amo, se o que quero dizer-te é que te amo?” Sendo assim, você que, apesar de tantos desencontros e desafios, esteve sempre por perto, me incentivando a crescer mais e mais e me estimulando a superar os maus momentos, muito obrigada por estar ao meu lado, compartilhando esta grande vitória.

À minha amiga-irmã Jennifer Souza, muito obrigada por ser minha amiga há tantos anos. Clarisse Linspector bem descreveu nossa amizade: “Com uma amiga chegamos a um tal ponto de simplicidade ou liberdade que às vezes eu telefono e ela responde: não estou com vontade de falar. Então digo até logo e vou fazer outra coisa.” Pois é, obrigada por me escutar e me dizer palavras amigas, práticas e resolutivas, por me fazer rir (sempre!) e por me incentivar e se orgulhar de mim, além de me dar muitas forças para construir esse trabalho, compartilhando comigo os melhores e piores momentos desse período tão intenso.

Às amigas enfermeiras Daiana, Danielle, Fabiana e Kelly, e demais amigos da UPA Irajá, que acompanharam de perto toda essa “luta”, trazendo muita leveza para tudo que vivi, e às enfermeiras Rita e Priscilla que, além disso, se esforçaram muito para que eu conseguisse assistir as aulas do mestrado.

E jamais poderia deixar de agradecer ao meu cachorrinho Doug, que tanto esquentou os meus pés nas longas madrugadas de inverno que passei sentada na frente do computador. Meu companheiro de tantos anos, muito obrigada por você existir na minha vida.

Enfim, tenho a feliz certeza de que precisamos uns dos outros em tudo nessa vida. E esta trajetória foi marcada pela participação de muitas pessoas, que me deram apoio, incentivo,

contribuições e carinho. No entanto, seria impossível agradecer a todos neste momento. Aos que não são contemplados aqui, sintam-se representados pelos que foram citados e saibam que nada foi esquecido e que tenho imensa gratidão por todos que estiveram comigo na construção dessa dissertação.

Este momento representa para mim uma grande vitória! Tecer esses agradecimentos me faz lembrar todo o caminho percorrido, todos os sentimentos mobilizados e todos que participaram desta etapa da minha vida. É, portanto, um momento de grande emoção. Por isso, se fez necessário que eu me estendesse nesta etapa, para manifestar o que sinto, até porque eu nunca consegui economizar nestas manifestações. Estou muito feliz, realizada e certa de que este é o início de um novo ciclo. Sendo assim, vale agradecer também a todos que utilizarão seu tempo lendo esta dissertação.

**A PAIXÃO SEGUNDO G.H. – Trecho do livro
(CLARISSE LINSPECTOR)**

***Sonhe com aquilo que você quiser.
Seja o que você quer ser,
porque você possui apenas uma vida
e nela só se tem uma chance
de fazer aquilo que se quer.***

*Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.*

***As pessoas mais felizes
não têm as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor
das oportunidades que aparecem
em seus caminhos.***

*A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam.
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem
a importância das pessoas que passam por suas vidas.*

***O futuro mais brilhante
é baseado num passado intensamente vivido.
Você só terá sucesso na vida
quando perdoar os erros
e as decepções do passado.***

*A vida é curta, mas as emoções que podemos deixar
duram uma eternidade.
A vida não é de se brincar
porque um belo dia se morre.*

RESUMO

MENDES, Livia Rodrigues. **Dialogando com adolescentes sobre o consumo de álcool: um cuidado educativo de enfermagem.** Rio de Janeiro, 2011. Dissertação (mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2011.

O objeto centra-se nos saberes e as práticas de adolescentes sobre o consumo de bebidas alcoólicas. Os objetivos são: descrever os saberes de adolescentes sobre o consumo de bebidas alcoólicas e sua relação com a dependência ao álcool; analisar como tais saberes influenciam nas relações que os adolescentes estabelecem entre o hábito de consumir bebida alcoólica e a dependência ao álcool; discutir as contribuições desses saberes e práticas dos adolescentes para o cuidado educativo de enfermagem numa perspectiva dialógica e problematizadora. Elegeram-se como bases teórico-conceituais os conceitos de Freire e Wong, e também as políticas públicas de atenção ao adolescente e de educação em saúde. A articulação desses conceitos mostrou que a dialogicidade é fundamental para se desenvolver um cuidado educativo junto aos adolescentes, para que eles capazes de decidir conscientemente sobre suas condutas. Pesquisa qualitativa cujo método foi convergente-assistencial. Os sujeitos foram doze adolescentes, estudantes do ensino médio de uma escola técnica estadual, no município do Rio de Janeiro. As etapas de produção de dados da pesquisa constaram de: aplicação de questionário socioeconômico e AUDIT; apresentação de vídeo para aquecimento dos grupos de convergência; problematização sobre o consumo de bebidas alcoólicas; avaliação do processo e elaboração de material educativo pelos adolescentes (feedback). Os dados foram analisados a partir da triangulação das diferentes técnicas de produção, passando pelos processos de apreensão, síntese, teorização (a luz dos conceitos freireanos) e transferência. Foi possível imergir nos saberes e práticas dos adolescentes sobre o consumo de bebidas alcoólicas, problematizando a sua função socializadora, refletindo sobre relação entre o contexto familiar e o consumo do álcool pelos adolescentes, e ainda dialogar sobre o autocontrole. A valorização dos saberes dos sujeitos desencadeou um momento de convergência, em que os adolescentes superaram a consciência ingênua, passando a adotar uma postura crítica frente às suas escolhas, através da problematização sobre as conseqüências do consumo de álcool para a saúde, sobre a relação entre o hábito e a dependência pelo álcool e através de uma conscientização sobre a legalidade e ilegalidade do consumo. Ainda, couberam as discussões sobre as influências do cuidado educativo no comportamento dos adolescentes e sobre a interação entre quem cuida e quem é cuidado dentro de uma metodologia participativa. Nesta pesquisa, se identificaram implicações familiares, pois o comportamento dos pais influencia o adolescente; sociais, pois o adolescente é uma categoria vulnerável; e educacionais, pois a escola é co-responsável na formação dos adolescentes. Os adolescentes apontaram carências por educação em saúde na escola. Escola afirmou que estas atividades ocorrem periodicamente. Emergiram então questionamentos sobre tais atividades. É importante saber o que impede que estas atividades sejam recebidas e reconhecidas pelos adolescentes. No entanto, devido a toda sua operacionalização, as respostas a estes questionamentos não são contempladas neste estudo, pois a construção de todo conhecimento é inesgotável. Partindo dos resultados aqui apresentados, que são frutos do método aplicado e da ótica analisada, é necessário o desenvolvimento de novas pesquisas, que possam complementar o saber aqui construído.

PALAVRAS CHAVES: Adolescente. Cuidados de enfermagem. Educação em saúde. Consumo de bebidas alcoólicas.

ABSTRACT

MENDES, Livia Rodrigues. **Dialogando com adolescentes sobre o consumo de álcool: um cuidado educativo de enfermagem.** Rio de Janeiro, 2011. Dissertação (mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 2011.

The subject focuses on the knowledge and practices of teenagers about alcohol consumption. The objectives are: to describe the knowledge of adolescents about alcohol consumption and its relationship with alcohol dependence; analyze how such knowledge influence the relationships established among teenagers in the habit of alcohol consumption and alcohol dependence; discuss the contributions of these adolescents' knowledge and practices for the care of nursing education and problem-dialogical perspective. Elected as theoretical and conceptual bases the concepts of Freire and Wong, public policy and also attention to adolescents and health education. The relationship of these concepts has shown that dialogue is essential to develop a careful education with teens, so they can decide consciously about their behavior. Qualitative research method which was convergent-care. The subjects were twelve teenagers, high school students of a state technical school in the municipality of Rio de Janeiro. The stages of production of research data consisted of: a questionnaire and socioeconomic AUDIT; video presentation for heating groups of convergence; questioning on the consumption of alcoholic beverages; process evaluation and development of educational materials for adolescents (feedback). Data were analyzed from the triangulation of different production techniques, through the process of apprehension, synthesis, theory (the light of Freirean concepts) and transfer. It was possible to immerse yourself in knowledge and practices of adolescents on the consumption of alcoholic beverages, questioning their socializing function, reflecting on the relationship between family context and alcohol consumption by adolescents, and still talk about the self. The valuation of knowledge of the subjects triggered a moment of convergence, in which adolescents outperformed the naive consciousness, adopting a critical stance in front of their choices by questioning about the consequences of alcohol consumption on health, on the relationship between habit and addiction to alcohol and through an awareness of the legality and illegality of consumption. Still, they fit the discussions on the influence of educational care in adolescent behavior and the interaction between caregivers and those who are cared for within a participatory methodology. In this research, family implications identified themselves as parents' behavior influences the adolescent, social, because the teenager is a vulnerable category, and education, because the school is co-responsible in the education of adolescents. The deficiencies pointed out by adolescent health education in school. School said that these activities occur periodically. Then questions have emerged about your business. It is important to know what prevents these activities be received and acknowledged by adolescents. However, for all its operation, the answers to these questions are not addressed in this study, since the construction of all knowledge is inexhaustible. Based on the results presented here, which are fruits of the method applied and analyzed from the viewpoint, it is necessary to develop new research, which can complement the knowledge built here.

KEY WORDS: Adolescent. Nursing care. Health education. Alcoholic drinking.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	Pág.
Figura 1 – Crise de identidade e construção da autonomia do adolescente	27
Figura 2 - Unidade dialética	32
Figura 3 – Pesquisa Convergente Assistencial	37
Figura 4 – Esquematização das etapas de produção de dados	38
Quadro 1 – Dose Padrão de Bebidas Alcoólicas	47
Figura 5 – Esquematização da trajetória dos encontros	51
Gráfico 1 - Distribuição por sexo dos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010.....	58
Gráfico 2 - Distribuição por idade dos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010	59
Gráfico 3 - Renda familiar (R\$) dos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010	59
Gráfico 4 - Número de dependentes da renda familiar dos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010	60
Gráfico 5 - Ocupação dos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010	60
Gráfico 6 - Frequência das atividades de lazer dos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010	61
Gráfico 7 - Atividades de lazer do 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010	61
Gráfico 8 - Consumo de bebidas alcoólicas pelos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010	62
Gráfico 9 - Tipo de bebida consumida pelos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010	63
Gráfico 10 - Condições em que os 8 adolescentes consumidores fazem uso de bebidas alcoólicas - Rio de Janeiro / 2010	63
Gráfico 11 - Idade em que os 8 adolescentes consumidores experimentaram bebidas alcoólicas - Rio de Janeiro / 2010	64
Gráfico 12 - Tempo de consumo dos 8 adolescentes consumidores de bebidas alcoólicas - Rio de Janeiro / 2010	64
Gráfico 13 - Consumidores de bebidas alcoólicas que convivem com os 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010	65
Gráfico 14 - Frequência de consumo de bebidas alcoólicas pelos consumidores que convivem com os 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010	66
Gráfico 15 - Pontuação no AUDIT dos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010	67
Quadro 2 – Pontuação no AUDIT e Intervenção Breve	68
Quadro 3 – Características dos grupos de adolescentes.....	73
Figura 6 – Padrões de Consumo	98

SUMÁRIO

	Pág.
CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1. Aproximação com a temática	14
2. A problemática e a construção do objeto de pesquisa	17
3. Questões Norteadoras	21
4. Objetivos	22
5. Relevância e Justificativa da Pesquisa	22
CAPÍTULO I - BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS	27
1.1. As transformações biopsicossociais da juventude: reflexos na relação entre o jovem e o consumo de bebidas alcoólicas	27
1.2. A dialética freireana no cuidado educativo ao jovem para prevenção do abuso de bebidas alcoólicas	31
CAPÍTULO II - A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO	37
2.1. Tipo de Estudo e Abordagem Metodológica	37
2.2. Trajetória da Pesquisa Convergente-Assistencial	38
2.2.1. Fase da Concepção	39
2.2.2. Fase de instrumentação	39
a) Espaço da pesquisa	39
b) Participantes da Pesquisa	42
c) Técnicas para a obtenção e análise das informações	43
2.2.3. Fase de perscrutação: estratégia para a obtenção de informações	44
2.2.3.1. Etapas para a Produção de Dados	44
2.2.3.1.1. Primeiro Encontro – Primeira Etapa	45
2.2.3.1.2. Segundo Encontro – Segunda Etapa	46
2.2.3.1.3. Terceiro Encontro	47
a) 3ª Etapa: Formação dos grupos de convergência – Aquecimento / Vídeo	48
b) 4ª Etapa: Discussão do tema / Problematização	48
c) 5ª Etapa: Feedback	50
2.2.3.2. Auxiliares de pesquisa	51
2.2.4. Fases de Análise e Interpretação dos Dados	52
2.3. Aspectos Éticos	52
2.4. Gerenciamento da pesquisa	53
CAPÍTULO III - A ESCOLA COMO CONTEXTO DOS GRUPOS DE CONVERGÊNCIA E O PERFIL DOS ADOLESCENTES	55
3.1. A Escola e sua relação com os adolescentes	55
3.2. A caracterização dos sujeitos	57
3.2.1. Os adolescentes e suas características sociodemográficas	58
3.2.2. O contexto sócio-familiar dos adolescentes e o consumo de bebidas alcoólicas	62

SUMÁRIO

	Pág.
CAPÍTULO IV - IMERSÃO NOS SABERES E PRÁTICAS DOS ADOLESCENTES SOBRE O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS	70
4.1. O comportamento dos sujeitos nas discussões em grupo	70
4.2. Problematicando a função socializadora do consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes	73
4.3. Refletindo sobre o contexto familiar e sua relação com o consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes	78
4.4. Consumo de bebidas alcoólicas: dialogando sobre o autocontrole	80
CAPÍTULO V - OS ADOLESCENTES E SUA RELAÇÃO COM O ÁLCOOL: DA CONSCIÊNCIA INGÊNUA À CONSCIÊNCIA CRÍTICA	85
5.1. Problematicando as conseqüências para a saúde dos adolescentes com relação ao consumo do álcool	84
5.2. A droga álcool: conscientização sobre a (i)legalidade do consumo	92
5.3. Problematicando a relação entre hábito e dependência pelo álcool	96
CAPÍTULO VI - O DIÁLOGO PREVENTIVO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO EDUCATIVO DE ENFERMAGEM	103
6.1. As influências do cuidado educativo no comportamento dos adolescentes: a opção por (não) mudança	103
6.2. A interação entre quem cuida e quem é cuidado dentro de uma metodologia participativa	109
CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
REFERÊNCIAS	121
ANEXO 01 – SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO.....	131
ANEXO 02 – CARTAZ DO GRUPO 1.....	132
ANEXO 03 – CARTAZ DO GRUPO 2	133
APÊNDICE A - CARTA DE APRESENTAÇÃO AOS SUJEITOS	135
APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	136
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO AUDIT	137
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA CONDUZIR O DIÁLOGO / REFLEXÃO	138
APÊNDICE E - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DO GRUPO DE CONVERGÊNCIA.....	139
APÊNDICE F – TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO (Adolescente)	140
APÊNDICE G – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Responsável Legal)	142
APÊNDICE H – CRONOGRAMA	144
APÊNDICE I – PLANO DE DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO	145
APÊNDICE J – ORÇAMENTO DA PESQUISA	146

Considerações Iniciais

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

1. Aproximação com a temática

Ao longo do curso de graduação em enfermagem, pude vivenciar em diferentes cenários de prática o desenvolvimento de um cuidado educativo¹ junto à clientela atendida. Durante os três primeiros períodos do curso², esse cuidado-educação¹ estava direcionado a clientelas supostamente sadias e visava, principalmente, a oferecer orientações relativas à adoção de hábitos saudáveis com o objetivo de prevenir o aparecimento de doenças ou hábitos nocivos à saúde.

A partir do quarto período de graduação, a clientela atendida já se encontrava em processo de adoecimento, estando hospitalizada com problemas de diferentes níveis de complexidade ou mesmo sendo atendida em ambiente ambulatorial. Nestes períodos, a educação em saúde, embora não excluísse a idéia de orientar para hábitos de vida saudável, passa a ter como foco principal o estímulo ao autocuidado de forma a prevenir os agravamentos daquele processo de adoecimento.

Aponto, portanto, a existência de uma estreita relação entre cuidado e educação. Tal relação é enfatizada por Bellato et al (2006) quando destacam que, devido ao fato da formação da enfermagem estar fundamentada no cuidado ao outro, este se dá através de um movimento dialógico e dinâmico e, através de sua dimensão humana, se torna emancipador e solidário, estando portanto ligado à educação por dimensões inseparáveis.

Durante a graduação percebi que, na maioria das vezes, as ações de cunho educativo se davam de forma mecanicista, pautadas na transferência de informações. Tais características são destacadas por Maciel (2009) como semelhantes à educação em saúde realizada de forma tradicional, em que o conhecimento é transferido de forma prescritiva, sendo feito, por exemplo, através de palestras, em que o palestrante é o detentor da voz. A principal crítica a este modelo tradicional, é que não são considerados os determinantes psicossocioculturais,

¹ O termo cuidado-educação e sua variação, cuidado educativo, são utilizados no âmbito da enfermagem fundamental e segundo consenso de autores, estes termos se referem à aplicação da educação em saúde enquanto uma estratégia de cuidado em enfermagem, que promove o diálogo e a interação e visa educar o sujeito para que ele se emancipe e tenha o controle sobre a sua vida (BELLATO et AL, 2006; ALVIM e FERREIRA, 2007; FERREIRA et AL, 2007; FERREIRA, 2008)

² Estes três períodos do curso de graduação em enfermagem e obstetrícia da Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN / UFRJ) - onde cursei a graduação- compreendem a primeira etapa curricular, em que a saúde é entendida como um estilo de vida, e a atenção está voltada para crianças e adolescentes escolares, bem como adultos (relacionados às situações de trabalho), sendo estas populações consideradas como supostamente sadias. Informações obtidas na página eletrônica da EEAN / UFRJ: www.eean.ufrj.br/graduacao.

que interferem na realidade social e nos comportamentos de saúde dos sujeitos (ALVES, 2005).

Esta vivência na graduação me despertou o interesse pelo cuidado-educação voltado para a clientela supostamente sadia, desenvolvido de forma a considerar sua realidade para poder satisfazer suas necessidades de saúde, preservando a sua autonomia e valorizando seu saber. Sendo assim, considerando estas características, posso entender que este modelo de educação em saúde proporciona “construção compartilhada de conhecimento” (CARVALHO et al, 2001, p.101).

O interesse por esta clientela se deve ao fato de entender que a educação em saúde nestes moldes tem o potencial em contribuir para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua vida. Neste sentido, “a educação em saúde deve provocar conflito nos indivíduos, criando oportunidade da pessoa pensar e repensar a sua cultura, e ele próprio transformar a sua realidade” (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004, p.761).

No curso de graduação, prestei o cuidado de enfermagem de cunho educativo através da atividade de educação em saúde ao adolescente escolar durante o segundo período e posteriormente, na qualidade de bolsista do Projeto de Extensão “Atenção Primária na área de saúde escolar: A adolescência e o adolescente como foco de atenção na enfermagem”, vinculado ao Núcleo de Pesquisa de Fundamentos do Cuidado de Enfermagem (Nuclearte), inserido no Departamento de Enfermagem Fundamental (DEF) da EEAN/UFRJ.

Na qualidade de bolsista de extensão, desenvolvi duas pesquisas convergente-assistenciais: uma desenvolvida junto ao corpo pedagógico do Programa Curricular Interdepartamental II (PCI II) – “A Saúde dos Jovens e Eu”³, cujo foco da pesquisa foi o uso e abuso de drogas entre os adolescentes escolares, e a outra, meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), que foi publicado tendo como foco especificamente o consumo de bebidas alcólicas (MENDES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010)⁴.

Nesta última (op. cit., 2010), abordei a educação em saúde voltada para o consumo de álcool entre adolescentes, identificando padrões de consumo e detectando fatores de risco e tendências para consumo de bebidas alcoólicas entre adolescentes em um bairro no subúrbio do Rio de Janeiro para então, promover discussões sobre o consumo de álcool junto a esses adolescentes.

³ Programa que aborda os fundamentos do cuidado de enfermagem, cujos sujeitos do cuidado são os adolescentes escolares, ministrada aos acadêmicos do segundo período da graduação da EEAN / UFRJ.

⁴Trabalho contemplado com o 1º Lugar do Prêmio Saúde da Criança e Adolescente, oferecido pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde da Criança, vinculado ao Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEAN/UFRJ

Ambas as investigações elucidaram que as bebidas alcoólicas, por terem seu consumo aceito e estimulado socialmente, são as drogas mais consumidas pelos adolescentes (MENDES et al, 2009) sendo este um consumo freqüente, cada vez mais precoce e por vezes de risco e nocivo. No entanto, isso é entendido por eles como um simples hábito, com cunho positivo, sem que se reconheçam em situação de risco para sua saúde (MENDES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

Evidencia-se que a vulnerabilidade aos danos à saúde do adolescente é associada aos fatores socioculturais que influenciam suas atitudes e agravada pela adoção de hábitos nocivos à saúde, indo, portanto, ao encontro do proposto por Cavalcante et al (2008), principalmente no que se refere ao uso de álcool e outras drogas.

É oportuno mencionar que ainda na graduação, pude assistir a adolescentes e adultos jovens⁵ que já se encontravam em processo de adoecimento, agravado pelo uso de drogas. Esse momento se deu durante o estágio realizado na internação psiquiátrica e o impacto do contato com esses indivíduos me fez refletir sobre a importância de uma educação em saúde em que o diálogo seja estabelecido com os adolescentes, principalmente em relação à prevenção do uso e abuso de drogas.

Sendo assim, aponto meu interesse pela educação em saúde voltada para os adolescentes, que segundo Ferreira et al (2007) é um momento de transformações biopsicossociais, o que exige novas formas de se pensar as práticas de educação em saúde para voltá-las ao adolescente.

Isto porque nesta fase ele traz inúmeros questionamentos sobre sua condição física, emocional e social, ao tempo em que ele se mostra extremamente influenciável pelas idéias que lhe são apresentadas, no entanto, essas transformações fazem deste adolescente um ser plenamente disponível a compartilhar conhecimentos sobre hábitos saudáveis de vida.

Deste modo, as práticas de educação em saúde devem considerar os jovens como cidadãos, reconhecendo sua capacidade de se posicionarem frente às situações. Através destas práticas, os jovens devem ser ouvidos e também incentivados a transformar sua realidade. Isto corresponde ao conceito de “participação juvenil” que

“busca uma forma de ajudar adolescentes e jovens a construírem a sua autonomia, através da geração de espaços e situações propiciadoras da sua participação criativa, construtiva e solidária na solução de problemas reais seja na escola, na comunidade e na vida social mais ampla (BRASIL, 2010, p. 52).

⁵ O Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), em 1999, ampliou suas ações de promoção da saúde para os sujeitos com até 24 anos de idade, contemplando a partir de então a fase da adolescência e juventude (FERNANDES, 2009), que até hoje é contemplada pela atual política de saúde em vigor - Marco legal: saúde, um direito de adolescentes (BRASIL, 2005a)

Neste sentido, concordo com Teixeira (2008) quando afirma que a educação em saúde seve como um importante instrumento para o cuidado de enfermagem, no entanto exige do enfermeiro habilidades de comunicação com as pessoas para que seja despertada uma visão crítica-reflexiva acerca do cuidado à sua saúde. Ainda, entendo que o desenvolvimento deste pensamento crítico-reflexivo é o que confere qualidade à educação em saúde. Neste sentido, a construção de saberes, através da integração das diferentes visões, contribui para o alcance dos propósitos de um cuidado de cunho educativo que seja capaz de construir uma autonomia responsável junto aos sujeitos.

Ressalto que, ainda durante a graduação, na qualidade de bolsista de iniciação científica, pesquisei sobre os fundamentos do cuidado de enfermagem em sua dimensão humanística, inserida no mesmo núcleo de pesquisa supracitado - Nuclearte. Neste sentido, vou ao encontro de Ferreira (2006), relacionando que o cuidado humano, principalmente quando se dá através da educação em saúde, exige interação entre os sujeitos (aquele que cuida e aquele que é cuidado; educador e educando) através de uma relação dialógica, que permite conhecer o outro integralmente e traçar uma abordagem direcionada para as suas demandas.

Vale mencionar que as experiências vivenciadas na graduação, tanto na assistência durante os estágios, como na realização de pesquisas, alimentaram minhas inquietações sobre as situações-problemas do uso e abuso de bebidas alcoólicas na juventude no contexto da prevenção desse hábito através de um cuidado de enfermagem de cunho educativo, para promover o desenvolvimento saudável dessa fase da vida.

A associação das práticas assistenciais às investigativas teve papel fundamental no esclarecimento de questões que embasam o projeto em tela. No entanto, para contribuir significativamente para as ações de enfermagem na educação em saúde do adolescente em relação à prevenção do uso e abuso de bebidas alcoólicas, é necessário aprofundar questões levantadas na realização das atividades anteriores, o que problematiza o presente estudo.

2. A problemática e a construção do objeto de pesquisa

O álcool é a droga mais consumida em todo o mundo, cuja dependência acomete 10-12% dessa população (BRASIL, 2010; FURTADO e YOSETAKE, 2005). No Brasil, o seu consumo está inserido culturalmente e, entre os adolescentes, tem se tornado cada vez mais freqüente e com uma alta prevalência. Devido ao fato do seu uso abusivo estar sempre associado a injúrias, este ameaça a qualidade de vida desses adolescentes, sendo considerado

um grave problema de saúde pública (PAIVA; RONZANI, 2005; VINAGRE; LIMA, 2006; LIMA et al, 2008).

Em 2007, o I Levantamento Nacional sobre os Padrões de Consumo de Álcool na População Brasileira revelou que consumo de bebidas alcoólicas tem se iniciado precocemente (em média aos 13 anos de idade), sendo que 24% dos jovens menores de 18 anos consomem o álcool pelo menos uma vez ao mês e 30% dos jovens apresentam o comportamento denominado “beber em binge ⁶” pelo menos duas vezes ao ano (LARANJEIRA et al, 2007, p. 45).

Em 2008, dentre a população brasileira que apresentou consumo abusivo de álcool, 20,2% estavam na faixa etária entre 18 e 24 anos. Entre 2005 e 2006, as causas externas (homicídios e/ou acidentes de transportes) representaram 52,5% das causas de óbitos na população brasileira com faixa etária entre 10 e 24 anos. (BRASIL, 2008). Estes dados respaldam que o uso e abuso do álcool “têm sido uma das principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidade na adolescência, a exemplo dos acidentes, suicídios, violência.” (BRASIL, 2005a, p. 10).

Sendo assim, o consumo do álcool entre adolescentes pode trazer conseqüências que comprometam o futuro dos jovens, como o rompimento de laços afetivos e o abandono escolar, o que acontece com índices elevados. Ainda assim, o consumo do álcool é estimulado socialmente. Sem que haja informações suficientes sobre “saber beber com responsabilidade e as conseqüências do uso” que contemplem essa população (BRASIL, 2004, p. 12).

Ainda, na pesquisa que realizei anteriormente vou ao encontro dessas afirmativas supracitadas (op. cit., 2004), pois aponto para uma questão preocupante a ser discutida com os adolescentes: para eles, a dependência por bebidas alcoólicas não é compreendida como tal, havendo uma dificuldade de entendimento no que sejam dependência e hábito (MENDES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

Isto porque embora alguns sujeitos já apresentassem características de dependência por bebidas alcoólicas, tais como: consumo além do pretendido; necessidade de aumentar as doses para obter o mesmo efeito; diminuição do tempo dedicado ao lazer, trabalho ou escola para obter ou consumir psicoativos (consumir bebidas alcoólicas se tornou a principal atividade de lazer dos adolescentes estudados), eles entendiam esse padrão como um hábito,

⁶ O “beber em binge” está relacionado ao consumo de maior risco em um curto espaço de tempo. Ou seja, para o sexo masculino: o consumo de mais que 5 doses de álcool em uma ocasião; para o sexo feminino: o consumo de mais que 4 doses em uma ocasião.

vinculado às situações positivas, como a socialização e diversão, não reconhecendo os riscos dessas práticas (MENDES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

Segundo Pereira (2001), a dependência é caracterizada a partir de sete parâmetros, dos quais o indivíduo deve se encaixar em pelo menos três para ser considerado dependente. São eles:

compulsão pelo uso; consciência da compulsão; consumo além do pretendido; tentativas sem sucesso para reduzir a quantidade de consumo; diminuição do tempo dedicado ao lazer, trabalho ou escola para obter ou consumir psicoativos; consumo para aliviar abstinência; necessidade de aumentar as doses para obter o mesmo efeito (PEREIRA, 2001, p.112).

Ainda, a autora (op. cit., 2001) padroniza termos fundamentais para o entendimento desta relação entre hábito e dependência, como: uso/experimentação (que não traz conseqüências para a vida deste adolescente), abuso (cujas conseqüências virão em longo prazo) e dependência (que é a evolução do abuso).

Considerando que o álcool faz parte da realidade dos adolescentes, seja através do uso ou do meio social (FIGUEIREDO; AYRES, 2002) e que a adolescência é uma fase de crises de identidade (WONG, 1999), é possível compreender a vulnerabilidade desses indivíduos aos riscos proporcionados pelo uso indevido do álcool.

Deste modo, entendo que a escola pode ser um importante fator de proteção para esse jovem, uma vez que ela exerce papel fundamental na formação da personalidade do indivíduo, pois neste ambiente o adolescente vivencia as suas experiências de interação grupal, bem como de relacionamento com novas autoridades, que não fazem parte do meio familiar (SUDBRACK e DALBOSCO, 2005).

Neste sentido, compete à escola assumir seu papel formador influenciador sobre o adolescente em desenvolvimento (op. cit). Por isso, as ações educativas direcionadas ao jovem, devem, através da sua participação, estimular a sua autonomia para exercer direitos e cumprir deveres, formando-se um cidadão capaz de transformar sua realidade, tornando-o menos vulnerável aos riscos à sua saúde.

Diante da situação da situação apresentada, se faz necessário desenvolver um cuidado educativo através da relação dialógica junto aos adolescentes, para que eles possam refletir sobre o consumo de bebidas alcoólicas e a sua relação com a dependência ao álcool, de modo que sejam capazes de tomar decisões conscientes sobre suas condutas.

Cavalcante (1997) destaca que o trabalho com drogas pode vir a ser feito em três níveis - prevenção, repressão e tratamento. A prevenção, nível que pretendo dar destaque com a realização deste estudo, divide-se em duas etapas: prevenção primária que procura

desestimular a primeira experiência dos não iniciados e a prevenção secundária que busca prevenir o aprofundamento do uso experimental.

Para tais ações, é necessário oferecer aos adolescentes um espaço onde seja possível problematizar a questão acima referida, qual seja, relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a dependência ao álcool. Concordo com Zanotto e De Rose (2003, p.47) quando dizem que “problematizar significa ser capaz de responder ao conflito que o problema traz de forma intrínseca e que o sustenta” ou, nas palavras de Paviani (1991, p. 63): “é a necessidade de solução de conflitos que marca e delimita o problema”.

Aposto que a escola, devido ao seu caráter formador de cidadãos, possa ser este espaço onde seja possível problematizar junto aos adolescentes, questões referentes à promoção da saúde, incluindo o uso e abuso do álcool. Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c), a saúde é qualidade de vida e, portanto, encontra-se vinculada aos direitos humanos, ao direito ao trabalho, à moradia, à educação, à alimentação e ao lazer. A escola é um espaço onde se constituem os cidadãos desses direitos, por meio de práticas realizadas por sujeitos sociais críticos e criativos, capazes de construir conhecimentos, relações e ações que fortalecem a participação das pessoas na busca de vidas mais saudáveis (ZILS et al, 2009).

Desta forma a escola é um importante ambiente de aprendizagem para o adolescente, não só de conteúdos curriculares, mas também perpassa pela aquisição de conceitos, valores relacionados à saúde, bem como no exercício do pensar crítico e reflexivo sobre sua própria saúde.

Penso que a problematização deva acontecer a partir da realidade que cerca o sujeito (adolescente); da busca de explicação e solução que vise transformar aquela realidade pela ação do próprio sujeito. Assim sendo, “o sujeito, por sua vez, também se transforma na ação de problematizar e passa a detectar novos problemas na sua realidade e assim sucessivamente” (ZANOTTO; DE ROSE, 2003, p. 48). Esta metodologia de problematização se fundamenta em Freire (2008).

A proposta é que esta problematização seja sensível às necessidades subjetivas e culturais dos adolescentes. Para tanto, reconhece-se a necessidade de associar as estratégias comunicacionais informativas e a adoção de uma pedagogia dialógica. A proposição de práticas educativas sensíveis às necessidades dos adolescentes insere-se no discurso emergente de educação em saúde – o modelo dialógico.

No entanto, para esta proposta se tornar efetiva há que se lançar mão de um recurso por meio do qual se viabilize o diálogo entre profissional de saúde e adolescente para que ocorra a problematização da situação em estudo. Para que isto ocorra se faz necessário que

haja um intercâmbio entre o saber técnico-científico (profissional) e o popular (senso comum). Tal recurso estaria situado no campo do cuidado educativo com a intenção de promover o envolvimento dos adolescentes nas decisões à sua própria saúde e naquelas concernentes aos grupos sociais aos quais eles pertencem. Este destaque se dá pelo fato de que:

indivíduos conscientes sejam capazes de se responsabilizar pela sua própria saúde, não apenas no sentido da sua capacidade para tomar decisões responsáveis quanto à saúde pessoal, mas, também, em relação à sua competência para articular intervenções no ambiente que resultem na manutenção da sua saúde. Um outro pressuposto é o de que, para atingir tal nível de participação, o processo educacional utilizado deve contemplar uma relação igualitária entre educando e educador, um reconhecendo o valor do outro no diálogo pedagógico estabelecido. (OLIVEIRA, 2005, p. 428)

Para tanto, se faz necessário acessar *os saberes e as práticas de adolescentes sobre o consumo de bebidas alcoólicas*, que se configura como **objeto do estudo**, para que se possa desenvolver junto aos mesmos um cuidado-educativo aderente às suas necessidades, congruente com a realidade sócio-cultural, e efetivo no alcance da finalidade de proporcionar a capacidade de tomar decisões responsáveis quanto à saúde pessoal relativo ao consumo de bebidas alcoólicas.

De acordo com Santos (2007), é necessário que os educandos, neste estudo, os adolescentes, reflitam e consigam interagir com as situações reais do seu cotidiano, realizando assim um processo de contextualização que o levará ao desenvolvimento de atitudes e valores, sendo capaz de tomar decisões responsáveis diante de situações reais.

Isso pode ser desenvolvido em uma abordagem temática, em que o diálogo é essencial para a reflexão das situações existenciais, consolidando-se assim a educação como prática da liberdade, em que, a partir desta reflexão, educador (neste estudo, a pesquisadora) e educando (os adolescentes) se tornam capazes de “atuar sobre sua realidade social para transformá-la” (FREIRE, 2008, p. 12).

3. Questões Norteadoras

- Quais são os saberes dos adolescentes sobre o consumo de bebidas alcoólicas e sua relação com a dependência ao álcool?

- Como esses saberes influenciam o consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes?

- De que modo o acesso a esses saberes e práticas dos adolescentes pode orientar o cuidado-educativo de enfermagem numa perspectiva dialógica e problematizadora?

4. Objetivos do Estudo

Para responder as questões que norteiam esta pesquisa, são traçados os seguintes objetivos:

- Descrever os saberes de adolescentes sobre o consumo de bebidas alcoólicas e sua relação com a dependência ao álcool.

- Analisar como tais saberes influenciam nas relações que os adolescentes estabelecem entre o hábito de consumir bebida alcoólica e a dependência ao álcool.

- Discutir as contribuições desses saberes e práticas dos adolescentes para o cuidado educativo de enfermagem numa perspectiva dialógica e problematizadora.

5. Relevância e Justificativa da Pesquisa

Esta pesquisa se configura como um importante respaldo científico para as práticas assistenciais relacionadas ao consumo nocivo do álcool, pois aborda como os saberes dos adolescentes sobre o consumo de bebidas alcoólicas influenciam as suas práticas com relação a este consumo, discutindo a possibilidade de se englobar uma estratégia problematizadora para a prática assistencial de enfermagem a estes sujeitos.

Estas considerações vão ao encontro das recomendações da Declaração de Brasília sobre Políticas Públicas do Álcool (CISA, 2006), que considera alto e crescente o nível de consumo de álcool, havendo uma necessidade urgente de implementação e avaliação de estratégias de saúde que reduzam as consequências negativas do uso nocivo do álcool, que é considerado uma ameaça à saúde pública, sendo responsável por danos físicos e mentais, bem como por mortes violentas, principalmente quando relacionado aos adolescentes.

Neste sentido, ressalto que a proposta de desenvolver o presente estudo a partir de uma metodologia participativa de cunho preventivo é incentivada pela Política Nacional sobre o álcool – PNA (BRASIL, 2007) e permite que o pesquisador se aproxime da prática assistencial. A partir desta relação mais estreita, é possível investigar o problema de pesquisa e neste mesmo contexto, propor diferentes estratégias para solucioná-lo. Assim sendo, esta aproximação pode contribuir para a assistência de enfermagem ao adolescente.

Entendo, portanto, que a maneira como esta pesquisa foi conduzida é relevante para os adolescentes, pois devido às características inerentes a esta fase da vida, se faz necessário que as práticas de saúde sejam repensadas e que a educação em saúde seja um processo construído em conjunto com esta clientela, de modo a viabilizar seu envolvimento ativo, a partir da promoção de discussões e construção de saberes.

Isto traz a oportunidade de os sujeitos expressarem suas dúvidas/inseguranças e contribui para que eles construam a maneira mais saudável de lidar com a problemática em questão, sendo estas características que colaboram com a eficácia das ações de promoção da saúde (BRASIL, 2005a). Desta maneira, ao promover a participação dos adolescentes em ações educativas e adequá-las à realidade dos sujeitos, este estudo desenvolve estratégias propostas pelas políticas de atenção à saúde do adolescente, desde a implementação do PROSAD (BRASIL, 1996) e contempla suas diretrizes ao garantir um espaço livre para a problematização de assuntos de interesse desses adolescentes.

Neste ínterim, aponto que o projeto em tela são abordadas as práticas de educação em saúde a partir do pensamento de Freire (2008), que incorpora uma educação problematizadora, que é crítica e exige diálogo entre educador e educando, para que haja reflexão e construção de novos saberes, preservando a autonomia de ambas as partes. Assim, será de relevância para os estudos relacionados a educação em saúde e ao cuidado educativo de enfermagem

Considerando que as atividades educativas realizadas pelo enfermeiro necessitam de estratégias inovadoras e diferenciadas (TEIXEIRA, 2008), principalmente no que se refere ao cuidado educativo ao adolescente, esta pesquisa é relevante para o profissional de enfermagem na medida em que a proposta de uma prática dialógica torna possível ampliar a aplicação de métodos participativos junto a esta clientela, de modo a fortalecer o papel do enfermeiro enquanto educador e promotor da saúde, bem como favorecer sua autonomia dentro da equipe de saúde.

O projeto em tela contribui para o avanço das discussões científicas na área de fundamentos do cuidado de enfermagem, uma vez que aborda o estilo de vida dos adolescentes para o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem de cunho educativo, com vistas à promoção de sua saúde. A partir da metodologia participativa aqui desenvolvida, que alia a produção de dados à prática assistencial, há interação entre enfermeira e adolescentes para o desenvolvimento da assistência através do cuidado educativo.

Ainda, considerando que o projeto foi desenvolvido no âmbito escolar, que é o ambiente social dos adolescentes, Silva (2006) afirma que eles solicitam a participação do

corpo pedagógico das escolas nas ações de prevenção, mas que, sozinha, a escola não conseguirá alcançar isso. Assim, resalto a relevância desta pesquisa para esse grupo profissional, pois aqui são destacadas estratégias de educação para os adolescentes a partir da problematização, que poderá levá-los à tomada de consciência crítica sobre os assuntos abordados.

Ainda, ao realizar uma revisão das produções científicas existentes sobre a educação em saúde para prevenção do uso e abuso de bebidas alcoólicas entre jovens / adolescentes, evidenciei que dentre a vasta produção bibliográfica sobre a saúde do adolescente, os estudos que tratam da temática de álcool e drogas estão concentrados em identificar comportamentos e fatores de risco, bem como padrões de consumo de álcool e drogas, ou em avaliar estratégias de intervenções, as quais estão voltadas em sua maioria para as situações em que a relação dos adolescentes com a bebida alcoólica já se encontra em uma fase problemática.

Esclareço que a busca por produções científicas foi realizada nas bases de dados científicos e bibliotecas virtuais (Medline, Lilacs, Adolec, Scielo Brasil, Banco de teses da CAPES e da UFRJ). Foram utilizados os descritores / operadores booleanos: "JOVEM" or "adulto JOVEM" or "saude do JOVEM" or "adolescente" or "comportamento do adolescente" or "desenvolvimento do adolescente" or "psicologia do adolescente" or "saude do adolescente" or "servicos de saude do adolescente" or "adolescentes" or "saude dos adolescentes" or "servicos de saude para adolescentes" and "educacao em saude" and "abuso de alcool" or "intoxicacao por alcool" or "transtornos do sistema nervoso induzidos por alcool" or "transtornos do sistema nervoso por abuso de alcool" or "transtornos induzidos por alcool" or "transtornos induzidos por abuso de alcool" or "transtornos relacionados ao uso de alcool" or "intoxicacao por alcool cronica" or "transtornos induzidos por alcool do sistema nervoso" or "intoxicacao alcoolica" or "intoxicacao alcoolica cronica" or "consumo de bebidas alcoolicas" or "alcoolismo" e seus sinônimos em inglês (na biblioteca Medline).

A partir desta busca, foram encontrados 186 artigos, que foram analisados e somente as pesquisas científicas que abordavam a temática sobre “educação em saúde junto aos adolescentes enquanto estratégia de prevenção ao consumo abusivo de álcool / dependência precoce ao álcool” foram selecionados (23 artigos).

Desta forma, de todas as produções científicas selecionadas a partir das buscas realizadas, apenas 12,3% destas tinham por foco de atenção estratégias preventivas com relação ao uso do álcool, aproximadamente 3% eram abordadas qualitativamente e somente 1% tinha como proposta uma metodologia participativa que interviesse na realidade dos adolescentes.

Embora na PNA (BRASIL, 2007) se privilegie as ações educativas de cunho preventivo e se apóie as pesquisas sobre esta temática, a partir dos dados relativos à revisão, aponto que há uma fragilidade, no que se refere às produções científicas que tem o foco em ações preventivas. Isto vai ao encontro de Monteiro (1999), ao afirmar que as intervenções relacionadas ao uso do álcool têm sua atenção voltada para situações já problemáticas.

Desta maneira, esta pesquisa tem relevância para o ensino, pesquisa e assistência, e insere-se no Nuclearte, do DEF da EEAN / UFRJ, que apresenta como uma de suas áreas de domínio os Cuidados Fundamentais e Tecnologias de Enfermagem, que em sua ementa contempla *“procedimentos técnicos, clínicos e interativos próprios da assistência de enfermagem para o ensino e pesquisa”*.

Nesta pesquisa, ao abordar a educação em saúde que utiliza a problematização da relação entre consumo de bebidas alcoólicas e dependência ao álcool pelos adolescentes entendo estar contribuindo com a aplicação dos conceitos inerentes ao campo da enfermagem fundamental e, ainda, promovendo discussões importantes no que pese os procedimentos interativos próprios ao cuidado de enfermagem. Sendo assim, a pesquisa deverá contribuir com a ampliação do conhecimento da enfermagem fundamental e, como consequência, para o fortalecimento da linha de pesquisa do Nuclearte.

Capítulo I

Bases Teórico- Conceituais

CAPÍTULO I

BASES TEÓRICO-CONCEITUAIS

1. 1. As transformações biopsicossociais da juventude: reflexos na relação entre o jovem e o consumo de bebidas alcoólicas

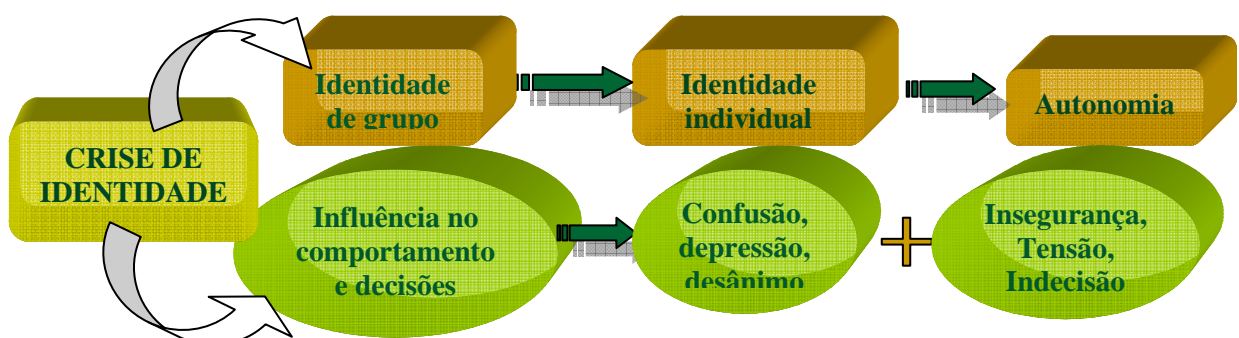
Para o presente estudo se faz necessário compreender que a adolescência é um período da vida caracterizado por intensas transformações no crescimento e desenvolvimento, que inicialmente, se manifestam anatomofisiologicamente, e incluem mudanças de ordem psicológica e social (BRASIL, 1996, 2005a). Sendo assim, a passagem da adolescência para a vida adulta é considerada um “processo complexo de emancipação” (op. cit. 2010, p. 46).

Wong (1999), ao abordar a Teoria Psicossocial do Desenvolvimento, afirma que a adolescência se inicia com o estabelecimento da puberdade, é marcada por uma crise de identidade a qual o adolescente vivencia e se estende até o alcance da estabilidade física e emocional deste jovem. Nesta crise de identidade, o adolescente busca a formação de sua identidade de grupo para, a partir daí, construir a sua identidade pessoal, que é considerada por ele, como sendo o passaporte para a sua autonomia.

Neste sentido, é fundamental para o adolescente se identificar com o seu grupo de amigos e ser aceito por eles. No entanto, esta expectativa exerce grande influência sobre o comportamento e decisões que o adolescente venha a tomar sobre a sua vida, sendo considerado, portanto, uma etapa de crise de identidade, marcada por “períodos de confusão, depressão e desânimo”.

E até que o adolescente construa sua identidade pessoal e se estabilize emocionalmente, ele está “sujeito a excesso de emoção, e, quando ela se expressa, seus comportamentos refletem as sensações de insegurança, tensão e indecisão” (op. cit., 1999, p. 420). Segue a figura 03, que esquematiza este processo de crise de identidade e construção da autonomia.

Figura 1 – Crise de identidade e construção da autonomia do adolescente



Segundo Brasil (2010), neste contexto de construção da identidade, são formados os valores, os hábitos e as atitudes do adolescente, que passa a valorizar o comportamento do grupo no qual se identifica, distanciando-se naturalmente dos pais. Assim, Oliva (2004, p.357), considera que:

ainda que, durante a adolescência, a família continue ocupando um lugar preferencial como contexto socializador, à medida que os adolescentes vão desvinculando-se de seus pais, as relações com os companheiros ganham em importância, em intensidade e em estabilidade e o grupo de iguais passa a ser o contexto de socialização mais influente.

Vale ressaltar a diferença entre os fenômenos: Puberdade, o qual é considerado universal, se referindo especificamente às mudanças fisiológicas que ocorrem de forma semelhante em todos os indivíduos ao passar pela adolescência (entendida como fase inicial da juventude); e a adolescência, que se trata de um fenômeno singular, em que cada indivíduo tem uma vivência distinta, influenciada por fatores socioculturais, sexuais e ideológicos que interferem na maneira como o jovem vivencia suas transformações psicossociais (BRASIL, 2005a).

Destaco, portanto, que essas transformações afetam o comportamento do jovem, que passa a ter características como “curiosidade, impetuosidade, idealismo e contestação” (op. cit., 1996, p. 24), de modo a despertar-lhe a necessidade de desafiar as situações as quais se depara. Desta maneira, a sociedade, que exige maiores responsabilidades e também maturidade dos adolescentes (op. cit. 2010), passa a estigmatizá-los como sendo instáveis e imprevisíveis, além de associá-los a posturas irresponsáveis, considerando-os como “um problema social a ser resolvido” (op. cit., 2005a p. 08).

Assim sendo, nota-se um despreparo da sociedade para lidar com os conflitos vivenciados pelo jovem, principalmente quando se trata do ambiente escolar, onde geralmente o jovem passa a maior parte do seu tempo. Segundo o PROSAD (op. cit., 1996), o sistema escolar precisa traçar novas estratégias para compreender a problemática deste jovem escolar, visto que a escola ainda não está preparada para atender às especificidades desta faixa etária, principalmente quando se refere às suas questões de saúde, que estão diretamente envolvidas nas transformações pelas quais o jovem passa.

Ainda, aponto que a mesma situação é observada com relação à atenção ao jovem na área da saúde, cabendo considerar que:

o adolescente vivencia essas mudanças e enfrenta processos conflituosos que, muitas vezes não ganham uma escuta sensível, nem por parte da família, nem por parte dos profissionais, haja vista não haver, ainda, na área da saúde em especial, um incremento à formação de profissionais para atender a essa faixa etária específica (FERREIRA, 2008, p.208).

Entendo que esses conflitos, sejam eles de ordem, biológica, psicológica ou social, são agravados pelo modo depositário - em que apenas se transmite uma orientação a ser seguida sem se preocupar com a conscientização de quem simplesmente recebe a informação, ou seja, as idéias são depositadas no outro - através do qual os adolescentes são orientados com relação a seus comportamentos, o que os influencia a, equivocadamente, expor-se a situações de risco à sua saúde.

Compreendidas estas questões, considero que o comportamento dos adolescentes com relação às situações de risco, destacando-se aqui o consumo abusivo de álcool, está associado a uma grande exposição aos agravos na sua saúde, o que os leva a condição de estarem vulneráveis a estes agravos.

Destaco, portanto, um conceito de vulnerabilidade, que “significa a capacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos.” (BRASIL, 2005a, p. 09).

Calazans et al (2006) considera que a vulnerabilidade de uma pessoa está diretamente relacionada à consciência que ela tem sobre as consequências danosas que seu comportamento pode ter e ao poder de transformar esse comportamento a fim de evitar os danos. No entanto, estes aspectos dependem do acesso à informação e da necessidade de se expressar livremente e ser ouvido.

Entendendo que os adolescentes são vulneráveis às situações de risco à saúde, Muza et al (1997) consideram que o consumo de bebidas alcoólicas agrava essa situação. Isso se justifica pelo fato de os adolescentes estarem mais susceptíveis aos agentes psicotrópicos como as bebidas alcoólicas, devido ao fato do sistema nervoso central ainda passar por um processo de formação (SILVA, MATTOS, 2004). No entanto, tem-se observado que o consumo de bebidas alcoólicas integra a vida social dos adolescentes (op. cit. 1997; MENDES, TEIXEIRA, FERREIRA, 2010).

Embora a lei nº 8.069 / 1990 proíba a venda ou o fornecimento gratuito de bebidas alcoólicas aos indivíduos que tenham menos de 18 anos (BRASIL, 1990) e a intensificação da fiscalização do seu cumprimento seja incentivada pela PNA (op. cit., 2007), os adolescentes não enfrentam dificuldades para comprar e consumir bebidas alcoólicas, havendo um alto consumo dessa substância (op. cit., 2010). Neste ínterim, ressalto que, para fins conceituais

é considerada bebida alcoólica aquela que contiver 0.5 grau Gay-Lussac⁷ ou mais de concentração, incluindo-se aí bebidas destiladas, fermentadas e outras preparações, como a mistura de refrigerantes e destilados, além de preparações farmacêuticas que contenham teor alcoólico igual ou acima de 0.5 grau Gay-Lussac (BRASIL, 2007b, p. 38).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a), os adolescentes iniciam o consumo regular de álcool, em média, a partir dos 14 anos, ainda, que 24% bebem, no mínimo, uma vez ao mês, 13% dos adolescentes brasileiros apresentam um padrão de consumo considerado intenso (bebem ao menos uma vez por semana, consumindo ou não mais de cinco doses por ocasião) e 30% já consumiram bebidas alcoólicas em quantidades arriscadas (mais que cinco doses por ocasião) em duas vezes no mês, ou mais.

A este beber de risco, com o consumo de mais que cinco doses por ocasião, denomina-se “beber em Binge” e esse comportamento reafirma o agravo que a bebida alcoólica traz à vulnerabilidade do jovem aos riscos de saúde, expondo-o a acidentes de trânsito, a situações de violência, a doenças sexualmente transmissíveis e ao uso de outras drogas (BRASIL, 2007a, p. 44). Ainda, pode acarretar em abandono escolar e aproximação a condutas anti-sociais.

Mediante a situação exposta, considero que a proteção dos adolescentes contra o uso abusivo e a dependência ao álcool, buscando, deste modo, reduzir a morbimortalidade juvenil, deve ser entendida como um compromisso ético de toda a sociedade. Assim sendo, desde o PROSAD (FERNANDES, 2009) a promoção da saúde dos adolescentes, através da detecção precoce dos grupos de risco e dos agravos à saúde é um objetivo importante a ser alcançado.

Ainda, a “atenção integral no uso abusivo de álcool e outras drogas por pessoas jovens” é contemplada como um dos eixos fundamentais das Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, em que as ações de promoção à saúde pautadas na participação juvenil são incentivadas (BRASIL, 2010, p. 94).

Para tanto, é necessário identificar os fatores de risco e de proteção ao abuso do álcool, sendo entendido que “os maiores fatores de risco apresentados são a falta de habilidade de convivência com grupos e a disponibilidade de álcool e drogas na escola e nas redondezas” e que os fatores de proteção são encontrados no ambiente escolar, quando este apresentar “regras claras e consistentes sobre a conduta considerada adequada”, desde que essas normas

⁷ Entende-se por Grau Gay-Lussac, a graduação alcoólica de uma bebida, que é medida através da sua percentagem de álcool. Assim, 0.5 grau Gay-Lussac significa que há 0.5 litros de álcool puro para cada 100 litros de mistura, ou seja, há 0.5% de álcool puro.

sejam construídas com a participação dos estudantes a partir de um processo educativo que objetive a responsabilização dos adolescentes (BRASIL, 2004, p. 27).

Neste ínterim, o autor considera que a educação é a principal estratégia para a prevenção ao abuso e dependência ao álcool, afirmando que:

o planejamento de ações preventivas relativas ao uso de álcool e drogas deve obrigatoriamente considerar a mudança de relação na proporção de ocorrência entre buscar minimizar a influência de fatores de risco sobre a vulnerabilidade dos indivíduos para tal uso; sinergicamente, também deve considerar o reforço dos fatores de proteção (op. cit., 2004, p. 28).

Assim, é fundamental compreender que cada adolescente tem a sua singularidade, emergindo a idéia de um cuidado individual, não mais com uma posição generalista e depositária das práticas de educação em saúde voltadas para a juventude. Segundo Lopes et al (2007), este enfoque deve ser substituído por uma postura de conscientização, em que as orientações sejam feitas através de discussões junto aos adolescentes.

Compreendendo que o álcool é uma droga lícita, sendo naturalmente considerada como um hábito adotado por toda a sociedade e atingindo a comunidade escolar, os autores (op. cit., 2007) afirmam que a escola deve ter suas ações preparadas para as transformações inerentes da adolescência, ciente de que os riscos à saúde, decorrentes do consumo abusivo dessas drogas, podem ser reduzidos na medida em que os adolescentes se conscientizam.

1.2. A dialógica freiriana no cuidado educativo ao jovem para prevenção do abuso de bebidas alcoólicas

Inicialmente, aponto que esta pesquisa segue orientada pela relação dialética, que visualiza a realidade por diferentes ângulos que se interrelacionam no ato de reflexão. Neste sentido, no estudo em tela pretende-se restituir a palavra aos indivíduos para que tenham um modo de pensar próprio, entendendo que “o educador já não é o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa.” (FREIRE, 2005, p. 78).

Ressalto, portanto, que o presente estudo está fundamentado no pensamento de Paulo Freire, remetendo a sua preocupação com a necessidade do sujeito “atuar sobre a sua realidade social para transformá-la, ação que é interação, comunicação, diálogo.” (FREIRE 2008, p.12). Neste sentido, os sujeitos se tornam capazes de criar uma nova realidade, a partir da tomada de consciência crítica.

É importante considerar que, segundo o autor (op. cit., 2008), esta passagem da consciência ingênua para a consciência crítica se dá exclusivamente através da práxis, que é a

relação entre ação e reflexão, de modo que a teoria só se revela na prática, ou seja, o conhecimento se concretiza na prática, sendo esta a unidade dialética que permanentemente constitui o modo de transformar a realidade humana.

Partindo destes pressupostos, destaco que a promoção da saúde é entendida como um conjunto de ações para promover mudanças comportamentais com a finalidade de diminuir os riscos à saúde dos indivíduos e isso se dá através da troca de informações e envolve o compartilhamento de responsabilidades, de modo que, o indivíduo, participando deste diálogo preventivo, se torna responsável por suas escolhas (BRASIL, 2004), pois passa a ter uma visão crítica sobre determinado assunto.

Considero que as ações de promoção da saúde compartilham informações com o indivíduo que lhe conferem autonomia para decidir sobre a sua qualidade de vida, principalmente, em se tratando de grupos vulneráveis, como os adolescentes que, através das suas participações nestas ações, garantem o seu direito à liberdade, além da construção da cidadania, da autonomia, autoestima, assertividade e projeto de vida juvenil (BRASIL, 2005a, p. 18).

Segundo Calazans (2006), para reduzir a vulnerabilidade dos adolescentes, as ações de saúde voltadas para este fim devem atuar intersetorialmente, principalmente articulada à educação, de modo a compartilhar as informações para que os sujeitos, mais do que simplesmente alertados, tenham autonomia para tomar decisões que os protejam dos riscos à saúde. Há, portanto, um caráter construtivista nesta abordagem, de modo que os adolescentes possam construir alternativas que superem seus comportamentos de risco, levando a uma mudança que se inicie a partir deles mesmos.

Estes pressupostos vão ao encontro da obra de Paulo Freire, em que, a partir da participação dos sujeitos no diálogo tem-se a tomada de consciência crítica (conscientização) a partir da problematização, observando-se a promoção de autonomia; que leva a emancipação e empoderamento do indivíduo, garantindo, portanto a sua cidadania. (FREIRE, 2007, 2008).

Na medida em que valorizam o diálogo como instrumento para a transformação da realidade social dos sujeitos, em que este se dá através da imersão no universo cultural deste sujeito, essas categorias de Freire se aproximam dos princípios propostos no método aplicado nesta pesquisa, a pesquisa convergente-assistencial (TRENTINI; PAIM, 2004), sendo eles: dialogicidade, interfacialidade e imersibilidade, que serão melhor descritos na trajetória metodológica deste estudo.

Vale retomar que, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), favorecer a participação juvenil é fundamental para que qualquer estratégia de prevenção seja eficaz. Assim, uma das estratégias de promoção da saúde é a participação dos adolescentes em ações educativas, permitindo que eles se reconheçam dentro do seu contexto sociocultural, sendo esta uma das áreas prioritárias do PROSAD (BRASIL, 1996). Neste sentido, ressalto que a educação só é um instrumento válido se for estabelecida através de uma relação dialética com o contexto sociocultural desse adolescente. Assim, deve ser:

uma educação que procura desenvolver a tomada de consciência e a atitude crítica, graças à qual o homem escolhe e decide, liberta-o em lugar de submetê-lo, de domesticá-lo, de adaptá-lo, como faz com muita frequência a educação em vigor num grande número de países do mundo, educação que tende a ajustar o indivíduo à sociedade, em lugar de promovê-lo em sua própria linha (FREIRE, 2008, p. 40).

Ressalto que o conceito de educação em saúde se refere a todos os modelos de educar, inclusive o modelo transmissional. Neste estudo, considero a educação em saúde em seu modelo popular – a educação popular em saúde que, segundo Vasconcelos (2004), valoriza o saber do educando, enfatizando a interação cultural entre os sujeitos, para que o conhecimento seja compartilhado. Assim sendo, este modelo de educação em saúde “é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população.” (op. cit., 2004, p. 68).

Neste sentido, a educação em saúde, enquanto estratégia de cuidado é considerada uma ferramenta fundamental para as ações do enfermeiro na atenção ao jovem na medida em que sua condução o leve a refletir sobre a temática abordada e construir saberes, o que o torna capaz de tomar decisões sobre seus hábitos e sobre a manutenção de um estilo de vida saudável (FERREIRA, 2008; CAVALCANTE et al, 2008).

Vale mencionar que as ações educativas que integrem as visões da enfermeira e do cliente sobre as questões de saúde são capazes de estreitar o relacionamento entre as partes, tornando-o mais humano, o que contribui para a melhoria da qualidade de saúde e de vida do cliente (TEIXEIRA, 2008).

Para configurar-se como uma relação humana, as ações educativas em saúde vão ao encontro do que sugere o novo modelo de educação em saúde, a educação dialógica, que segundo Freire (2008), considera os determinantes psicossociais e culturais dos participantes para o desenvolvimento da consciência crítica e da liberdade para uma ação e reflexão verdadeiras sobre a realidade.

Assim sendo, para que o diálogo aconteça, a fim de possibilitar o desenvolvimento da capacidade criadora dos sujeitos, devem ser valorizadas “as manifestações culturais, as

práticas cotidianas, o universo simbólico dos sujeitos no processo educacional” (NETO; BARBOSA, 2005, p. 01). Neste íterim, ressalto que a palavra é considerada por Freire (2008) como mais do que um meio para que o diálogo aconteça, sendo esta composta pelas dimensões da ação e da reflexão, que devem estar interadas de forma solidária, ficando entendido que

o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca das idéias a serem consumidas pelos permutantes (FREIRE, 2008, p.96).

Segundo Vasconcelos (2007), a educação popular em saúde fomenta formas coletivas de aprendizado e investigação para “promover crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento de estratégias de luta e enfrentamento” (op.cit., 2007, p.21). Assim, os modelos de educação popular em saúde e educação dialógica, são desenvolvidos a partir da mesma essência de enfatizar a construção compartilhada do conhecimento através de discussão aberta, de forma a problematizar o objeto opressor.

Destaco, portanto, que ambos os modelos de ações educativas estão fundamentados nas perspectivas da problematização que, segundo Freire (2001, p.25) “desconstrói a idéia de transferência de conhecimento, enfatizando a criação de possibilidades para a sua construção” e, deste modo, a partir da visão dos educandos, busca a compreensão dos problemas para construir soluções através de debates mediados pelo educador (PRIMO, 2006).

Considerando os pressupostos supracitados, vale destacar que o envolvimento de adolescentes em grupos com ações educativas é considerado como importantes estratégias de captação desses sujeitos, de forma a aperfeiçoar o seu contato com os profissionais de saúde (BRASIL, 2005a). Através destas atividades em grupo, é possível criar um ambiente de compreensão mútua de forma que os sujeitos integrem suas vivências ao processo educativo para que as respostas às suas necessidades sejam construídas a partir de discussões e reflexões.

Portanto, aponto que o presente estudo segue norteado pelas bases conceituais aqui pontuadas, valendo ressaltar que o projeto em tela está fundamentalmente pautado na idéia de que:

As práticas educativas devem contribuir para a formação de um sujeito crítico capaz de fazer escolhas conscientes e buscar respostas para as suas questões. Devem ser utilizadas técnicas que promovam o desenvolvimento de habilidades para a vida, tais como negociação, comunicação, resolução de conflitos e tomada de decisões (op.cit., 2005b, p.21).

No desenvolvimento de atividades educativas do enfermeiro faz-se necessário conhecer os saberes dos adolescentes, para que seja possível compartilhar desses saberes e com isso permitir que eles desenvolvam juízo crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem e, assim, criarem condições para se apropriarem de sua própria existência. Estabelecer o espaço de atuação entre a esperança do indivíduo e a orientação do cliente significa, primordialmente, considerar o jovem como ser vivente, com alma, com idéias, com sentimentos, como gente, enfim.

Considerando as idéias anteriores, utilizarei nesta pesquisa, como substratos teóricos, os conceitos da educação problematizadora de Freire, já que a proposta é a de considerar a educação em saúde ao jovem como um processo de indagação e reflexão articulado às atividades do enfermeiro. Isto implica em criar um espaço a ser partilhado pelo profissional e grupos populares (adolescentes).

Capítulo II

A trajetória metodológica do estudo

CAPÍTULO II

A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

2.1. Tipo de Estudo e Abordagem Metodológica

O estudo é abordado de forma qualitativa visto que os resultados produzidos com esta abordagem “respondem às questões centradas na experiência social e dão significado à vida humana” (MCEWEN, 2009, p.42). Assim, a partir da interação com os sujeitos, é possível perceber os dados subjetivos e compreendê-los sob a perspectiva dos participantes, de modo que seus “aspectos dinâmicos, holísticos e individuais” possam ser descritos em sua totalidade (POLIT e HUNGLER, 2004, p. 30). Portanto, entendo que esta é a abordagem mais apropriada para alcançar os objetivos propostos neste estudo.

O método utilizado é a pesquisa de campo denominada convergente-assistencial, seguindo o referencial de Trentini e Beltrame (2006), em que as estratégias de intervenção e as técnicas utilizadas para a produção de dados vão se incorporando uma a outra durante a elaboração da pesquisa.

Segundo as autoras, este método une o saber pensar ao saber fazer, articulando o cuidado, o ensino e a pesquisa em enfermagem para “encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e ou introduzir inovações no contexto da prática em que ocorre a investigação” (op. cit., 2006, p.157). Esta articulação de saberes se dá através do seguimento dos princípios básicos⁸ de: Dialogicidade, que possibilita a compreensão da assistência e da pesquisa como duas lógicas que coexistem; Expansibilidade, que permite a expansão dos objetivos durante o processo, entendendo que a pesquisa não é estática; Interfacialidade, uma vez que gera mudanças na prática assistencial face a questões investigativas e vice-versa; Imersibilidade, pois insere o pesquisador como parte da assistência visando à produção de mudanças compartilhadas; e Simultaneidade, que garante que a pesquisa e a assistência mantenham suas configurações de instâncias próprias.

O ato de cuidar ou assistir, portanto, cabe como parte do método de coleta de informações da pesquisa, mantendo uma estreita relação com a prática assistencial. O pesquisador deve desta forma, estar preparado para ouvir e praticar, abordar o outro de maneira participativa, valorizando o saber pensar e o saber fazer.

⁸ Princípios apresentados por Mercedes Trentini (autora do método PCA) em conferência intitulada “Pesquisa Convergente-Assistencial: Sua Aplicabilidade nos Estudos de Enfermagem”, proferida na EEAN/UFRJ em setembro de 2008.

Deste modo, na medida em que ocorreu a obtenção dos dados desta investigação, houve o cuidado de enfermagem prestado sob a forma de educação em saúde que, orientada ideologicamente por Freire, se deu a partir de uma relação dialógica em que os assuntos investigados foram problematizados junto aos sujeitos para que estes fossem capazes de perceber criticamente a sua realidade para construir uma nova realidade.

2.2. Trajetória da Pesquisa Convergente-Assistencial

Trentini e Paim (2004) sugerem que sejam seguidas algumas fases para evitar que o foco de atenção da pesquisa seja desviado ao longo de sua trajetória. “Cada fase compõe um sub-processo com vários passos consecutivos e interrelacionados não necessariamente de forma linear” (TRENTINI; PAIM, op.cit, p.37).

As fases deste tipo de pesquisa, segundo as autoras, são: fase da concepção; fase de instrumentação; fase de perscrutação: estratégia para a obtenção de informações; fase de análise; fase de interpretação. Estas são detalhadas a seguir, de forma a descrever o processo da investigação em tela.

2.2.1. Fase da Concepção

Esta fase corresponde ao processo de elaboração do projeto de pesquisa, entendendo que o projeto de pesquisa é o mapa de um caminho a ser seguido durante a investigação, esclarecendo os rumos do estudo.

Para tanto, inicialmente o tema de pesquisa foi escolhido a partir da minha experiência acadêmica, através da observação do cotidiano da assistência e das ações de cunho investigativo. Conforme as autoras mencionam, a escolha também se dá pelo *feedback* de pesquisas já realizadas. Neste caso, aponto que as pesquisas realizadas anteriormente (MENDES et al, 2009; MENDES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010) já abordavam a temática que ora pretendo aprofundar .

Após esta escolha, uma revisão bibliográfica sobre o assunto foi realizada com o intuito de: a) conhecer o que já se tem publicado sobre o assunto e quem escreveu, b) identificar aspectos abordados e lacunas existentes na literatura, c) evitar a duplicação de pesquisas sobre o mesmo enfoque do tema, favorecendo a definição de contorno do problema a ser estudado.

Na seqüência, o problema de pesquisa foi formulado e os objetivos traçados. Foram apresentadas as contribuições e justificativas da pesquisa. O referencial teórico também foi definido nesta fase.

Nesta pesquisa, a fase de concepção é apresentada detalhadamente nas considerações iniciais e no capítulo I, que se trata das bases teórico-conceituais.

2.2.2. Fase de instrumentação

Trata-se do momento em que as decisões metodológicas são tomadas para o que o desenho da pesquisa convergente assistencial seja traçado de forma que investigação e assistência fluam a partir da aproximação, distanciamento e convergência entre ambas (TRENTINI; PAIM, 2004). Para as autoras, “os procedimentos metodológicos incluem: a) a escolha do espaço da pesquisa, b) a escolha dos participantes e c) escolha das técnicas para a obtenção e análise das informações”. (op. cit., 2004, p. 73).

a) Espaço da pesquisa

Um dos fatores mais marcantes durante a adolescência é a busca por um grupo que o defina e a escola se constitui um destes espaços sociais que favorece esta busca, pois, segundo Lopes et al (2007), é na escola que os adolescentes, além de passar grande parte do seu tempo, têm seus valores e normas sociais reforçados, sendo esse um espaço onde os adolescentes vivenciam suas questões sociais e também emocionais.

Indo ao encontro dos autores (op. cit., 2007), que consideram que a escola é o lugar ideal para se fazer educação em saúde por permitir que tal atividade aconteça de forma consciente, a pesquisa foi realizada na Escola Técnica Estadual Oscar Tenório (ETEOT), que foi criada em 1980 e, a partir de 1996, através do decreto nº 22011 de 09/02/1996, passou a integrar a Rede de Escolas Técnicas da Fundação de Apoio à Escola Técnica Estadual do Rio de Janeiro (FAETEC).

A ETEOT está localizada em Marechal Hermes, um bairro do subúrbio do município do Rio de Janeiro, situado próximo à Vila Militar de Deodoro. Esta escola faz parte de um complexo educacional, denominado CETEP (Centro de Educação Tecnológica e Profissionalizante) de Marechal Hermes, que se trata de um campus, que agrega uma escola de ensino fundamental, e duas escolas de ensino médio profissionalizante – uma é a ETEOT e a outra é a Escola Técnica Estadual Visconde de Mauá (que contempla os cursos profissionalizantes: de mecânica, eletrotécnica e eletrônica).

Ressalto que, para o estudante ter acesso ao ensino desta escola, ele deve passar por um processo seletivo público, realizando uma prova escrita, e ser classificado dentro do número de vagas previstas para o curso profissionalizante que pretende estudar. Este processo seletivo acontece anualmente de forma unificada para toda a rede FAETEC.

A escola oferece seus cursos nos três turnos (manhã, tarde e noite). No período diurno, em que ocorreu a produção dos dados desta pesquisa, a escola contava com 27 turmas, sendo 13 turmas pela manhã e 14 turmas à tarde, que eram distribuídas em quatro cursos técnicos – administração, análises clínicas, contabilidade e gerência em saúde. As turmas tinham em média 40 alunos. Como se trata de uma escola com ensino médio concomitante ao ensino profissionalizante, algumas turmas do turno da manhã também tinham aulas à tarde e algumas turmas da tarde também tinham aulas de manhã.

Com relação ao quadro de pessoal, a ETEOT é constituída por quatro dirigentes (um diretor geral e três coordenadores adjuntos), quatro supervisoras pedagógicas e três orientadores educacionais, além de, para cada curso profissionalizante, haver um coordenador técnico. São, ao todo, 116 professores, que são distribuídos nos três turnos de aulas, além ocuparem os cargos de gestão da escola (ETEOT, 2011).

A partir do meu primeiro contato pessoal com a escola, seu corpo administrativo e pedagógico prontamente autorizou (ANEXO 01) que a pesquisa fosse realizada no local e se colocou a disposição para a viabilização da pesquisa, disponibilizando de antemão o seu auditório, o qual tem cadeiras móveis e datashow, devendo ser reservado com antecedência à realização da pesquisa. No entanto, por conta da incompatibilidade de datas para o agendamento do auditório, foi permitido que eu utilizasse uma sala de aula para que acontecessem os encontros para a produção de dados desta investigação. Estas salas também tinham cadeiras móveis e eu utilizei o meu notebook para suprir a falta do datashow.

Além de tratar dos aspectos operacionais referentes à realização desta pesquisa, iniciei junto à direção da escola uma aproximação, através de visitas à escola e contatos telefônicos, com o objetivo de conhecer melhor a estrutura pedagógica e as diversas atividades oferecidas aos alunos. Com relação ao projeto pedagógico, fui informada, que o mesmo se encontra em processo de reformulação. No que tange às atividades educativas, passo a descrever as informações obtidas.

A escola mensalmente oferece atividades educativas aos estudantes, estas se dão na forma de palestras, oficinas e feiras pedagógicas e não se restringem a uma determinada área temática. As palestras contam sempre com convidados externos e as oficinas e feiras também podem ter convidados, além de serem construídas pelos próprios alunos. Ainda, o corpo discente conta com o grêmio estudantil, que também incentiva e participa dessas atividades pedagógicas junto aos alunos.

Segundo a direção, os estudantes são bem engajados em todos os eventos que acontecem na escola. Fora as atividades supracitadas, a escola tem dois projetos que são

realizados uma vez ao ano, o *Ecosofando* – comemora o dia do meio ambiente, através de atividades de reflexão, estudos e produções sobre o tema, feitos entre estudantes e professores, através de palestras e oficinas com a participação de convidados e também do plantio de mudas no pátio externo da escola, que é arborizado; e o projeto *Malungo* – incentiva posturas positivas frente aos negros e indígenas, através de palestras, teatros, apresentações de dança e música, e oficinas, contando com a participação de alunos, professores e convidados externos.

Ciente de que a realização da pesquisa poderia mobilizar emoções, sentimentos e outras reações nos adolescentes, levei tais questões ao conhecimento das professoras que são orientadoras educacionais. Elas se dispuseram a dar o apoio necessário. Inclusive, uma delas é psicóloga e embora não possa atuar formalmente como psicóloga dentro da escola, se disponibilizou a dar suporte emocional a algum sujeito da pesquisa que viesse a precisar, principalmente no que diz respeito a encaminhamento específico do adolescente, considerando o contexto educacional.

As escolas têm grande contribuição na formação dos cidadãos, pois a educação escolar oportuniza ao educando a formação de uma consciência crítica não só social e ambiental, mas também sobre a sua saúde. O período escolar é fundamental para trabalhar questões de promoção da saúde e prevenção de doenças, pois é nesse momento que, crianças e adolescentes, estão criando ou podem estar revendo seus hábitos e atitudes (ZILS et al, 2009).

Ainda, o ambiente escolar, além de ser um espaço institucional em que o risco de dispersão dos sujeitos é minimizado, é um local favorável à construção de valores e à troca de saberes. As ações em saúde realizadas nas escolas trazem benefícios no que tange ao aumento da motivação de professores, estudantes, pais e da comunidade em que a escola se encontra, trazendo a inclusão de temáticas que são relevantes para esses sujeitos, mas que muitas vezes não são tratadas com a devida atenção (BRASIL, 2005c).

Partindo deste pressuposto entendo que a opção por um recorte espacial desta natureza me permitiu atender aos princípios do método que me proponho a aplicar – convergente assistencial, em especial ao princípio de interfacialidade, que valoriza a importância do investigador contribuir para mudanças e inovações no contexto da prática de sua pesquisa (TRENTINI; BELTRAME, 2006).

Neste ínterim, ressalto que a realização do presente estudo no ambiente escolar tem grande importância para a política de saúde incentivada atualmente, que é o Pacto pela Vida (BRASIL, 2006), que visa o fortalecimento da promoção da saúde enquanto uma de suas estratégias. Esta, através da intersetorialidade, valoriza a mobilização da educação em saúde

para a escola a partir da articulação entre essas duas áreas (saúde e educação) para o fortalecimento de métodos participativos neste pensar/fazer (BRASIL, 2005c).

b) Participantes da Pesquisa

O Ministério da Saúde (BRASIL, 1996, 2005) considera que a adolescência corresponde à segunda década de vida e assim vai ao encontro da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1977), que preconiza que a adolescência contempla a faixa etária de 10 aos 19 anos. Na ETEOT, a faixa etária dos adolescentes está concentrada entre os 15 e os 18 anos. No entanto, é possível encontrar estudantes com idade a partir dos 14 anos, se estendo para até 21 anos (FERREIRA ET AL, 2010).

Assim, para contemplar todo o período da adolescência, foram incluídos na pesquisa todos os estudantes dessa escola, que tivessem idade entre 10 e 19 anos, de ambos os sexos, que estivessem na escola durante o turno da tarde, por ser este o turno em que as auxiliares de pesquisa tinham disponibilidade para participar da produção de dados.

Portanto, foram excluídos aqueles que não atenderam aos critérios de inclusão ou que estivessem em sala de aula ou participando de outra atividade pedagógica no momento da realização da pesquisa. Na pesquisa convergente-assistencial os participantes devem ser os sujeitos envolvidos no problema, neste caso, os adolescentes.

Para atender aos critérios de inclusão foi necessário ter acesso a grade horária semanal das turmas, a fim de conhecer os horários livres, ou seja, aqueles não preenchidos por aulas ou atividades didáticas pedagógicas durante o turno da tarde. De posse da grade horária, iniciei um processo de captação destes sujeitos.

Este processo se deu através de visita às turmas com horários livres à tarde. Nesta visita foi apresentado um resumo do projeto e feito o convite aos adolescentes para participarem da pesquisa através da leitura de uma Carta de Apresentação aos Sujeitos (APÊNDICE A). Após a realização do convite, os interessados em participar da pesquisa manifestaram o seu desejo junto à pesquisadora e foi agendado o horário para dar seguimento aos outros procedimentos (os encontros para a produção dos dados).

Com relação ao número de sujeitos, não houve critérios rígidos para a sua seleção devido ao fato do método desta pesquisa não valorizar o princípio da generalização, visto que são consideradas a profundidade e diversidade das informações de modo que os sujeitos, mais do que meros informantes, são considerados integrantes dessa investigação.

Assim, participaram da pesquisa um total de 12 adolescentes, divididos em dois grupos de ambos os sexos (um grupo com 7 e o outro com 5 adolescentes), cuja idade variou

entre 15 e 18 anos, sendo, ao todo, dois adolescentes do sexo masculino e dez do sexo feminino.

Este número se justifica uma vez que para a produção de dados foi utilizada a técnica de grupos de convergência (TRENTINI; GONÇALVES, 2000). Por consenso de autores (TRENTINI; PAIM, 2004; BARBOUR, 2009), para que os grupos de pesquisa cumpram sua função investigativa e assistencial o ideal é que seja considerada a homogeneidade da população em relação ao objeto da avaliação, variando de um mínimo de 3 a 4 até um máximo de 10 a 12 participantes por grupos, o que é tido como um número desafiador em termos de moderação (para conduzir as discussões no grupo), transcrição e análise das falas e interação entre os sujeitos.

c) Técnicas para a obtenção e análise das informações

A pesquisa convergente-assistencial aglomera vários métodos, estratégias e técnicas destinadas a obter informações. Foram adotados nesta pesquisa: a aplicação de questionários, a discussão em grupo de convergência⁹, dados de observação participante obtidos durante as discussões nos grupos de convergência.

A condução da dinâmica no grupo de convergência se deu a partir de um referencial teórico e do conhecimento adquirido com relação ao tema investigado (TRENTINI; PAIM, 2004). Na pesquisa em tela, o referencial teórico utilizado é o de Paulo Freire. As técnicas adotadas, bem como as etapas de produção dos dados estão descritas nas próximas fases deste capítulo e também detalhadas no próximo capítulo, que fala do contexto dos grupos de convergência.

2.2.3. Fase de perscrutação: estratégia para a obtenção de informações

Após definir as técnicas de obtenção de informações a serem adotadas na pesquisa, é necessário traçar as estratégias pelas quais essas técnicas serão aplicadas. Isso corresponde à fase de perscrutação. Trentini e Paim (2004) apontam que as estratégias adotadas para se obter informações em uma convergente assistencial partem da experiência e conhecimento do pesquisador com relação ao assunto, associado ao cunho investigativo.

⁹ Trentini e Gonçalves (2000) destacam que grupos de convergência são utilizados na área de enfermagem com o objetivo de implementar projetos de prática assistencial participativa e de fazer abstrações desta prática com a intenção de construir conhecimentos sobre os temas emergentes do grupo.

No entanto, segundo as autoras, as estratégias podem não ser cumpridas conforme o definido no projeto, mas sim, conforme as necessidades do processo de produção dos dados, desde que tenham “intencionalidade, limites e possibilidades criteriosamente explicitados e controlados.” (op. cit., 2004, p. 85). Assim, seguem descritas as etapas desenvolvidas para a produção de dados do projeto em tela.

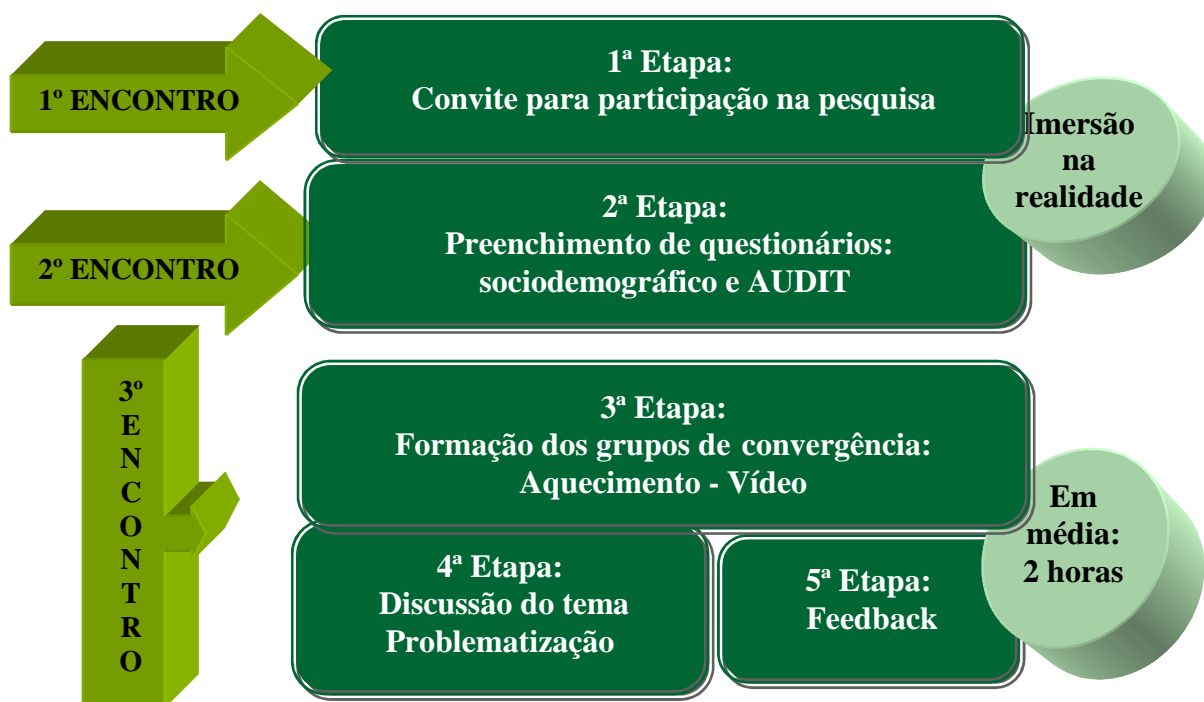
2.2.3.1. Etapas para a Produção de Dados

Após a minha aproximação junto à comunidade da ETEOT, fiz um levantamento das turmas que estariam em horário vago durante o horário que as auxiliares de pesquisa tinham disponibilidade. Desta maneira, me dirigi às turmas que, conforme as grades horárias tinham horários livres no período da tarde.

Cumpre-me esclarecer que a fase de produção de dados aconteceu no período de setembro a dezembro de 2010, um momento em que os alunos estavam envolvidos, inicialmente, com o projeto Malungo e, posteriormente, com a duas semanas de avaliação (as últimas do ano). Esse momento traz para os alunos uma fase de euforia e ansiedade, então eles não permaneciam na escola durante os horários vagos, ou se ocupavam das atividades curriculares durante esses períodos. Assim, aponto esta dificuldade para a captação dos sujeitos, bem como a sua permanência nos grupos.

Em especial, considero que no grupo 2, pelas relações observadas no segundo encontro, havia a formação de dois subgrupos, em que uma dessas partes não interagiu, nem com as pesquisadoras, nem com a outra parte de grupo. No ato do terceiro encontro, este subgrupo que não apresentou boa interação, por completo não compareceu. Por conta do momento tumultuado na escola, pelos motivos já descritos, não consegui contatar esses adolescentes novamente. Em atendimento à proposta metodológica da Pesquisa Convergente-Assistencial, a pesquisa foi desenvolvida em cinco etapas, como segue na figura 2:

Figura 2 – Esquematização das etapas de produção de dados



2.2.3.1.1. Primeiro Encontro – Primeira Etapa

Neste primeiro encontro com os sujeitos ocorreu a primeira etapa da produção de dados, em que foi feita a divulgação e convite para a participação da pesquisa. Este processo se deu através de visita às turmas com horários livres à tarde, uma a uma. Assim, fui às salas, no horário em que as turmas estavam finalizando as suas aulas, e fiz um convite coletivo em cada turma, em momentos distintos.

Neste primeiro encontro, expliquei as etapas da produção de dados e também os aspectos éticos da pesquisa, bem como marquei um segundo encontro com os alunos que participariam da pesquisa, levando, em média, trinta minutos.

2.2.3.1.2. Segundo Encontro – Segunda Etapa

Aqueles incluídos na pesquisa, que aceitaram fazer parte do estudo, participaram do segundo encontro em grupo, em que aconteceu a segunda etapa da produção de dados. Assim, dentre as cinco turmas convidadas, apenas alguns dos alunos de duas turmas se interessaram e tiveram disponibilidade para participar do segundo encontro.

Então se formaram dois grupos distintos, um grupo de cada uma dessas duas turmas, que deram seguimento ao segundo encontro, sendo que no grupo 1 participaram sete alunos e,

no grupo 2, participaram treze alunos (nesta etapa). Vale ressaltar que ao longo de toda a produção de dados, os encontros com cada um dos grupos ocorreram em ocasiões distintas.

Nesta etapa foi feita a apresentação dos participantes e os sujeitos responderam a um questionário com questões fechadas sobre o perfil socioeconômico (APÊNDICE B) e também responderam ao questionário AUDTIT (Álcool Use Disorder Identification Test) – APÊNDICE C.

Este questionário é utilizado para o rastreamento do consumo de baixo risco, consumo de risco, consumo nocivo e dependência ao álcool, sendo um recurso para as intervenções breves, as quais a educação em saúde se insere (FURTADO e YOSETAKE, 2005). Ressalto que neste momento os adolescentes foram esclarecidos sobre o AUDIT e sua pontuação.

Este segundo encontro levou, em média, uma hora e, como todos os demais, ocorreu em momentos distintos com cada grupo. A partir dessa etapa, houve a participação das auxiliares de pesquisa, que se organizaram em duas duplas, cada qual me acompanhando na produção de dados de cada grupo.

As questões levantadas nos instrumentos dessa segunda etapa contribuíram para a construção dos discursos dos sujeitos sobre o objeto de estudo (próximas etapas), que trata dos saberes e práticas sobre o uso e abuso de bebidas alcoólicas, portanto a condição sócio-cultural dos sujeitos está implicada no objeto, tornando, pois, necessário conhecê-la.

Este contato com os sujeitos atendeu, portanto, ao propósito de conhecer melhor estes adolescentes para iniciar minha imersão na realidade deles, o que favoreceu a condução dos grupos bem como a análise dos dados que emergiram a partir do discurso dos sujeitos, visto que, para Freire (2001), é necessário um conhecimento prévio da realidade social do sujeito para entender melhor seu universo.

Vale destacar que para a obtenção das informações a respeito da quantidade de bebidas alcoólicas consumidas pelos sujeitos, foi utilizada a definição de Abreu (2006), que considera uma dose padrão de bebida alcoólica qualquer preparação que contenha 10 – 12 gramas de álcool puro. Assim, como demonstrado no quadro 1, adaptando a proposta de Lima (2003) às necessidades do presente estudo, fica entendido que a quantidade de bebida presente em uma dose varia conforme o seu teor alcoólico.

Quadro 1 – Dose Padrão de Bebidas Alcoólicas¹⁰

Tipo de Bebida	Teor Alcoólico (%)	Dose Padrão	Volume da Dose Padrão (mL)	Quantidade de álcool puro por dose padrão (g)
Cerveja	4 - 5	1 lata	350	10 – 12
Vinho	12 – 14	1 taça	150	10 -12
Destilada	40 – 50	1 dose	40	10 -12
“Ice”	5 - 6	1 garrafa	275	10 -12

Fonte: Lima (2003).

2.2.3.1.3. Terceiro Encontro

No terceiro encontro, destinado à discussão grupal (grupos de convergência), ocorreram as etapas, a saber: a) 3ª Etapa: Aquecimento / Vídeo; b) 4ª Etapa: Discussão do tema / Problematização; c) 5ª Etapa: Feedback. Este encontro, que ocorreu em horários e dias distintos para os dois grupos, levou, em média, duas horas.

Vale destacar que o grupo 1 permaneceu com os mesmos integrantes da primeira e segunda etapa, no entanto, no grupo 2 houve a saída de oito sujeitos, permanecendo então com cinco participantes para as etapas do terceiro encontro. Nas etapas do terceiro encontro também houve a participação das auxiliares de pesquisa, que ficaram responsáveis pelo registro da dinâmica em meio eletrônico e também pela observação participante.

Da mesma forma que ocorreu na segunda etapa, para o terceiro encontro, as auxiliares se mantiveram divididas em duas duplas, cada qual me acompanhando na produção de dados de cada grupo, uma vez que o terceiro encontro também ocorreu em momentos distintos com cada grupo de convergência.

a) 3ª Etapa: Formação dos grupos de convergência – Aquecimento / Vídeo

Nesta etapa foi utilizado como estratégia pedagógica para o aquecimento dos grupos de convergência a apresentação de um filme de animação, produzido sem legenda e com linguagem não-verbal, do tipo grafite, intitulado “Lês naufragés Du quartier”, que versava sobre o consumo de bebidas alcoólicas. As situações abordadas no referido filme além de

¹⁰ O quadro 2 prevê as alterações que o teor alcoólico de cada bebida pode sofrer. Vale ressaltar que esta variação interfere diretamente no volume da dose padrão que é, portanto, considerado um valor aproximado. (LIMA, 2003).

sensibilizar os adolescentes para a temática, serviram de subsídios para as discussões realizadas nas etapas posteriores da pesquisa.

Este filme retrata a vivência de um pai de família, trabalhador, que se torna dependente por bebidas alcoólicas a partir de um consumo inicialmente social, e apresenta como conseqüências para essa dependência: violência, desemprego, adoecimento físico e mental, comprometimento social e familiar.

b) 4ª Etapa: Discussão do tema / Problematização

A partir do aquecimento, iniciou-se a quarta etapa, onde os participantes foram estimulados a refletir acerca do tema em pauta, sendo introduzido o diálogo, sobre o que os sujeitos conheciam referente ao tema consumo de bebidas alcoólicas. Assim, foi gerada e analisada a interação entre os participantes, e iniciada a discussão da temática proposta para se chegar a um consenso de idéias (BARBOUR, 2009).

Sendo assim, a temática “uso e abuso de bebidas alcoólicas” foi proposta para a discussão nos grupos de convergência com vistas a atender aos objetivos desta investigação, que emergem das necessidades levantadas ao longo da minha prática durante a formação profissional, o que se configura como um pressuposto da pesquisa convergente-assistencial (TRENTINI e BELTRAME, 2006).

A utilização da técnica de grupos de convergência é uma “possibilidade de desenvolver atividades de pesquisa e de assistência ao mesmo tempo, no mesmo espaço físico-temporal, com os mesmos participantes em grupo” (op. cit., 2006, p.72). As autoras complementam suas idéias afirmando que a técnica propicia o abandono da tradicional postura diretiva e a adoção de uma postura participativa na prática assistencial. Os grupos convergentes constituem uma técnica favorável para produzir novos saberes.

A quarta etapa ocorreu em continuidade à terceira etapa, ainda no terceiro encontro, e consistiu na problematização do tema “uso e abuso de bebidas alcoólicas” com vistas a fazer fluir dos sujeitos os seus saberes e práticas sobre o tema. Assim, foi iniciada a discussão grupal, a partir das impressões do grupo sobre o filme, e esta discussão foi conduzida para o universo dos adolescentes, de modo que aconteceu a problematização dos saberes e práticas do grupo com relação ao consumo de bebidas alcoólicas.

Para tanto foi utilizado um roteiro com questões chaves para conduzir a discussão (APÊNDICE D). O relato dos sujeitos acerca de suas experiências desencadeou as discussões em grupo, visando compartilhar os saberes e práticas, bem como desenvolver o processo de

problematização, em que os sujeitos foram estimulados a refletir sobre sua realidade e a partir da construção de uma visão crítica, ser capaz de transformá-la.

Durante a problematização, eu conduzia a produção de dados, enquanto pesquisadora, e também fazia as devidas intervenções de enfermagem, a partir do cuidado educativo, no qual eu trazia informações científicas que eram incorporadas na discussão e problematizadas junto aos adolescentes.

Vale ressaltar que as orientações foram realizadas utilizando o computador como recurso pedagógico. Estas orientações foram elaboradas sob a forma de apresentação de “*power point*” previamente aos encontros. Ao utilizar esta apresentação, pude abordar conteúdos como: as características do adolescente e sua vulnerabilidade; o consumo de bebida alcoólica e os riscos à saúde do adolescente; dados do Ministério da Saúde (semelhantes aos apresentados na problemática desta pesquisa); relação entre a quantidade de álcool presente nas doses-padrão das bebidas alcoólicas; os efeitos agudos e crônicos do álcool.

A problematização foi desenvolvida ao longo das discussões, a partir do levantamento de problemas, que foram então descritos em termo do que eles representam, como e porque eles acontecem, de modo que conduziu o grupo à reflexão sobre a raiz desses problemas expostos, levando o grupo à consciência crítica.

Nesse momento, portanto, a pretensão foi trabalhar no sentido da superação do “senso comum” buscando uma compreensão da realidade que articule suas dimensões singular, particular e estrutural; analisando os relatos dos adolescentes, ampliando-se as possibilidades de interpretação dos problemas e a busca de seus enfrentamentos.

Considero que esta quarta etapa se refere à fase de desvelamento crítico (reflexão do grupo e pesquisadora sobre os pontos chaves levantados), pois consistiu na análise preliminar dos temas que surgiram durante a discussão através da codificação objetiva, incluindo elementos da subjetividade interpretativa. Representa a realidade e as possibilidades. Aqui se deu o cuidado-educativo articulando a pesquisa com os princípios da PCA.

c) 5ª Etapa: Feedback

A quinta etapa também aconteceu no terceiro encontro, constando da execução de estratégia para que os sujeitos elaborassem, à luz do que foi discutido, uma proposta de plano educativo (orientações que os sujeitos julguem importantes serem compartilhadas pelos demais estudantes da escola).

Este plano educativo se deu através da elaboração de um cartaz, em cada grupo, que foi confeccionado digitalmente, posterior ao encontro, pelas auxiliares de pesquisa, seguindo

as orientações dadas pelos sujeitos. Esses cartazes foram aprovados pelos adolescentes, que se responsabilizaram pela sua divulgação na escola (ANEXOS 02 E 03).

Devido às atribuições dos alunos na escola, eles não se interessaram por esta atividade, que acabou sendo vista como uma obrigação. Então, eu propus que eles idealizassem o cartaz, cuja elaboração ficou sob responsabilidade das auxiliares de pesquisa de cada grupo.

Assim, os adolescentes escolheram as figuras, gráficos e tabelas, que foram encontradas em sites de busca da internet, utilizando o computador que eu levei para esse terceiro encontro. Eles também elaboraram as frases que deveriam constar nos cartazes e tudo isso foi anotado em folha de papel pardo, para a posterior confecção do cartaz.

Vale ressaltar que não havia tempo hábil para a confecção do cartaz ainda naquele encontro e, conforme o supracitado, os adolescentes estavam em fase de provas e confecção de outros trabalhos, por isso, embora tenham se entusiasmado com a idéia de se ter um produto daquelas discussões, eles não aprovaram a idéia deles mesmos terem que confeccioná-lo, ainda que se marcasse um novo encontro para este fim.

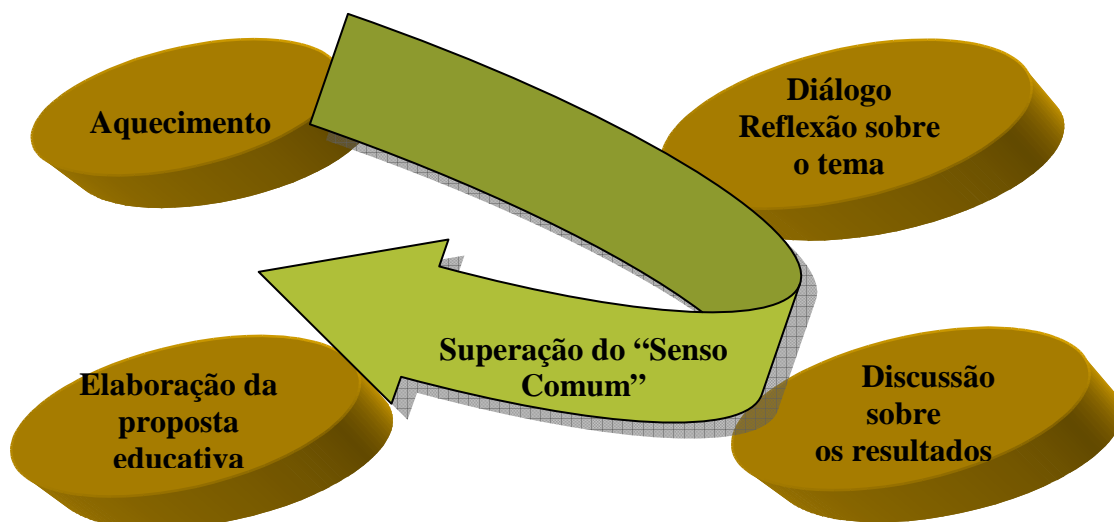
Posteriormente ao terceiro encontro, me comuniquei com os adolescentes através de correio eletrônico, para validar a produção dos cartazes. Assim que ficaram prontos, levei os cartazes para os alunos que, com o auxílio do grêmio estudantil da ETEOT, escolheram um lugar no pátio da escola para que os cartazes fossem fixados.

Ainda nesta quinta etapa, foi feita a avaliação das atividades, em que o grupo foi convidado a tecer considerações sobre todo o processo. Essa discussão foi conduzida a partir de uma entrevista aberta, sem roteiro pré-estabelecido, pois a conversação foi estimulada e somente a partir da fala dos sujeitos é que as perguntas foram formuladas. Esta quinta etapa teve o objetivo de sedimentar as discussões anteriores e trazer o *feedback* das atividades desenvolvidas nesses grupos.

Para o registro das informações, que ficou sob responsabilidade das auxiliares de pesquisa, foi utilizado gravador MP4 e preenchido um roteiro de observação que consta de uma parte descritiva, contando com um registro do que ocorreu no cenário, ou seja: descrição do comportamento dos sujeitos, dos eventos, das atividades e de uma parte reflexiva que incluirá as observações pessoais do pesquisador, a serem realizadas durante a fase de produção dos dados (APÊNDICE E).

Para melhor compreensão de como os dados foram produzidos, segue a figura que esquematiza a trajetória dos encontros:

Figura 3 – Esquemática da trajetória dos encontros



2.2.3.2. Auxiliares de pesquisa

Compreendendo todo o rigor que requer o desenvolvimento de uma pesquisa convergente assistencial, seja no que se refere à obtenção de informações que deve ser feita de forma profunda e abrangente, ou com relação aos registros que devem ser minuciosos, ou no que se refere à moderação dos grupos de convergência, torna-se imprescindível a participação de mais de um pesquisador na produção de dados da investigação (TRENTINI, 2004; BARBOUR, 2009).

Destaco que para o desenvolvimento deste estudo, contei com a participação de quatro acadêmicas de enfermagem da EEAN/UFRJ, sendo uma bolsista de iniciação científica que também desenvolve pesquisa na área de saúde do adolescente, através do método da pesquisa convergente assistencial, e está inserida no mesmo núcleo de pesquisa ao qual esta pesquisa tem aderência (Nuclearte). As demais auxiliares são voluntárias e foram treinadas para a participação nesta pesquisa.

Considero que esta articulação entre a pesquisa na graduação e na pós-graduação pode trazer benefícios para ambas as partes, a fim de garantir a exequibilidade deste estudo, e por outro lado, amplia o saber científico do estudante em formação acadêmica, ao inseri-lo no âmbito da pesquisa em nível de especialização *stricto sensu*.

Assim, como auxiliares desta pesquisa, as acadêmicas de enfermagem as quais me refiro, trabalharam junto comigo na produção dos dados, sendo responsáveis pelo desenvolvimento da técnica de observação participante dos grupos de convergência e pelo registro dos dados produzidos, bem como pela confecção dos materiais educativos idealizados

pelos sujeitos. Destaco que as auxiliares se dividiram em duplas e, assim, cada dupla foi responsável por um grupo de adolescentes.

2.2.4. Fases de Análise e Interpretação dos Dados

O procedimento de análise e interpretação dos achados seguiu os quatro processos preconizados por Morse e Field (1995) apud Trentini e Paim (2004), sendo eles: Apreensão, que consiste na organização dos dados produzidos (que foram transcritos), em que, através da codificação dos depoimentos, formaram-se as categorias de análise; Síntese, que se refere à análise subjetiva das associações e relações contidas nesses dados; Teorização, em que foi feita a interpretação dos dados a partir de uma fundamentação teórico-filosófica, que no caso deste estudo, utiliza dentre outros autores, os conceitos de Freire; Transferência, no qual os dados foram contextualizados, trazendo significados para esses achados a partir da sua socialização com situações similares.

Vale ressaltar que o processo de análise e interpretação foi feito a partir da triangulação dos dados, a partir das diferentes técnicas utilizadas para a sua produção, ao longo das cinco etapas da pesquisa. Os temas mais importantes foram sintetizados e são apresentados nas categorias que compõem os capítulos a seguir.

2.3. Aspectos Éticos

Considero que, esta pesquisa se configura como um aprofundamento dos resultados obtidos nas PCAs realizadas anteriormente, ambas vinculadas ao projeto de pesquisa-extensão intitulado ‘Atenção Primária na área de saúde escolar: A adolescência e o adolescente como foco de atenção na enfermagem’, o que vai ao encontro do princípio de expansibilidade presente nessas pesquisas.

Ainda assim, esta pesquisa foi submetido à sua própria aprovação 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), sob o protocolo 082/2010, de forma a atender à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas com seres humanos.

A fim de garantir a autonomia dos sujeitos, bem como a beneficência e não-maleficência da pesquisa, cumpre-me esclarecer que para participar da pesquisa foi necessária a sua aceitação prévia, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F). A participação dos menores de 18 anos foi autorizada mediante solicitação

formal aos pais e/ou responsáveis legais pelos adolescentes através de um termo de Consentimento Livre e Esclarecido direcionado para os pais / responsáveis (APÊNDICE G).

A identificação dos sujeitos foi feita através de código alfa-numérico para garantir o anonimato. Assim, os códigos são apresentados da seguinte forma: Letras (A, B, C, D, E, F, G) que se referem à ordem das falas dos sujeitos dentro dos grupos, seguidas do número 1, para os sujeitos pertencentes ao primeiro grupo, ou do número 2, para aqueles pertencentes ao segundo grupo. O registro dos dados da pesquisa está arquivado sob minha guarda por cinco anos.

2.4. Gerenciamento da pesquisa

Para desenvolver a pesquisa, conforme os critérios estabelecidos nesta trajetória metodológica, se faz necessário ter organizada a cronologia de cada etapa a ser cumprida. Neste sentido, é válida a elaboração de um cronograma (APÊNDICE H) para a realização da pesquisa ao longo do tempo previsto para a conclusão do curso de mestrado (dois anos).

Entendo que toda produção de conhecimentos deve trazer contribuições para o campo teórico e prático ao qual está relacionado, para tanto, se faz necessário que este conhecimento produzido seja divulgado e consumido pelas partes interessadas, no caso deste estudo, profissionais de saúde, principalmente da área de enfermagem. A maneira pela qual pretendo divulgar todo o conhecimento produzido a partir deste estudo se encontra explícita no Plano de Disseminação do Conhecimento (APÊNDICE I).

Ressalto que para o desenvolvimento de uma pesquisa científica é necessário que haja investimento financeiro para suprir as despesas envolvidas. No caso do projeto em tela, este é desenvolvido com o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através de bolsa, com vistas a suprir as despesas previstas no orçamento desta pesquisa (APÊNDICE J).

Capítulo III

*A escola como contexto
dos grupos de convergência
e o perfil dos adolescentes*

CAPÍTULO III

A ESCOLA COMO CONTEXTO DOS GRUPOS DE CONVERGÊNCIA E O PERFIL DOS ADOLESCENTES

3.1. A Escola e sua relação com os adolescentes

Durante a elaboração do projeto desta dissertação, iniciei uma aproximação junto à direção da escola com o objetivo de me imergir na realidade daquele cenário, para conhecer melhor o seu contexto: o relacionamento entre o corpo docente e discente, a estrutura pedagógica e as diversas atividades oferecidas aos alunos.

Nesta ocasião, fazia parte do corpo docente do PCI-II e, junto a esta equipe, tive a oportunidade de articular estas duas instituições – EEAN/UFRJ e ETEOT. Esta articulação se caracterizou pelo desenvolvimento das atividades de trabalho de campo do PCI-II nas dependências da ETEOT.

Neste cenário, os acadêmicos do PCI-II realizaram as seguintes atividades:

- Diagnóstico simplificado da ambiência do colégio: um grupo de acadêmicos percorre as dependências do colégio, acompanhados por um funcionário, a fim de conhecer o espaço físico e coletar alguns dados que permitiram aos acadêmicos avaliar a planta física, instalações elétricas e sanitárias, número e condições das salas de aula, biblioteca e outras dependências do colégio, levando-se em conta as necessidades de promoção e manutenção de um ambiente saudável.

- Diagnóstico simplificado da saúde dos adolescentes: realizado através de entrevista e de um exame físico simplificado que consistiu basicamente de inspeção. Para a entrevista, foi aplicado um roteiro contendo questões sobre hábitos de higiene, conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis, métodos contraceptivos naturais e artificiais, hábitos nocivos à saúde (fumo, álcool e drogas), relacionamento interpessoal, hábitos de lazer e outros. O exame físico era complementar e muito simplificado. Foram verificadas medidas antropométricas, sinais vitais e pressão arterial, acuidade visual, inspeção da pele, cabelos e couro cabeludo, da marcha e da coluna vertebral a fim de detectar algum desvio acentuado, entre outros aspectos. Os adolescentes que apresentaram e/ou relataram problemas que estivessem fora do âmbito de atuação da enfermagem receberam um encaminhamento para consultar o profissional específico. Vale ressaltar que não foi necessário que os adolescentes se despissem, não foram colhidos nenhum tipo de material para exames laboratoriais como fezes, escarro, urina e sangue e não foram realizados procedimentos dolorosos. Todo o

trabalho foi realizado respeitando os princípios éticos da profissão, a individualidade e a privacidade do cliente.

- Educação em saúde: realizada individualmente, durante a entrevista e exame físico e coletivamente sob a forma de um painel, denominado "Painel Saúde", aberto à participação de todos os adolescentes do colégio. As temáticas foram as seguintes: crescimento e desenvolvimento, gravidez na adolescência e métodos contraceptivos, atividade física e uso de anabolizantes, alimentação e distúrbios gastrointestinais, prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS, prevenção ao uso de drogas, bebidas alcoólicas e fumo.

Estar na qualidade de professora / supervisora dos acadêmicos do PCI-II neste campo prático, que é o cenário desta pesquisa, foi muito oportuno na medida em que ampliei as minhas observações sobre o local, através da maior proximidade com o contexto / realidade, principalmente no que se refere ao corpo docente e discente, com destaque ao segundo, já que os sujeitos fazem parte deste grupo.

Freire (2007) considera que os educandos devem ter sua autonomia respeitada. Deste modo, cabe à escola estimular o jovem a desenvolver um pensamento crítico, através de um diálogo verdadeiro, que não se limita ao depósito ou intercâmbio de idéias (op. cit., 2008).

Desta maneira, a partir da imersão na escola, trago dados empíricos, frutos das minhas observações, que apontam a ETEOT como uma instituição comprometida com a formação crítica-reflexiva de seus estudantes, com o exercício do diálogo entre alunos e professores e da sua autonomia, uma vez que os alunos são estimulados ao debate e também à responsabilidade com relação aos projetos da escola.

Assim, foi notório o engajamento de toda a escola no desenvolvimento dos projetos, tanto o projeto desenvolvido pelo PCI-II, quanto os projetos desenvolvidos pela escola, como os projetos “Malungo”, “Ecosofando”, e outros eventos, tais como o “Chá Literário” – um momento de leitura **de** poesia, crônica, contos, comentários sobre literatura, música e arte em geral, acompanhado de um lanche (ETEOT, 2011).

Essas práticas da ETEOT vão ao encontro das idéias Lopes et al (2007), quando afirmam que atualmente a escola é entendida como um espaço para a formação não só teórica, mas também psicossocial, a partir das vivências do aluno, que está passando pela adolescência, uma fase de mudanças emocionais e fisiológicas.

Dentre os objetivos gerais desta escola, destaca-se o de proporcionar o acesso às informações e conhecimentos para formação dos estudantes para o exercício não subordinado

da cidadania (ETEOT, 2010). Os esforços para o cumprimento deste objetivo foram percebidos a partir do meu primeiro contato com a escola.

E essa percepção se confirmou durante a realização do trabalho com o PCI-II e nas fases da construção do projeto da dissertação e de produção de dados para esta pesquisa, graças ao envolvimento tanto dos componentes da gestão bem como dos docentes em sala de aula, que acolheram os projetos e estimularam a participação dos alunos, não só no que se refere à oferta de meios estruturais, mas também o incentivo a partir do diálogo com os alunos, que devido à fase de transformações e construção da sua identidade, acabam por não se interessarem, em princípio, por atividades em que ele tenha que expor seus saberes e práticas para uma pessoa que não faz parte do seu grupo social.

Ao refletir sobre o objetivo supracitado da ETEOT, percebo que há uma preocupação quanto a condição cidadã do adolescente, que segundo Ferreira et al (2007) “implica em concebê-lo como sujeito de direitos e deveres”. Sendo assim, as autoras (op. cit., 2007) entendem que o adolescente precisa ter acesso aos serviços de forma democrática, tendo a liberdade para reivindicar os seus direitos, para que exerça plenamente a sua cidadania.

Apesar de não ter tido a oportunidade de acesso ao Projeto Político-Pedagógico da ETEOT, pois o mesmo se encontra na fase reformulação, a partir das minhas observações, penso ser possível inferir que este é um espaço onde são construídos valores sociais, sendo propício ao desenvolvimento de um cuidado educativo em que educadora-pesquisadora e educando possam apreender a realidade de forma crítica, o que é a proposta deste estudo.

Diante disto, principalmente no que se refere à abordagem do tema “consumo de bebidas alcoólicas”, que é um tema controverso na sociedade brasileira, pois o álcool está inserido nessa cultura, sendo lícita a sua distribuição para adultos e facilmente obtido pelos adolescentes (DAL-FARRA et al ,2009) o contexto do cenário do estudo é propício para o desenvolvimento do cuidado educativo da enfermagem a esta clientela.

3.2. A caracterização dos sujeitos

A fim de direcionar o cuidado de enfermagem para o atendimento das demandas do seu sujeito, é preciso que este seja entendido a partir das suas experiências de vida (FERREIRA, 2008), principalmente quando se trata do cuidado em sua dimensão educativa. Deste modo, se faz necessário o entendimento de que:

para ser válida, toda educação, toda ação educativa deve necessariamente estar precedida de uma reflexão sobre o homem e de uma análise do meio de vida concreto do homem concreto a quem queremos educar (ou melhor dito: a quem queremos ajudar a educar-se) (FREIRE, 2008, p.38).

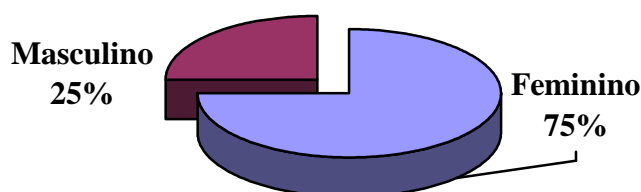
Assim, a fim de conhecer os sujeitos desta pesquisa, de modo a direcionar a dimensão assistencial do estudo para a realidade e expectativas deles, fez-se necessário traçar o perfil desta clientela previamente à formação do grupo de convergência. Portanto, a seguir será apresentada a caracterização dos adolescentes participantes deste estudo, no que tange os aspectos sociodemográficos e com relação ao consumo de bebidas alcoólicas.

Vale ressaltar que o trabalho de campo desenvolvido pela equipe do PCI-II deu origem a um relatório em que constam os resultados das atividades de Diagnóstico simplificado da ambiência do colégio e Diagnóstico simplificado da saúde dos adolescentes.

Neste relatório, são apresentados importantes dados sobre a saúde dos 444 adolescentes atendidos na ETEOT durante este trabalho, foi traçado um perfil sobre a saúde e estilo de vida (FERREIRA ET AL, 2010). Estes dados, naquilo que couber, servirão de subsídio para o melhor entendimento da caracterização dos sujeitos desta pesquisa.

3.2.1. Os adolescentes e suas características socioeconômicas

Gráfico 1 - Distribuição por sexo dos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010



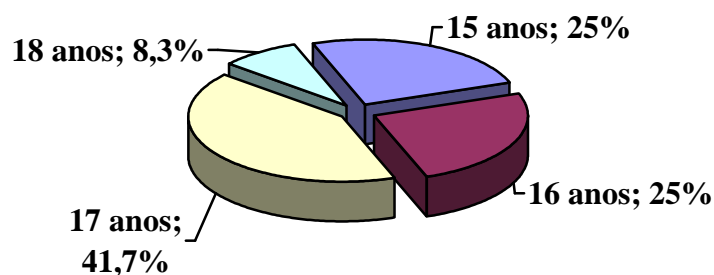
A participação na pesquisa foi majoritariamente feminina (75%), conforme o gráfico 1. Essa maior adesão do público feminino também aconteceu no trabalho realizado pelo PCI-II, em que 72% dos 444 adolescentes atendidos foram do sexo feminino (FERREIRA ET AL, 2010). Ainda assim, não é possível inferir que este seja o sexo predominante na escola, mas sim que seja o que mais se interessou pelas atividades.

Afirmo que o presente estudo não tem o objetivo de fazer comparações entre gêneros, portanto como critério para participação na pesquisa foi respeitada a disponibilidade e interesse dos adolescentes, não havendo uma seleção conforme o sexo.

Com relação à idade dos adolescentes, sujeitos deste estudo (gráfico 2), vale destacar que no grupo 1, composto por alunos do segundo ano do ensino médio, um dos alunos tinha 15 anos e um tinha 18 anos, dois tinham 16 anos e três adolescentes tinham 17 anos. No grupo

2, composto por alunos do primeiro anos do ensino médio, um dos adolescentes tinha 16 anos, dois tinham 15 anos e dois tinham 17 anos.

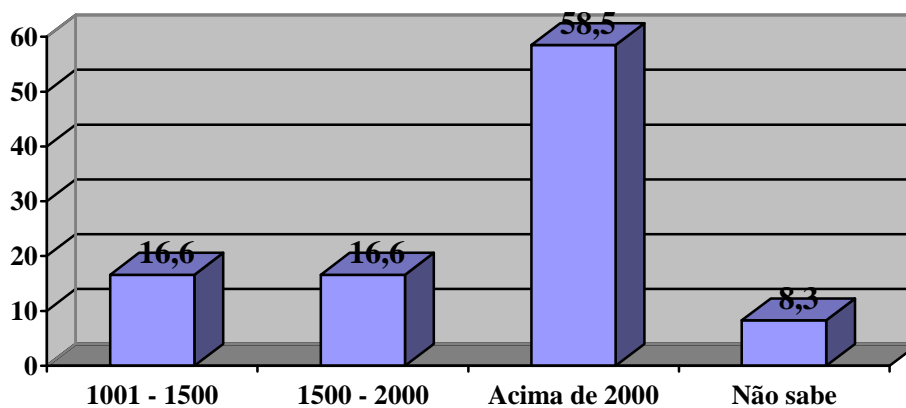
Gráfico 2 - Distribuição por idade dos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010



Em 2006, foi preconizado que até o ano de 2010, toda criança de 6 anos passou deveria estar matriculada no ensino fundamental, que então passou a durar 9 anos. Sendo assim, as idades consideradas ideais para o aluno estar cursando o primeiro e o segundo ano do ensino médio são, respectivamente, 15 e 16 anos (BRASIL, 2005c; 2006).

No que diz respeito à situação financeira familiar dos adolescentes entrevistados (gráficos 3 e 4), vale ressaltar que todos os adolescentes são solteiros, não tem filhos e moram com os pais, portanto não têm obrigações financeiras. Assim, 58,3% dos adolescentes apresentam uma renda familiar mensal de mais de dois mil reais. Este mesmo percentual relata que quatro pessoas dependem dessa renda mensal.

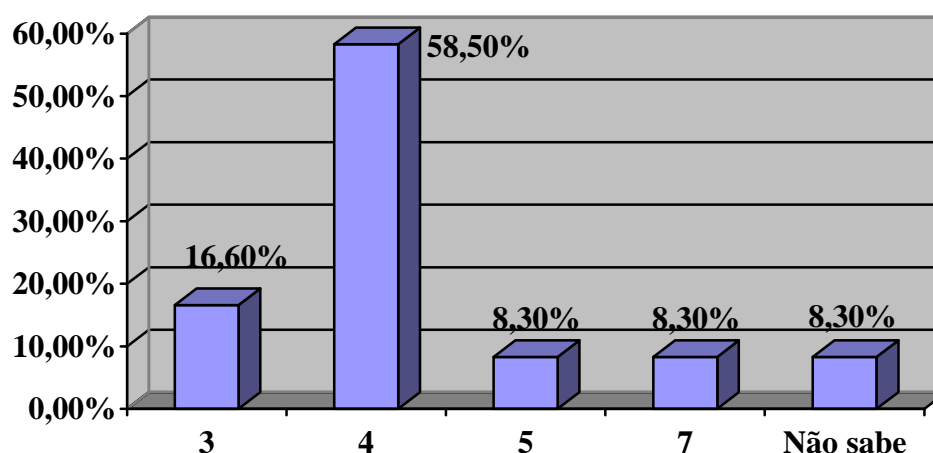
Gráfico 3 - Renda familiar (R\$) dos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010



Relacionando as informações dos gráficos 3 e 4, pode se inferir que a renda familiar desses adolescentes é de, em média, quinhentos reais por pessoa. No entanto, “o uso de drogas

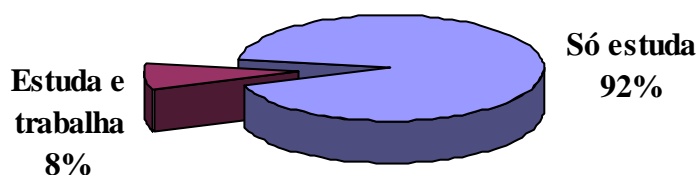
não é apanágio de nenhuma classe social específica de estudantes” (GALDURÓZ; NODO; CARLINI, 1997, p.130), até porque, no Brasil, ainda é controversa a relação entre o consumo do álcool e nível socioeconômico por conta da escassez de estudos (ANDRADE ET AL, 2009).

Gráfico 4 - Número de dependentes da renda familiar dos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010



O gráfico 5 caracteriza a situação laboral dos adolescentes. Dentre os sujeitos da pesquisa, apenas G1, que tem 18 anos e uma renda familiar de mais de dois mil reais (gráfico 3) a ser compartilhada para quatro pessoas (gráfico 4), exerce atividade laboral, trabalhando como auxiliar de operação de áudio, que embora seja considerada por ele como uma atividade prazerosa, não deixa de ter o ônus de um trabalho.

Gráfico 5 - Ocupação dos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010



O trabalho pode ser identificado como fator de risco para o consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes, pois gera estresse e necessidade de ingressar neste grupo, em que a bebida pode servir como instrumento relaxante. Ainda, gera independência financeira, o que facilita o acesso à substância (SOUZA; ARECO; SILVEIRA FILHO, 2005).

Apesar de Ficher (2003) afirmar que o trabalho pode trazer não só conseqüências negativas, mas também positivas para o desenvolvimento físico e mental, considero que a atividade laboral concomitante ao estudo pode influenciar negativamente o desenvolvimento escolar do adolescente, pois as horas destinadas ao trabalho podem diminuir o rendimento escolar, além de serem um impedimento para a realização de atividades extracurriculares.

À luz dos gráficos 6 e 7, são feitas considerações sobre as atividades de lazer dos sujeitos, nos quais 50% têm uma frequência semanal e, 25%, diária, o que caracteriza uma frequência intensa dessas atividades.

Gráfico 6 - Frequência das atividades de lazer dos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010

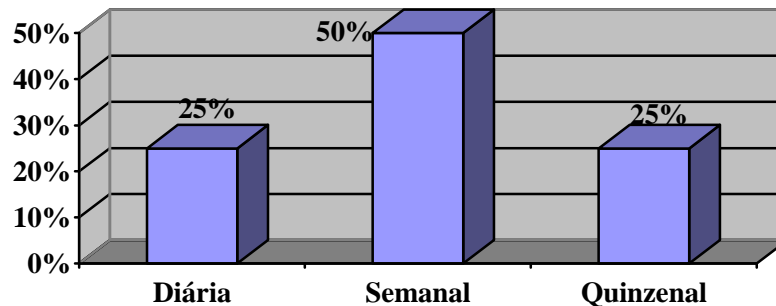
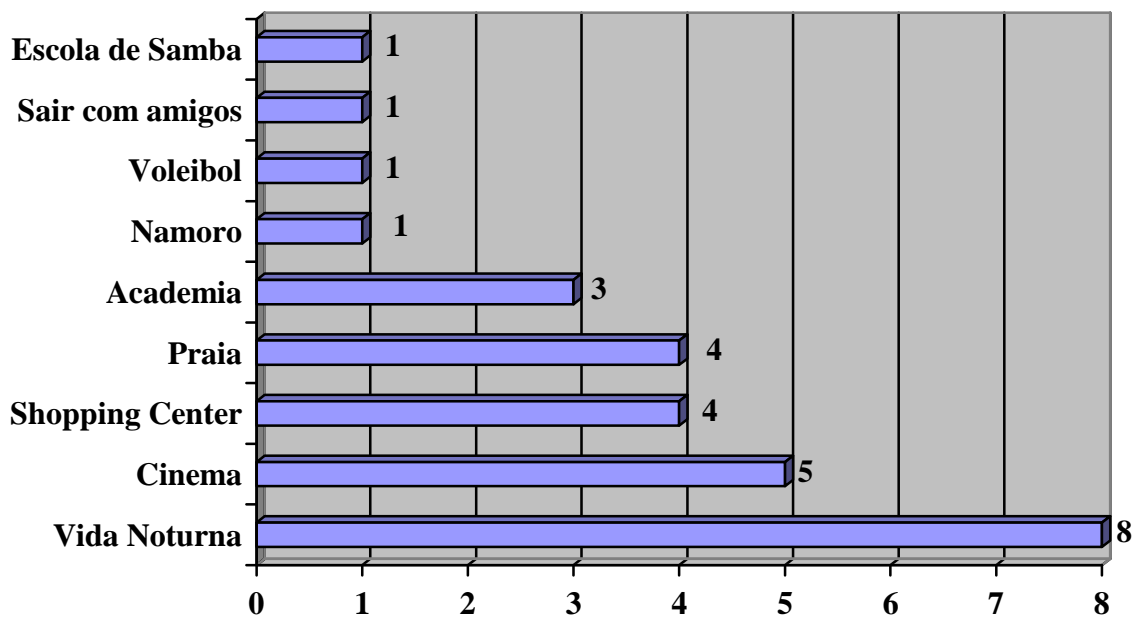


Gráfico 7 - Atividades de lazer do 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010



Na adolescência, o indivíduo tem a necessidade de dispersar da companhia de seus pais, optando por atividades com companhias da mesma faixa etária. Sendo assim, dentre as atividades de lazer, a vida noturna, em que se incluem shows, festas e boates, foi a atividade mais citada pelos sujeitos da pesquisa, seguida de cinemas, shopping Center e praia.

Destaco que essas atividades de lazer podem estar relacionadas ao consumo de bebidas alcoólicas, pois segundo Pratta e Santos (2007), nos lugares que os adolescentes frequentam é comum o consumo de bebidas alcoólicas, como shopping centers e a vida noturna (shows, festas e boates). Essa frequência geralmente acontece com a companhia de amigos e, caso estes consumam bebidas alcoólicas, este hábito pode exercer grande influência sobre o indivíduo.

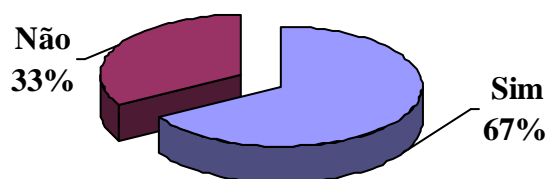
Estas afirmações se tornam relevantes, pois a partir dos resultados obtidos, que serão discutidos posteriormente (gráfico 13), os sujeitos deste estudo informam que amigos seus consomem bebida alcoólica e por vezes o consumo se dá na companhia deles (gráfico 10).

Entretanto a convivência com grupos de amigos não pode por si só ser vista como facilitadora do consumo, pois atividades realizadas em grupo como a prática de exercícios físicos é considerada um fator de proteção para o consumo de substâncias nocivas, pois o adolescente, assim, passa a ter uma maior preocupação com a sua saúde (op. Cit, 2007). E neste estudo (gráfico 7) quatro adolescentes informaram que academia é uma atividade de lazer e um adolescente pratica voleibol.

3.2.2. O contexto sócio-familiar dos adolescentes e o consumo de bebidas alcoólicas

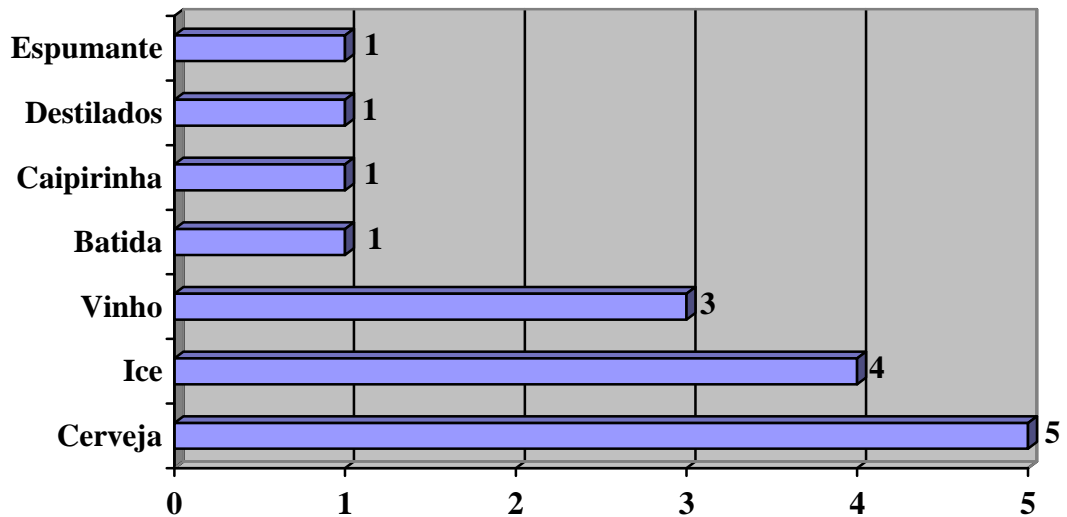
A partir das discussões sobre as atividades de lazer destes adolescentes, é possível entender o fato de a maioria dos sujeitos consumirem bebidas alcoólicas (gráfico 8). Este dado pode ser confirmado a partir dos atendimentos do PCI-II na ETEOT, que diagnosticou que apenas 25% dos alunos nunca utilizaram bebidas alcoólicas.

Gráfico 8 - Consumo de bebidas alcoólicas pelos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010



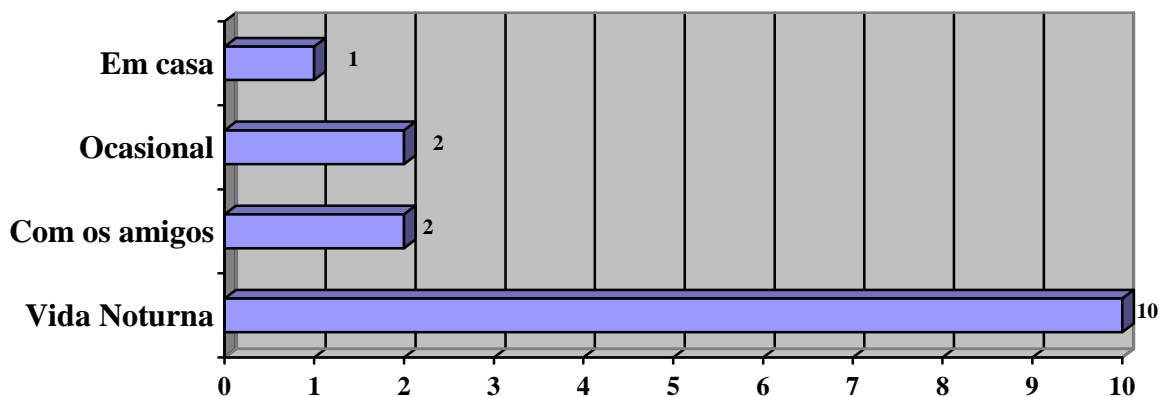
Galduróz et al (2005) evidenciam que dentre as substâncias psicotrópicas, as bebidas alcoólicas são as mais consumidas pelos adolescentes, em especial, a cerveja (BRASIL, 2007a). As informações sobre o tipo de bebida alcoólica consumida pelos adolescentes (gráfico 9) vão ao encontro dessa afirmativa do autor (op. cit., 2005).

Gráfico 9 - Tipo de bebida consumida pelos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010



Ao analisar o gráfico 9, considero que as bebidas listadas pelos adolescentes, inclusive as mais consumidas (a cerveja, o Ice e até o vinho), são aquelas que tem seu consumo associado a momentos de descontração e relaxamento, tanto pela sociedade quanto pela mídia. Ou seja, são substâncias relacionadas ao lazer, cujo consumo pelos adolescentes é banalizado, no que se refere às conseqüências, como por exemplo, o alcoolismo precoce. Sendo assim, segue o gráfico 10:

Gráfico 10 - Condições em que os 8 adolescentes consumidores fazem uso de bebidas alcoólicas - Rio de Janeiro / 2010



Ao analisar as condições em que os adolescentes consomem as bebidas alcoólicas (gráfico 10), observo que as condições referidas por eles podem estar associadas a momentos de socialização e lazer, que também acontecem semanalmente (gráfico 6) e com os amigos (gráfico 07). Ainda, vale afirmar que alguns adolescentes relatam consumir bebidas alcoólicas somente em datas festivas, o que corresponde às situações: “em casa” e “ocasional”.

Antes de analisar os gráficos 11 e 12, cumpre-me esclarecer que estes se referem somente aos adolescentes que declararam consumir bebidas alcoólicas. Os sujeitos que negaram esse consumo, durante preenchimento deste questionário, não responderam as perguntas que originaram estes gráficos.

No entanto, durante as discussões em grupo, estes adolescentes (que até então, não tinham revelado contato com o álcool) relataram já ter experimentado bebidas alcoólicas. Sendo assim, todos os adolescentes do estudo experimentaram bebidas alcoólicas, mas não foi possível obter dados de todos os adolescentes sobre a idade em que experimentaram o álcool.

Gráfico 11 - Idade em que os 8 adolescentes consumidores experimentaram bebidas alcoólicas - Rio de Janeiro / 2010

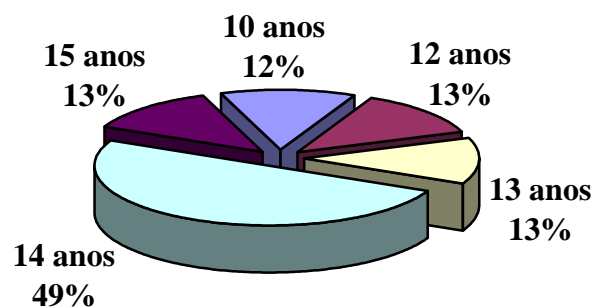
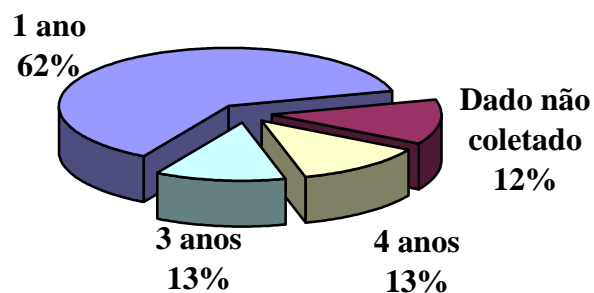


Gráfico 12 - Tempo de consumo dos 8 adolescentes consumidores de bebidas alcoólicas - Rio de Janeiro / 2010



A maior parte dos sujeitos deste estudo (49%) teve o primeiro contato com bebidas alcoólicas aos 14 anos, no entanto, destaco que uma adolescente teve esse contato aos 10 anos

(gráfico 11). Ainda, a maioria (62%) desses adolescentes, iniciou o consumo regular de bebidas alcoólicas um ano antes da produção destes dados, e um sujeito já consumia o álcool há 4 anos (gráfico 12).

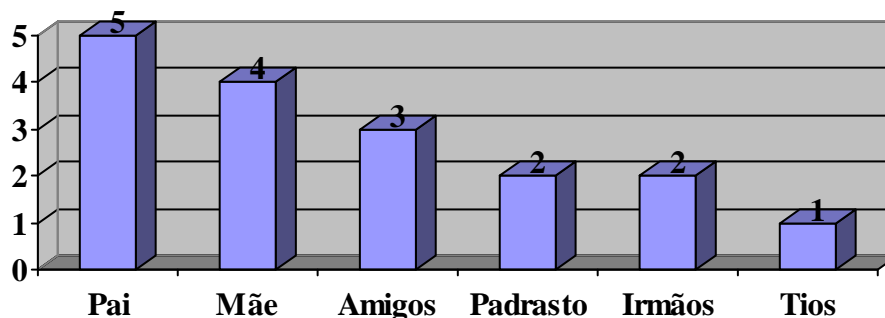
Deste modo, ressalto que embora a venda ou a oferta de bebidas alcoólicas para crianças e adolescentes seja ilícita (BRASIL, 1990), todos os adolescentes do estudo já tiveram contato com a bebida alcoólica ainda no início da adolescência, de modo que esse consumo já esteja ocupando um tempo acumulado considerável na vida desses sujeitos.

Destaco a situação da adolescente que teve o seu primeiro contato com o álcool aos 10 anos (gráfico 11). Esta afirmou que o consumo regular se iniciou bebidas alcoólicas há 4 anos. Como esta adolescente tinha 17 anos de idade (gráfico 2), pode-se inferir que este uso se iniciou aos 13 anos. Embora ela consumisse o álcool de forma esporádica, estava sempre associando às situações festivas, no âmbito familiar, sendo este considerado o ambiente mais comum para que ocorra o primeiro contato dos adolescentes com a bebida alcoólica (MENDES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

Vale ressaltar que o risco para o alcoolismo se torna mais próximo quando o consumo de bebidas alcoólicas é excessivo. No entanto, o uso do álcool vem ocorrendo cada vez mais precoce, o que pode transformar a antiga realidade, em que não se tinham jovens dependentes do álcool (DÉAL ET AL, 2004).

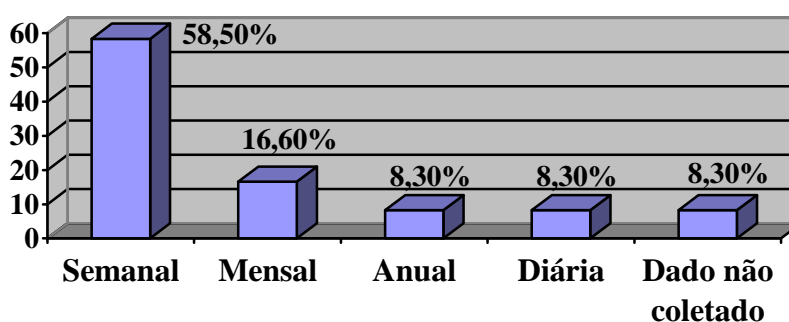
Com relação aos gráficos 13 e 14, os dados evidenciam que todos os adolescentes convivem com pessoas que consomem bebidas alcoólicas. Inclusive, considera-se que o histórico familiar tem estreita relação com o comportamento do adolescente no que tange ao consumo de álcool, principalmente quando o consumo de bebidas alcoólicas é praticado pelos pais (SOUZA; SILVEIRA FILHO, 2005).

Gráfico 13 - Consumidores de bebidas alcoólicas que convivem com os 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010



Deste modo, chama a atenção o fato de, entre os 12 adolescentes, o consumo pelo pai ter sido indicado cinco vezes e pela mãe, quatro vezes, ocorrendo em algumas situações, o uso de bebidas alcoólicas pelos dois: pai e mãe (gráfico 13). Ainda, pode-se observar que esse consumo acontece com frequência regular (16,6% consomem mensalmente – gráfico 14), o que pode evidenciar que o consumo do álcool faz parte de um hábito.

Gráfico 14 - Frequência de consumo de bebidas alcoólicas pelos consumidores que convivem com os 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010



Dourado et al (2011) apresentam que a idade comum para a primeira experiência com bebidas alcoólicas está entre 11 e 13 anos, sendo esse primeiro contato em casa, oferecido por algum familiar. Os autores (op. cit, 2005) destacam que a maioria dos adolescentes que consomem bebidas alcoólicas possui algum familiar com consumo excessivo.

Tendo em vista as características dos sujeitos desta pesquisa, é importante esclarecer que o cuidado educativo prestado na dimensão assistencial deste estudo é considerado uma forma de intervenção breve (IB), visto que as IBs:

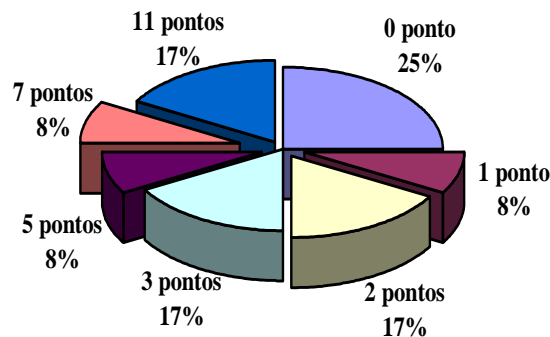
são inseridas na rotina usual de atendimento, ocupando um tempo mínimo, utilizando recursos didáticos para obter rapidamente um maior nível de informação do paciente sobre seus problemas atuais, avaliando e eliciando a motivação para mudança, preparando-o para tomar decisões (MARQUES; FURTADO, 2004).

Segundo os autores (op. cit.,2011), estas estratégias podem consistir em recomendações para a redução do consumo, no caso, de bebidas alcoólicas, podendo ser feitas pelo enfermeiro na atenção primária, desde que contenham os seis elementos básicos, aplicados neste estudo, como segue: “Feedback” – informação e esclarecimentos sobre a pontuação no questionário AUDIT; Responsabilidade – autonomia do sujeito para optar ou não pela mudança comportamental; Aconselhamento – recomendações feitas durante a assistência educativa; Menu – fornecimento de alternativas para as ações dos adolescentes; “Self-efficacy”- estímulo à autoconfiança e à capacidade de dizer “não”.

A etapa inicial de uma IB é a investigação dos problemas relacionados ao uso de substâncias, que ocorre através utilização de um instrumento padronizado que, no caso das bebidas alcoólicas, pode ser o AUDIT, que é o questionário aplicado aos sujeitos deste estudo.

O gráfico 15 apresenta a distribuição dos adolescentes conforme a pontuação no AUDIT. Sendo assim, 25% dos sujeitos não fizeram pontuação (resultado igual á zero), no entanto, preocupa o fato de 17% terem feito pontuação igual a 11.

Gráfico 15 - Pontuação no AUDIT dos 12 adolescentes participantes da pesquisa na ETEOT - Rio de Janeiro / 2010



Assim, de acordo com o gráfico 15, posso afirmar que 10 adolescentes estão na zona I, que representa baixo risco ou abstinência, sendo indicada a educação para o álcool; e 2 estão na zona II, que representa o consumo de risco, sendo indicadas as orientações básicas para o álcool (BARBOR ET AL, 2003; FURTADO E YOSETAKE, 2005). Esses dois níveis de assistência foram prestados a partir das discussões em grupo, nas quais essa temática foi problematizada.

Cumpre-me esclarecer que essa avaliação do AUDIT é feita agrupando-se as pontuações em intervalos (0-7; 8-15; 16-19; 20-40), que então dão origem às respectivas zonas de risco (I, II, III, IV), o que orienta a IB a ser adotada, conforme o quadro 2.

Figura 3 – Pontuação no AUDIT e Intervenção Breve

Pontuação no AUDIT	Nível de Risco	Intervenção Breve	O que fazer?
0 - 7	Zona I	Educação para o Álcool	Informar o resultado do AUDIT, as conseqüências do beber de risco, o limite de beber de baixo risco e quando não se deve beber.
8 - 15	Zona II	Orientações básicas	Informar o resultado do AUDIT, as conseqüências do beber de risco, o limite de beber de risco e quando não se deve beber, estabelecer metas (parar? Diminuir?)
16- 19	Zona III	Aconselhamento Breve	Informar o resultado do AUDIT, as conseqüências do beber de risco, o limite de beber de risco e quando não se deve beber, estabelecer metas (parar? diminuir?), avaliar a motivação do paciente e monitoramento.
20 - 40	Zona IV	Referenciamento	Informar o resultado do AUDIT, avaliar a motivação do paciente, aconselhamento para procurar um especialista, dar informações sobre serviços e encorajamento, monitorar o tratamento.

Fonte: Furtado e Yosetake, 2005.

Vale ressaltar que através da trajetória dos encontros dessa pesquisa, ao tempo em que acontecia a produção dos dados, foi implementado um cuidado educativo de enfermagem, pautado no diálogo e na problematização, em que os adolescentes participaram ativamente das ações previstas na figura 2 , que foram detalhadas no capítulo 2 do estudo em tela.

Capítulo IV

Imersão nos saberes e práticas dos adolescentes sobre o consumo de bebidas alcoólicas

CAPÍTULO IV

IMERSÃO NOS SABERES E PRÁTICAS DOS ADOLESCENTES SOBRE O CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS

Neste capítulo são apresentados resultados que emergiram dos grupos de convergência, comportando informações destinadas a descrever os saberes e as práticas dos adolescentes sobre o consumo de bebidas alcoólicas. A partir destas descrições foi possível identificar fatores de risco para o uso nocivo do álcool e assim, relacionar esses saberes e práticas com a dependência ao álcool, atendendo então ao primeiro objetivo desta pesquisa.

4.1. O comportamento dos sujeitos nas discussões em grupo

A partir da apresentação do filme, os estudantes foram estimulados a pensar sobre o tema em foco neste estudo e expressaram suas percepções verbalmente, através dos depoimentos que seguem:

- Tem uma parte no vídeo antes dela ir dançar: ela estava pensando no pai dela brigando e na mãe dela com a faca, e depois ela foi dançar (D1).*
- Primeiro os filhos seguem os exemplos dos pais (G1).*
- Mas que exemplo eles estão dando a ela ?(Pesquisadora)*
- Cresceu olhando o pai dela bebendo, batendo na mãe e até nela mesmo e então talvez tenha achado isso certo, um modo de vida correto (G1).*

A partir desses depoimentos, fica evidenciado que as relações familiares exercem grande influência no comportamento dos adolescentes, visto que essa é uma fase de fortalecimento do caráter e de tomada de decisões. Neste sentido, o comportamento dos pais interfere de forma significativa nas decisões que os adolescentes tomam sobre a sua conduta.

Essas considerações vão ao encontro de que a iniciação do adolescente no consumo de álcool é influenciada pela família e pode interferir no desenvolvimento comportamental do adolescente, visto que nessa fase o indivíduo está propenso a comportamentos de risco (DOURADO et al, 2011).

As autoras (op. cit, 2011) afirmam que “o comportamento e o próprio contexto social no qual os adolescentes estão envolvidos são considerados fatores de risco ou proteção.” Retomando as análises anteriores, ressalto que todos os jovens que participaram da pesquisa convivem com pessoas que consomem bebidas alcoólicas, sendo a maioria destas pessoas, parentes próximos dos adolescentes.

Nos depoimentos que seguem, a partir das percepções sobre o personagem do filme, emerge a maneira como os adolescentes enxergam o consumo de bebidas alcoólicas pelos adultos:

- Por qual motivo o personagem ia consumir bebida alcoólica? (Pesquisadora)*
- *Pra esquecer os problemas dele (D1).*
- *Trabalho, né? (C1)*
- *Fuga da realidade, muito estresse (G1).*

Na PCA realizada no meu estudo anterior, apresentei resultados que se aproximam das idéias expressadas pelos adolescentes do presente estudo, ao perceber que a dependência é vista pelos adolescentes como uma realidade própria da vida adulta, entendendo que o consumo de bebidas alcoólicas é feito pelos adultos como uma tentativa de alívio do sofrimento e da tensão (MENDES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

- *Gastava todo o dinheiro dele depois tinha que catar comida no lixo (D2).*
- *Tinha uma parte que mostrou também que o trabalho ficou todo voltado pra bebida, ela trabalhava pra beber (C2).*

À luz dos depoimentos de D2 e C2, estes percebem que o trabalhador, que utilizava a renda proveniente da sua atividade laboral para o seu sustento e da sua família, passa a utilizar esse dinheiro para consumir bebidas alcoólicas, faltando então para o sustento. Nestes depoimentos, mais claramente quando C2 diz: “ela trabalhava pra beber”, os adolescentes apontam indícios da dependência pelo álcool.

Essas considerações vão ao encontro das afirmativas de Ribeiro e Delphim (2011), que utilizaram este mesmo recurso pedagógico para promover discussão em grupo com adolescentes. As autoras colocam que, de fato, os adolescentes percebem que o personagem desvia a sua remuneração para a compra de bebidas alcoólicas, considerando essa conduta como sendo “para o sustento do vício” (op. cit., 2011, p. 102).

Ao tempo em que os adolescentes expressavam suas idéias sobre o filme, as discussões sobre o consumo de bebidas alcoólicas foram direcionadas para os saberes e as práticas dos próprios adolescentes de modo a introduzir a problematização. Vale destacar as observações feitas por mim e pelas auxiliares de pesquisa, com relação ao comportamento dos adolescentes, dos dois grupos distintos, durante o desenvolvimento das discussões:

Os sujeitos da pesquisa, em ambos os grupos, estavam bem humorados e receptivos às discussões sobre o tema abordado. A partir desse engajamento, pode-se perceber o interesse dos adolescentes nos temas abordados. No decorrer da dinâmica, eles passaram a expor suas opiniões sobre o uso do álcool e até suas próprias vivências de consumo.

Ressalto que associar a apresentação do filme às discussões serviu de estratégia lúdica que permitiu enriquecimento das discussões, pois segundo Belchior (2011), tal estratégia direciona os adolescentes para uma reflexão lógica e coerente com as situações que fazem parte do cotidiano e são determinantes para as suas escolhas.

Em ambos os grupos, todos os adolescentes se mostraram interessados nos subtemas abordados a partir da temática central: consumo de bebidas alcoólicas. No decorrer da dinâmica de grupo todos passaram a expor suas opiniões sobre o uso do álcool e alguns até suas próprias vivências de consumo.

O grupo 1, composto por alunos do segundo ano do ensino médio, apresentou uma discussão mais crítica, com relação à interação e à exposição das idéias. Os debates foram mais profundos e abordaram temas diversos, tais como: a legalidade do consumo, o aspecto social, a dependência. Como elementos centrais desse debate, destaco B1, F1 e G1.

No entanto, os demais participantes desse grupo também expuseram suas opiniões e suas práticas, participando ativamente das discussões. A problematização aconteceu não só por minhas intervenções, mas também espontaneamente, pelo grupo.

O grupo 2, composto por alunos do primeiro ano do ensino médio, já adotou uma postura mais ingênua. Foi necessário muito incentivo para que eles respondessem às perguntas e, ainda assim, as respostas na maioria das vezes eram curtas, não eram argumentadas pelos demais participantes. Como elementos centrais desta discussão, destaco B2, C2 e D2.

As discussões nesse segundo grupo se voltaram mais para as descrições das práticas e o aprofundamento das questões se deu exclusivamente por conta das minhas intervenções, tanto na problematização das idéias que surgiam, como da assistência de enfermagem (cuidado educativo).

4.2. Problematizando a função socializadora do consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes

A construção de uma identidade de grupo é parte do processo de desenvolvimento da individualidade do adolescente. Sendo assim, é possível identificar uma marca tendenciosa no seu comportamento, o que reflete a sua preocupação com a busca por amigos e interação grupal. Assim, o consumo de bebidas alcoólicas é utilizado pelos adolescentes como uma forma de se identificar com cultura da sociedade em geral, sendo então um instrumento de inserção no grupo, ou seja, de socialização, como o observado nos depoimentos que seguem:

O consumo começa como moda, por estar no meio da galera, vai pra balada, barzinho (C2).

*(Com) a pressão do grupo você fica querendo se destacar (G1).
Tem pessoas que acabam cedendo à pressão dos amigos, pra ficar bem no grupo e às vezes acabam se tornando dependentes (C2).
Eu não sou de beber, é muito raro. É mais para fazer parte daquele grupo, sair com os amigos (G1).*

Como um instrumento de interação social, regado pela imaturidade, o álcool passa a representar o elemento necessário que do ponto de vista do adolescente é o "passaporte" para participar da vida social, como é possível perceber no relato de C2: *Eu não bebo porque gosto, mas quando estou com os amigos...*

Muitas das vezes, o adolescente bebe não para apreciar a bebida alcoólica como é destacado na seguinte fala: *(Quando saio) bebo ice, vodka só com ades (B2)*. Aqui mais uma vez reforçando a questão social do álcool.

Os lançamentos estilo "ices" parecem sob medida para essa faixa etária o que aparentemente inofensivo, acaba por estimular ainda mais o hábito de beber. Noto que tais bebidas, embora sejam bebidas destiladas, são aquelas que se assemelham ao gosto de refrigerantes e outras bebidas não alcoólicas, ou seja, o prazer em consumi-las não está em apreciar o sabor de uma bebida destilada, mas sim, em fazer do álcool uma ferramenta, um componente da vida social.

Essa relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a interação grupal dos adolescentes também foi identificada nos resultados do meu TCC (MENDES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010, p. 161), em que o consumo de bebidas alcoólicas entendido como um "passaporte para a socialização", isso de tal maneira que os adolescentes desta pesquisa representaram a bebida alcoólica através da metáfora "lubrificante social".

Embora esteja evidente, nas falas alguns sujeitos, a função social da bebida alcoólica, para outros, essa relação parece não se aplicar, como nos depoimentos de E1 e E2, que seguem:

*Você tem que beber por você (E2). [Durante as discussões sobre o apelo social da bebida alcoólica e da necessidade de inserção no grupo]
Não vejo finalidade em ficar bêbada (...), não porque beber (E1). [Quando perguntada sobre o consumo do álcool entre os jovens e se havia pontos negativos nesse consumo]
Não gosto de ficar do lado de quem bebe, porque fica tudo mais chato (D2).*

Ainda, analisando as falas, posso apontar uma dimensão moral, que segundo (SOUZA, 2006) se desenvolve desde a relação das crianças com seus pais. Isso transparece no modo de pensar desses adolescentes, como de F1, B1 e G1, por exemplo, uma vez que eles levantam

críticas e determinam o que é certo / adequado e o que é errado / inadequado, no que tange ao consumo de bebidas alcoólicas nesta faixa etária.

Ela (a bebida) altera você, você faz aquilo e até sabe que é errado, mas você não quer saber sabe o que está fazendo (F1).

Tem jovens que acham que, quando bebem, ficar bêbado é legal, engraçado. Já ouvi falar: fico bêbado! Tipo, acha engraçado. Acho isso feio porque a pessoa paga mico faz um monte de besteira e ainda acha engraçado, fica rindo e com certeza vai fazer de novo e continuar fazendo as mesmas coisas de novo (B1).

Tem a religião, a escola, umas instituições que servem pra gente ter uma formação moral do que é certo e errado, o que vai ser bom pra sua vida ou não (G1).[respondendo F1, que considera que a religião interfere no consumo de bebidas alcoólicas dizendo que se os pais são evangélicos, proibirão o consumo pelos filhos]

Ao problematizar com os adolescentes a questão da bebida alcoólica enquanto droga, que embora seja lícita, tem seu fornecimento proibido para os indivíduos com idade menor que dezoito anos menores, foi levantado por eles a dimensão moral deste assunto, ressaltando a idéia de que é errado/inadequado consumir bebidas alcoólicas em bares e em casa, mas que em festas e outros ambientes freqüentados majoritariamente por adolescentes, esse consumo é normal e permitido culturalmente.

Deste modo, nos depoimentos supracitados, chama-se a atenção para a mentalidade e comportamento dos adolescentes, uma vez que eles se preocupam em avaliar o que é certo e o que é errado, no entanto, suas atitudes, ou seja, suas práticas não correspondem aos seus saberes. Sendo assim, embora eles conheçam os efeitos do álcool não só no campo físico, mas também, no campo da moral, os adolescentes atribuem à religião e à escola o dever de serem instituições promotoras desta formação moral.

Outro fator que contribui fundamentalmente para o uso do álcool entre adolescentes é a disponibilidade comercial e o preço. As bebidas alcoólicas são encontradas facilmente, em qualquer lugar e com preços acessíveis aos jovens. Apesar de existirem leis que proíbem a venda de bebidas para menores de 18 anos, essa é uma prática comum e que deve ser combatida. Os relatos a seguir ilustram esta situação na visão do adolescente:

Nesse final de semana, eu e a minha prima fomos ao bar comprar uma cerveja. Aí a gente sentou pra ver uma parte do jogo que estava passando, aí o cara do bar falou: “aqui vocês não podem ficar, não!” Porque a gente é de menor e não podia. “- E se a gente comprar e sair? - ah então pode!”, ele disse (C1).

Você beber em festa já é mais normal e o bar é pra adulto, então para o adolescente chegar lá e beber, eu acho que fica feio. Até porque a bebida não é para o adolescente, porque é para maiores de dezoito (B1).

E também, há jovens que estão vendo que isso é ruim, mas gostam, achando isso normal, e há também os lugares que vende mesmo sabendo que é para um adolescente (B1).

Eu não bebo em casa, acho o ambiente mais sem graça beber em casa, tipo ambiente de bebida é festa (B2).

Destaco as falas de B1 e B2, onde é possível perceber uma dimensão moral presente nas considerações dos sujeitos, quando falam sobre o ambiente que é normal para o adolescente consumir o álcool e sobre os locais em que o uso é criticado. Nota-se que estes pensamentos fazem parte dos costumes sociais e são adquiridos pelos adolescentes através do que vivenciam cotidianamente.

Nota-se que os adolescentes conhecem a ilegalidade do consumo de bebidas alcoólicas na adolescência, mas que isso não serve de barreira para este consumo. A naturalização deste consumo e a falta de vigilância por parte do Estado são situações estimulantes para o uso do álcool pelos adolescentes, o que acaba sendo um reflexo da própria sociedade, que não cumpre suas leis.

Segundo Souza (2006), os adolescentes têm grande interesse por questões ético-ideológicas, sendo esta uma fase em que ele constrói seus valores sociais. Assim, eles buscam seguir os valores defendidos pela sociedade e acabam se revoltando quando percebem que a sociedade em geral não segue os valores que determina, de modo que podem continuar acatando e defendendo essas convenções, ou desobedecê-las.

No entanto, Lepre e Martins (2009), ao analisar o desenvolvimento moral dos adolescentes, a partir da Teoria do Raciocínio Moral de Kohlberg e do Desenvolvimento Moral de Crianças de Piaget, consideram que o raciocínio moral dos adolescentes, em sua maioria, ainda é pouco desenvolvido (as decisões são tomadas a partir do medo da punição), o que pode interferir em suas condutas de modo a torná-los mais vulneráveis ao abuso de álcool.

Isso pode ser observado a seguir, nas falas de D2 e B2, que demonstram que o consumo de bebidas alcoólicas tem um caráter de liberdade no sentido de estarem longe da repressão dos pais / responsáveis e então poderem ter condutas que são proibidas por eles.

A diversão com os amigos, não estar do lado dos pais (D2). [durante as discussões sobre os aspectos positivos de se consumir bebidas alcoólicas]
(Bebe) Quando não está com os pais! É mais divertido, porque pai e mãe não estão do lado (B2). [Quando perguntada se só consome bebidas alcoólicas quando sai] (B2).

Os autores (op. cit., 2009, p. 39) relacionam o desenvolvimento moral com o consumo do álcool a partir do entendimento de que a sociedade faz do álcool “um aliado do prazer

lícito” e tem “uma visão simplista do adolescente como consumidor”, o que prejudica o seu desenvolvimento moral. O que se observa é uma intensa exposição desse adolescente à imagem da bebida alcoólica sempre relacionada à diversão. Os reflexos dessa exposição são observados nos depoimentos que seguem:

As festas... Tudo fica mais legal! (D2).

Não tem graça sair sem beber, deixa mais alegre (B2).

A bebida alegra tudo, tudo muda (E2).

Ah! Quando bebe você se solta mais, fica mais alegre. (A2)

Quando não bebe você fica lá parada e quando bebe você... (B2)

Ao analisar estas falas, é possível perceber uma reprodução fidedigna das idéias contidas nas propagandas de bebidas alcoólicas que são transmitidas intensamente pela mídia escrita e audiovisual, que sempre relacionam o seu consumo a momentos de lazer, descontração e interação grupal. A crença de que uma reunião social possa não ser agradável sem que inclua consumo de álcool é comum na nossa sociedade.

Segundo Vendrame et al (2009), embora haja a auto-regulamentação publicitária, objetivando proteger os adolescentes da exposição ao marketing da indústria do álcool, estes ainda assim são atingidos pelas mensagens que apresentam o álcool como um produto comum. Assim, a bebida alcoólica se torna atraente para estes jovens, uma vez que as propagandas estabelecem uma estreita relação entre o álcool e situações de conquistas, lazer e satisfação, o que é considerado por Bertolo e Romera (2011) como um argumento forte de apelo a esse consumo.

A maioria das pessoas costuma acreditar que o álcool é um estimulante, já que o seu uso pode causar desinibição e atitudes eufóricas. Mas embora, num primeiro momento, essas manifestações da intoxicação aguda pelo álcool pareçam corresponder a uma ação estimulante, isso ocorre porque ele é um depressor do sistema nervoso central, que afeta o julgamento, o nível de consciência, o autocontrole e a coordenação motora.

Segundo Nicastrí (2010, p.15), todas as drogas depressoras do sistema nervoso central causam “uma diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, e é comum um efeito euforizante inicial e, posteriormente, um aumento da sonolência.” Ainda, o álcool possui ação negativa em diversos órgãos, sendo as mais frequentes gastrites, úlceras, hepatite, cirrose, diminuição da força muscular das pernas, doenças do coração e derrame (BRUST, 1999).

Na fala de D1 e nas discussões sobre a dimensão social do consumo de bebidas alcoólicas que seguem, pode-se perceber que embora a sociedade tenha informações sobre os

aspectos negativos do consumo de álcool, o apelo social da bebida alcoólica se torna quase que impositivo:

(A bebida) não traz coisas boas. Todo mundo, quando sai, bebe e todo mundo sabe que não traz coisas boas (D1).

As pessoas fazem aquilo e acham que tem mais poder (A1).

- Por que uma pessoa se diverte muito bem sem bebida e a outra pessoa, pra se soltar tanto quanto a outra, precisa beber pra se soltar? (Pesquisadora)

- Não sei porque, quando eu bebo eu fico mais solto (F1).

- Como é isso do querer e do precisar, pra me divertir? (Pesquisadora)

- Não é que eu precise, não sei (F1).

- Pra ficar melhor: não é isso, você não precisa. Você vai se divertir sem, mas se tiver, vai ficar melhor (B1).

4.3. Refletindo sobre o contexto familiar e sua relação com o consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes

Os depoimentos relacionados a esta temática contêm elementos que ora predispõem os adolescentes ao consumo de bebidas alcoólicas, ora levam à reflexão sobre aspectos negativos relacionados a este consumo. Isto por conta da influência que o comportamento presente no contexto familiar pode exercer sobre esses jovens.

Nas falas que seguem, os adolescentes relatam situações negativas relacionadas ao álcool, que são vivenciadas em seus contextos familiares. Isso representa uma falta de compromisso dos pais e familiares em relação aos exemplos negativos sobre o uso de bebidas alcoólicas, que interfere na formação dos adolescentes.

Meu avô tinha situação boa e perdeu tudo o que ele tinha por causa da bebida, minha avó separou dele, a partir daí eu vi que não é uma coisa boa (E1).

Minha avó mesmo, minha mãe conta que quando minha avó não tinha dinheiro, bebia perfume. Até que o médico falou com ela que se ela não parasse, daqui a um tempo iria falecer, até que ela parou (G1).

Embora os adolescentes percebam os aspectos negativos do consumo de bebida alcoólica, eles os relacionam à vida adulta, ou seja, a uma realidade distante da sua, não constituindo uma preocupação para eles, que associam o abuso do álcool somente aos efeitos tardios. Nota-se, nas falas de E2 e D2, que eles apontam situações não só conseqüentes de efeitos do abuso do álcool em longo prazo, mas também em curto prazo, nos quais, não só os adultos, mas também os adolescentes estão expostos.

Meu padrasto bebe e fica perturbando a gente (E2).

Ah! Minha mãe quando bebia ficava muito “saidinha”, insuportável (D2).

Olha, eu tenho um tio que vai pra Maricá, e ele só viaja depois que ele bebe. Ele bebe, bebe, bebe e só gosta de viajar de madrugada. E ele só vai pra lá

depois que ele bebe. Quem está no carro meu deus do céu... (D2) [após orientações da pesquisadora sobre efeitos da bebida alcoólica e sua relação com a realização das atividades diárias, tais como a condução de veículos automotores, por exemplo].

Vale ressaltar que, quando os sujeitos aproximam os prejuízos causados pelo abuso do álcool da sua realidade, eles transportam a responsabilidade das situações para a vida adulta, como segue na discussão a seguir:

- *Então é bem do jovem que bebe não ter interesse nenhum. Tem uns que nem vão a escola e os pais também não ligam deles não estarem nem aí. (Pensam:) “Ah! Meu filho está fazendo, eu vou ficar brigando...” Nem ligam (B1).*
- *Ah! Mas se você souber que seu filho está bebendo, você vai fazer o quê? (F1)*
- *Mas também se você é mãe, e não fizer nada! (G1)*
- *Mas às vezes os pais nem estão vivendo aquilo (F1).*

Deste modo os sujeitos refletem sobre esta negatividade relacionada ao álcool, mas não as convergem para a sua realidade. Segundo Mendes, Teixeira e Ferreira (2010), os adolescentes se preocupam com as conseqüências do consumo do álcool, mas esta não faz parte do seu universo. No entanto, ressalto que os efeitos do abuso crônico do álcool, inclusive a dependência, podem fazer parte da realidade do adolescente, quanto mais precoce eles iniciem esse consumo.

Portanto, embora estas reflexões sejam importantes para a tomada de decisões dos adolescentes sobre a sua própria conduta perante o álcool, elas não são suficientes para afastá-los de um comportamento de risco. Principalmente se o contexto sociofamiliar trazer influências para iniciar os adolescentes no consumo de bebidas alcoólicas, como o observado nas falas de F1, C1 e D2:

Antigamente, meu pai não deixava eu beber, aí comecei a sair com ele, bebendo, há um ano eu comecei a beber. Virou uma coisa normal na minha vida, porque tem muita gente que não bebe porque não pode. Muitas pessoas não bebem porque a mãe não deixa, o pai não gosta se chegar bêbado em casa, se não chegar legal em casa o pai vai falar, a mãe (também). Então, meu pai fala assim é melhor fazer comigo do que fazer sem eu estar vendo, fazer besteira sozinho (F1).

Meus pais, bebida assim que eles consomem é só vinho. Praticamente toda noite uma taça de vinho, é pouco, mas sempre assim: chegam do trabalho, eles conversam e tomam uma taça de vinho, mas é pouco (C1).

Meus amigos e minha irmã bebem muito (D2).

Ressalto que, conforme os resultados apresentados no capítulo três desta pesquisa, é preocupante o fato de que dois sujeitos apresentam um consumo de bebidas alcoólicas já

considerado de risco. Vale destacar que este padrão se refere aos sujeitos C1, cujos pais consomem bebidas alcoólicas habitualmente em casa, tendo um cunho positivo; e F1, cujo consumo é aceito pela figura paterna.

É dentro de casa que acontece o primeiro contato dos adolescentes com o álcool, com consentimento da família, uma vez que o uso dessa substância é tolerado e bem aceito, principalmente quando associado a ocasiões sociais ou com a função de relaxamento. No entanto, muitas vezes esse uso social e positivo se repete diariamente e não se limita a uma ou duas doses (LEPRE; MARTINS, 2009).

Neste sentido, Ahlström (2009) afirma que é através do meio cultural, do contato com as outras pessoas, principalmente com relação ao modo de consumo dos pais e amigos, que o adolescente adquire o seu comportamento com relação ao consumo de bebidas alcoólicas. Este então considerado um comportamento social, retomando a primeira temática discutida neste capítulo, que trata da função social do álcool.

4.4. Consumo de bebidas alcoólicas: dialogando sobre o autocontrole

Considerando os aspectos discutidos neste capítulo, emergem como fatores de risco para um consumo nocivo de bebidas alcoólicas: o fato de a bebida ser entendida como um instrumento de socialização, a influência do contexto sociofamiliar, bem como o fato dos adolescentes se isentarem da suscetibilidade de danos por conta do abuso de álcool.

Deste modo, ao longo das discussões em grupo, foi levantada esta temática, sendo abordada a relação entre controle e exagero, entre exagero e dependência, e também é discutida a questão sobre “beber com responsabilidade”. Assim, para os adolescentes, há uma relação direta entre exagero e perda do controle, como observado nos depoimentos que seguem:

(Exagero é) beber todo final de semana, ficar bêbado (B1).

(Exagero é) perder o controle (G1).

Beber exagerado é beber muito e fazer coisas que se você não tivesse bebido você não faria (D1).

Assim: todo o final de semana você beber, todo final de semana que você perder o controle, eu acho exagerado (C1).

Eu acho exagerado, quando você não consegue parar, eu se tiver numa festa não quero beber não vou beber, agora se eu começar a sair e não conseguir ficar sem beber é exagerado (F1).

Aponto que embora os adolescentes conheçam os efeitos do álcool no organismo e identifiquem o uso controlado, o abuso e a dependência, eles não conseguem estabelecer uma

relação clara entre esses elementos, pois, para eles, o que se entende por exagero / abuso ainda não está bem definido.

Heckmann e Silveira (2009) consideram que a sociedade, através de uma dupla moralidade, promove o consumo do álcool de forma moderada, mas discrimina o abuso do álcool, o que dificulta o estabelecimento dessas relações sobre o consumo do álcool pelos indivíduos.

Sendo assim, destaco as falas de A2, que define o momento em que o consumo se torna abusivo / exagerado, relacionando-o ao aparecimento de sinais psicológicos decorrentes dos efeitos agudos deste consumo, que se caracterizam principalmente por alteração do comportamento, perda de controle e intenso desejo de consumir a substância (op. cit, 2009). No entanto, segundo esse entendimento, só é possível identificar o exagero quando ele já manifesta seus sintomas:

(Estar bêbado) é você passar dos limites, ficar insuportável (A2).
Se beber descontroladamente, começa a pagar mico, dançar no meio de todos (A2).

Segundo os autores (op. cit, 2009), além da perda do controle ser um sintoma de exagero, ela também é considerada um dos principais sinais da dependência alcoólica, tal como o desejo intenso de consumir o álcool. Isso vai ao encontro do conteúdo das discussões a seguir, em que os adolescentes relacionam a dependência pelo álcool à perda de controle.

- *O que seria então vício para vocês? (Pesquisadora)*
- *Seria estar fora de controle né? (G1)*

O organismo está pedindo aquilo você não consegue ter controle sobre aquilo (G1).
A pessoa viciada não consegue ficar sem beber, todo dia ela tem que beber. É diferente das pessoas que bebem socialmente, bebem e conseguem parar de beber (C2).

Ainda, nos depoimentos que seguem, de G1 e C1, os sujeitos refletem que podem ocorrer prejuízos a partir da perda de controle no consumo de bebidas alcoólicas. Teixeira (2008) afirma que “a linguagem popular tem uma riqueza simbólica que traduz o significado pessoal e coletivo que as palavras trazem do mundo.” Assim, pode-se observar que, através de uma linguagem própria, metafórica, os sujeitos fazem associações entre o seu conhecimento prévio e os novos saberes que vão sendo incorporados ao longo da problematização:

Se você tiver uma alimentação desregada você pode ter uma obesidade e outros problemas de saúde, da mesma forma a bebida (G1).
Por exemplo, o carro na Avenida Brasil, o limite é 80Km/h, agora se você passa a botar a 120 Km/ h você passa a dirigir de forma irresponsável, da

mesma forma o álcool, se você consegue ter um controle, manter um limite, você consegue viver bem com aquilo. Não vai ser nocivo pra sua vida e pra sua saúde (G1).

Eu acho que tudo na vida tem que ser tipo não tem que ser exagerado né, não só pra bebida pra tudo que você consome em exagero acaba prejudicando (C1).

Estabelecidas as relações supracitadas, os adolescentes consideram que para evitar a perda de controle e o abuso do álcool, o ideal é que este seja consumido de forma moderada, que, segundo eles, é o uso que não traz prejuízos aos indivíduos, como segue nos depoimentos:

Beber moderadamente não é ruim porque você bebe se solta mais, fica mais feliz, se a pessoa bebe muito fica chata começa a falar besteira, ninguém aguenta mais ele. É um ponto negativo da bebida (D1).

- Beber pouco (é positivo), porque vai chegar uma hora que vai começar a beber muito e sempre e pode ficar dependente da bebida (D1).

- Nem sempre, se tiver alto controle (G1). [Respondendo à D1]

Eu acho que beber não é o problema, mas tem que saber beber. Porque tem gente que bebe segunda, terça... todos os dias (C2).

Segundo a OMS, o consumo de bebidas alcoólicas aceitável para não trazer prejuízos ao indivíduo é de 15 doses / semana para homens e 10 doses / semana para mulheres (as medidas das doses estão definidas no quadro 1 desta pesquisa). No entanto, não só para os adolescentes como também para a sociedade em geral, é difícil se chegar a uma definição de consumo moderado, sendo este interpretado conforme as percepções individuais.

No diálogo a seguir, observa-se que os sujeitos deste estudo consideram que o beber moderado é aquele que não traz prejuízos para o indivíduo, sendo esta a forma responsável de se consumir bebidas alcoólicas.

- Pra se livrar do vício da bebida alcoólica, das conseqüências, a única solução seria parar de beber e se afastar de alguém?(Pesquisadora)

- É beber conscientemente (C1).

- Eu acho que é ser consciente de suas responsabilidades de beber (B1).

- Como é beber com responsabilidade? (Pesquisadora)

- Não tem como (F1).

- Tem sim, eu já bebi Gumy¹¹, um copo, eu vi que aquilo ali ia me fazer mal, tipo, a quantidade de álcool que tem ali queima, então eu parei de beber. Eu acho que fiz uma coisa responsável, porque eu vi que depois eu ia ficar mal (B1).

- Mas você não bebeu com responsabilidade, você parou de beber (F1).

- Ela viu que aquilo ia fazer mal pra ela e parou (D1).

- Eu, por exemplo, eu já bebi de forma irresponsável e já bebi de forma responsável (...): Então a primeira vez que eu bebi, estava com um grupo de

¹¹ Gumy é um preparado de bebida destilada (vodca ou cachaça), em que é adicionado à bebida alcoólica um refresco industrializado desidratado em sachê, para disfarçar o gosto do álcool e conferir ao preparo um sabor extremamente doce.

amigos, estava com garrafa de vodka e misturando com refrigerante, houve uma hora que eu vi que estava ficando tonta, aí eu falei: “no ambiente que eu estou”, era carnaval, “no ambiente que eu estou é melhor eu parar porque senão vai acabar...” (pausa curta) Eu estava praticamente sozinha, porque o pessoal estava mais pra lá do que pra cá. “É melhor eu parar antes que aconteça uma besteira.” Aí eu parei. “Vou ficar só tomando refrigerante.” Aí fiquei tomando refrigerante.

- Da outra vez eu vi que estava ficando ruim, eu até pensei assim: “Poxa, vou parar! Ah não! Vou continuar!” Fui, fui, fui até dá besteira (C1).

Apesar dessas considerações trazidas pelos adolescentes serem em favor de um consumo responsável do álcool, as suas práticas sinalizam para o preocupante fato deles incorporarem o beber pesado episódico aos seus momentos de lazer. Além disso, nota-se o consumo do álcool não como um aliado da diversão, mas sim como o principal motivo dos momentos de lazer, ou seja, percebe-se a adoção de um beber simplesmente por beber.

Heckmann e Silveira (2009) apontam que o beber pesado episódico (*binge drinking*) corresponde ao consumo de, em uma única ocasião, a partir de cinco doses de bebidas alcoólicas para homens ou a partir de quatro para mulheres, pelo menos uma vez nas últimas duas semanas. Observa-se que esse padrão tem se tornado cada vez mais comum entre os jovens, excedendo o padrão considerado como moderado.

Ressalto importância de se desenvolver junto a esses adolescentes, uma estratégia que os levem a refletir sobre seus comportamentos com relação ao consumo de bebidas alcoólicas. Esta pesquisa, ao articular a produção de dados à assistência de enfermagem, que se deu através de um cuidado educativo dialógico e problematizador, atingiu o objetivo de proporcionar esta reflexão pelos sujeitos, que é abordada no próximo capítulo.

Capítulo V

Os adolescentes e sua relação com o álcool: da Consciência Ingênua à Consciência Crítica

CAPÍTULO V

OS ADOLESCENTES E SUA RELAÇÃO COM O ÁLCOOL: DA CONSCIÊNCIA INGÊNUA À CONSCIÊNCIA CRÍTICA

A partir dos resultados apresentados neste capítulo, é possível analisar como os saberes dos adolescentes interferem nas suas práticas, bem como traçar uma relação entre as suas práticas e a dependência ao álcool, o que atende ao segundo objetivo desta pesquisa. Ainda, é neste capítulo que se evidencia os pressupostos teórico-metodológicos deste estudo, onde se caracteriza o cuidado educativo problematizador, pautado numa relação dialógica.

5.1. Problematizando as conseqüências para a saúde dos adolescentes em relação ao consumo do álcool

É sabido que o consumo de bebidas alcoólicas pode acarretar em conseqüências para a saúde dos indivíduos, principalmente do que se refere ao uso crônico ou ao beber pesado (binge drinking). Segundo Andrade et al (2009), esse comportamento pode estar associado a danos a integridade física, tais como acidentes de trânsito, situações violentas, dentre outros acidentes e exposição à doenças sexualmente transmissíveis, além de alterações fisiológicas, como hipertensão, gastrite, pancreatite, dentre outras.

Á luz dos depoimentos pode-se perceber que os adolescentes associam os efeitos do álcool às situações de doenças/morbididades, que fogem da normalidade, uma vez que relacionam o termo “ficar ruim” ao consumo do álcool, e o termo “ficar bom” ao uso de remédios.

Ninguém bebe pra ficar bom, isso é verdade, beber pra ficar bom, bebe remédio! (F1)

Não! Eu não bebo pra ficar ruim, mas eu não bebo pra ficar esticado (F1).

- Mas não é “beber pra ficar ruim”? (Pesquisadora)

- É tu não vai ficar normal tu não bebe pra ficar normal (F1).

- Ah! Mas a pessoa que bebe faz besteira (B1).

- Toda pessoa que bebe faz besteira? (Pesquisadora)

- Não. É que não tem como você beber e ficar normal (F1).

Nota-se que, ao consumirem bebidas alcoólicas, eles se percebem expostos a comportamentos que possam fugir do autocontrole e causar riscos à saúde e/ou integridade física. Ahlström (2009) aponta que é alta a incidência de adolescentes com problemas relacionados ao álcool, que incluem danos a objetos pessoais (perda de objetos de valor), envolvimento em acidentes e/ou ferimentos, além de problemas de relacionamento com pais e amigos.

Destaco que os problemas relacionados ao consumo de álcool por adolescentes estão constantemente relacionados ao beber pesado, uma vez que a característica de se embriagar é comum aos adolescentes (AHLSTRÖM, 2009). Sendo assim, seguem depoimentos das discussões sobre embriaguez em que são evidenciadas essas situações em que eles se reconhecem vulneráveis e, até, se sentem culpados por isso, como na fala de C2.

Eu já (fiquei bêbado), confesso! (C2).

Eu, quando bebo, eu fico mais na minha, eu fico com medo de arrumar confusão. Se eu brigar na rua, eu bêbado, é certo, eu praticamente vou apanhar. Prefiro evitar, fico na minha (F1).

Em uma festa de rua, fui numa obra abandonada fazer xixi (A2).

As pessoas com quem eu saio nunca chegaram pra mim (dizendo que) eu fiz besteira (F1). [Durante as discussões sobre embriaguez

Brigar com uma pessoa e matar ele (A1). [Relacionando a embriaguez aos riscos que o álcool poderia trazer à saúde dos jovens]

Felipe e Duffrayer (2011) consideram que o consumo de álcool pelos adolescentes tem estreita relação com atitudes e situações violentas. Segundo os conceitos de Calazans et al (2006) sobre a vulnerabilidade, que são abordados no capítulo 1 desta pesquisa, a adolescência é tida como uma fase de maior vulnerabilidade, devido às características individuais e socioculturais, a exemplo da fala de C1 e no diálogo com F1:

Eu não me lembro do processo de eu ir sentando no chão eu só lembro eu em pé e de repente eu no chão (...). É como se você tivesse sonhado, tipo, na minha cabeça só vem flash. É como se eu tivesse sonhado, aí depois eu fiquei assim para os meus amigos: "eu fiz isso?" Aí eles: "É, você fez." Aí elas iam me contando (...) Sinceramente eu achei engraçado, assim não tem nada que eu fiz que foi uma besteira: "caraça! ferrei com a minha vida." (...) - Hoje em dia eu até continuo tomando (absolut) só que, por exemplo, já vejo que já fiquei mal com isso aqui, vou moderar (C1).

- Eu fiquei muito ruim mesmo quando bebi Gumy e nunca mais eu coloquei Gumy na boca, tomei nojo daquilo. Fiquei muito ruim, dormi na festa, praticamente desmaiei acordei num lugar sendo carregado pra casa e depois acordei em casa de manhã sem saber quem tinha me dado banho... vômito na cama... depois eu nunca mais eu bebi Gumy e nunca mais cheguei a esse ponto (F1).

- Quantos copos você bebeu? (Pesquisadora)

- Na verdade eu não sei (pausa curta) Até que eu lembre quatro copos (F1).

Assim, a ingestão de álcool na adolescência tem um caráter preocupante, principalmente se entendido que fisiologicamente o adolescente é mais vulnerável aos efeitos do álcool, pois suas funções orgânicas ainda estão em formação. Deste modo, vale ressaltar que "um copo de cerveja é o bastante para fazer com que o indivíduo perca o senso de julgamento e a coordenação motora seja afetada. Psicologicamente o jovem sob influência do

álcool ou drogas sofre transformações no temperamento e na personalidade” (SILVA, 2000, p. 39).

Nos depoimentos que seguem, evidenciam-se outras situações em que o consumo de bebidas alcoólicas trouxe prejuízos aos adolescentes, no que se refere aos aspectos mencionados na citação de Silva (2000).

Nunca passei vergonha, mas teve uma vez que acho que eu já caí... Ah! Caí! Tropecei, já tinha bebido... (B2).

[Quando perguntados sobre efeitos negativos das bebidas alcoólicas]

- (Senti) Dor de cabeça, ressaca (A2).

- Na hora (senti) uma tontura (B2).

A vulnerabilidade dos adolescentes com relação aos problemas com o álcool pode estar associada à maneira como eles dispõem das informações sobre a sua saúde e como eles as aplicam em suas vidas, sendo esta, segundo Ayres (1999), a dimensão individual da vulnerabilidade.

Neste sentido, aponto que a abordagem assistencial deste estudo se deu a partir de um cuidado educativo construído junto a esses sujeitos, de modo que educadora-pesquisadora e educandos pudessem apreender a realidade de forma crítica, deixando de ocupar uma posição ingênua, para que através do diálogo, ambos fossem capazes “de atuar sobre a realidade social para transformá-la.” (FREIRE, 2008, p. 12).

Entendo que a partir da ação dialógica, que remete emancipação e empoderamento, os sujeitos se tornam responsáveis pela construção do conhecimento e pela ressignificação da realidade que aprende através de sua ação transformadora sobre o mundo. A partir das experiências dos sujeitos é que se faz a problematização, que é passo fundamental para a passagem da consciência ingênua para a crítica, em que há estímulo para a reflexão. Segue, portanto, trechos de um diálogo que remete a essas discussões:

- Você falou que ficou tonto por causa do Gumy ? (Pesquisadora para F1)

- Não me deixou tonto, eu desmaiei (F1).

- Eu acho que era Gumy, porque o Gumy, ele é muito álcool (F1).

- Toda bebida tem a mesma quantidade de álcool (Pesquisadora)

- Sério? (E1)

- Toda dose tem a mesma quantidade de álcool, por isso que as doses são variadas então se a gente não respeita a dose daquela bebida a gente acaba consumindo mais álcool, ou seja, uma dose de cerveja tem a mesma quantidade de álcool, de 10 a 12 g, que uma dose de vinho. Só que uma dose de cerveja tem 350 ml, é um lata; uma dose de vinho é uma taça, 150 ml; uma dose de cachaça tem 40 ml, um dedinho; uma dose de Ice é uma garrafa, 275 ml; então se você bebe uma garrafa de Ice você está consumindo a mesma coisa de álcool que uma lata de cerveja. O Gumy é cachaça, a dose do Gumy é 40 ml, então se em um copo de Gumy se coloca

metade refresco e metade cachaça, em um copo de 200ml está tomando quase o triplo da dose (Pesquisadora).

- O Gumy quase nunca é a gente que faz, (...) porque o Gumy é pra festa de bebida liberada, ele é feito pra pessoa passar mal e não beber cerveja, que é mais caro (F1).

- Como assim? (Pesquisadora)

- Por exemplo, eu estou organizando uma festa, então o que eu vou fazer: botar bastante açúcar para o pessoal não sentir o gosto da cachaça, então você vai beber mais, vai passar mal e a cerveja, que você gastou mais dinheiro, vai ficar lá (F1).

- Então, normalmente as pessoas não acham que ficam tontas com um copo de cerveja, diferente de um copo de cachaça (F1).

Eu, por exemplo, já fiquei quase em coma alcoólico e eu nunca poderia imaginar (...). Por exemplo, quando eu passei mal, eu estava tomando drinque de manga com energético. Nossa! Aquilo virou doce, pra mim aquilo não ia me fazer mal. Nunca na minha vida, aquele gostinho de manga, assim, no fundo, (pensei): “estou bem pra caramba! Quando vi... (C1).

Embora no diálogo que segue, os adolescentes reflitam sobre a sua vulnerabilidade, destaco as falas de D1, que não associam que o consumo do álcool acarrete em um risco iminente para a vida dos jovens, a partir de efeitos agudos. A adolescente relaciona os efeitos adversos do álcool somente ao uso prolongado, como lesões hepáticas. Isto, segundo Freire (2008), se trata de uma percepção ingênua da realidade, que a torna impetrável aos sujeitos, que se mantêm resignados.

-Quais os riscos que a bebida alcoólica pode trazer a saúde? (Pesquisadora)

- Câncer de fígado (D1).

- Para o jovem, tem chance (do abuso com a bebida) trazer prejuízo logo de cara? (pesquisadora)

- Não!(Pausa curta) Depende da pessoa. (D1)

- A pessoa pode ter uma coma alcoólico (F1)

- Pode se machucar, sei lá! (B1)

Quando você tem certa porcentagem de álcool no sangue, tem coma agudo e pode morrer (E1).

Vale ressaltar que mesmo para os indivíduos que estão iniciando o consumo do álcool em suas vidas, que é o caso dos consumidores desta pesquisa, o consumo em excesso traz efeitos físicos (náuseas, vômitos, hipotensão postural, sudorese, parestesia), que se revelam como sinais de uma abstinência decorrente daquele excesso de substância que vai sendo eliminado pelo organismo, como também efeitos psíquicos (irritabilidade, euforia, humor depressivo). Tornando-se repetido esse padrão de consumo, o indivíduo pode desenvolver tolerância ao álcool, caracterizado pela resistência aos seus efeitos (HECKMANN; SILVEIRA, 2009).

É preciso, portanto, compreender que o cuidado educativo deve ter por objetivo primordial a conscientização dos sujeitos, no que tange a provocar uma atitude de reflexão que comprometa a ação (FREIRE, 2008)

Para tanto, esta pesquisa é pautada no diálogo, que não se limita ao depósito ou ao intercâmbio de idéias, pois segundo o autor (op. cit., 2007, p. 47), o ato de educar implica em “criar possibilidades para a sua própria produção ou construção.” Para isso, entendo que o educador tem o compromisso ético de respeitar os educandos com relação “à sua dignidade, a seu ser formando-se, à sua identidade fazendo-se”, reconhecendo e valorizando os seus “conhecimentos feitos” (op. cit., 2007, p.64). Seguem os depoimentos:

- *O Gummy é muito doce, então abaixa sua pressão, então com a cachaça provavelmente você vai ficar com a pressão baixa e muito ruim (F1).*
- *A questão do açúcar corta o efeito do álcool ou não corta? (Pesquisadora)*
- *Não corta, ainda abaixa a pressão (F1).*
- *Ah! Quando você está bebendo e comendo, você não fica bêbado? (E1)*
- *Por que ? (Pesquisadora)*
- *Eu acho que não. É diferente se você está com estômago vazio, se você está bebendo cerveja pra caramba e não almoçou, não comeu nada, está com estômago vazio, é mais fácil você passar mal (F1).*
- *Por que ? (Pesquisadora)*
- *Não sei (F1)*
- *Eu acho, tipo assim, quando bate (no estômago) deve dar uma coisa (B1).*
- *Estômago vazio: o que tem ali pra absorver (Pesquisadora)*
- *Nada (B1).*
- *O que chega e é absorvido? (Pesquisadora)*
- *Álcool! (grupo)*
- *O efeito como é? (Pesquisadora)*
- *Mais rápido! (grupo)*
- *Então é isso. (Pesquisadora)*

Deste modo, nos trechos desse diálogo problematizador, percebe-se que os adolescentes se superam, a partir do estímulo à ação e reflexão comprometidas com o pensamento crítico, que liberta e empodera os sujeitos, que então tem autonomia para intervir em sua realidade.

As idéias construídas com os adolescentes vão ao encontro da afirmativa de que:

Como consequência de sua alta solubilidade em água, o etanol cai rapidamente na corrente sanguínea, de onde é distribuído para a maioria dos órgãos e sistemas. É absorvido pelas membranas mucosas (...) do estômago. A taxa de absorção é aumentada quando o esvaziamento gástrico está acelerado, como na ausência de proteínas, gorduras ou carboidratos, que interferem na absorção, além de outros produtos oriundos da fermentação do álcool, na diluição de uma porcentagem moderada de etanol (máximo de 20% do volume) e na presença de gás carbônico (p.ex., champanhe). (HECKMANN; SILVEIRA, 2009, p. 69).

Sendo assim, os adolescentes prosseguem o diálogo, trazendo seus questionamentos, fruto das reflexões que permeiam o cuidado educativo presente nesta pesquisa. Ainda, expõem seus conhecimentos empíricos sobre assuntos do campo científico, o que segundo Freire, (2008) é sinal da descoberta de sua capacidade criadora, que liberta o indivíduo para se transformador da sua realidade.

- *Eu vejo uma porção de gente passando mal com estômago, vazio tipo assim, bebeu? Bebi pra caramba e não comi (F1).*
- *E quem bebeu pra caramba e comeu não passa mal? (pesquisadora)*
- *Depende, tem gente que bebe bastante e está muito doidão, muito doidão. Chega de manhã e está bom, não passa mal nenhum (F1).*
- *Depende do que a pessoa vai comer depois que ela bebeu. Teve uma festa que o menino bebeu pra caraça, teve uma hora que não dava mais pra ele beber mais, aí deram lingüiça pra ele comer, aí ele vomitou o banheiro inteiro (A1)*
- *Ele vomitou por que ele comeu a lingüiça ou por causa da bebida? (G1)*
- *Eu acho que por causa da bebida (F1).*
- *Quando a lingüiça veio embolou tudo e fez ele passar mal (A1).*
- *Quem é do nosso corpo mais sofre, qual é o órgão? (Pesquisadora)*
- *O fígado (C1).*
- *Vocês estudaram em biologia qual a função do fígado? (Pesquisadora)*
- *Ele purifica, não ele tira as impurezas, né? (C1)*
- *Quebra gordura, a bile age como detergente, então você já está ativando o fígado com toda a bebida alcoólica, aí manda lingüiça. Desse jeito ele pira, né (risos). (Pesquisadora).*

Ressalto que, segundo Heckmann e Silveira (2009), a maior parte do álcool concentrado no sangue é metabolizado pelo fígado, através das enzimas hepáticas. Quando em alta dosagem, o álcool estimula essas enzimas de tal forma que pode causar hipotensão, náuseas e vômitos. Os adolescentes, embora não detenham o conhecimento científico, a partir de suas experiências, são dotados de saberes do senso comum, como também observado nos depoimentos que seguem. Desta forma os saberes se incorporam e exercem influências nas tomadas de decisões.

- Eu bebo e o organismo absorve bem (B2).*
- Depende se você está acostumado a beber (C2). [Quando perguntado sobre os efeitos agudos da bebida alcoólica].*
- Quando a pessoa não bebe e vai beber pela primeira vez, no primeiro copinho ela vai ficar tonta. Aí ela já acha que está bêbada, mas não está. Ela está tonta. Meu pai não! Quando começa, vai embora! (C2).*

À luz destas falas e de todas as discussões desta pesquisa, considero que os adolescentes não são seres vazios de conhecimentos, nos quais o saber deve ser depositado. Eles trazem percepções e conceitos que determinam a maneira de pensar e de agir frente às situações (UCHOA apud KREUTZ ET AL, 2006). Embora esses depoimentos se

caracterizem como um conhecimento empírico, do senso comum, dotado de um caráter espontâneo e prático, esses vão ao encontro do conhecimento científico.

Neste caso, segundo Heckmann e Silveira (2009), a metabolização do álcool se dá de forma diferenciada entre os indivíduos. Isto porque, homens têm uma tolerância maior que mulheres, e ainda, as pessoas que consomem o álcool por um período prolongado, passam a desenvolver uma maior tolerância, que posteriormente se reflete em alterações biológicas que podem esgotar o organismo, de forma que esta pessoa passe a reagir ao álcool de forma patológica, com intolerância.

Vale ressaltar que o uso do álcool está diretamente relacionado à sensação de prazer que ele proporciona, uma vez que essa substância, ao atingir o tronco cerebral, dispara uma cascata de impulsos nervosos que culminam na liberação de dopamina – neurotransmissor responsável pela sensação de prazer e motivação, devido à sua ação estimulante do sistema nervoso central (BRUST, 1999).

Deste modo, o álcool causa um efeito primeiramente estimulante (dopaminérgico) e, posteriormente, depressor (devido à recaptção da dopamina, o que reduz os seus efeitos) característico das drogas sedativo-hipnóticas, nas quais ele se encaixa. Caso o álcool seja ingerido em excesso, o efeito depressor se torna exacerbado, por conta da baixa regulação de dopamina (ROBINSON ET AL, 2005).

Esses efeitos relacionados ao prazer que o álcool proporciona são traduzidos pelos adolescentes, no diálogo que segue, através do termo “dar onda”. Ressalto que este mesmo termo apareceu nos resultados de Mendes, Teixeira e Ferreira (2010, p. 161), em que os adolescentes definiram como sendo “qualquer coisa que te tira da realidade”. Isso evidencia que o gosto pelo álcool, de fato não é devido ao sabor, mas sim, por conta de seus efeitos enquanto droga, que causa alterações fisiológicas.

- *Eu só bebo porque é gostoso (F1).*
- *Mas olha só vocês falaram que é bom (bebida alcoólica). Cara, joelho, o salgado, também é bom (Pesquisadora).*
- *Mas não te dá onda (F1).*
- *O que é a onda ? (Pesquisadora)*
- *Onda, eu acho é o que você sente na hora, a bebida tem um estimulante (F1).*
- *É bom por causa do sabor? (Pesquisadora)*
- *Não é por causa do sabor, senão todo mundo beberia coca-cola (F1).*
- *Deve ser pela sensação, na hora deve dar prazer (B1).*
- *Até porque ele é um sedativo, não é? Antigamente as pessoas bebiam pra dormir (E1).*

[Neste momento, os adolescentes são orientados com relação aos efeitos sedativo-hipnóticos causados pelo álcool].

- *Ela (a bebida) libera o que tá dentro dela (a pessoa). (...)Eu acho que libera o que tá dentro, a pessoa começa a ficar mais alterada, faz tudo o que não faria normal (B1).*
- *A pessoa faz o que gostaria de fazer, assim, normal ela não consegue (C1).*

5.2. A droga álcool: conscientização sobre a (i)legalidade do consumo

Ao longo desta pesquisa venho discutindo o fato do consumo do álcool ser estimulado socialmente e fazer parte da realidade dos adolescentes. No entanto, cabe ressaltar que embora haja uma fragilidade nas regulamentações e fiscalizações desse consumo em nosso país (VENDRAME ET AL, 2009), o álcool é considerado droga e está presente na listagem da 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), sobre as de substâncias capazes de causar transtornos mentais e de comportamento (NICASTRI, 2010).

Neste sentido, ao problematizar a questão da dependência pelo álcool (que é discutido na próxima categoria), as discussões com os adolescentes inevitavelmente foram direcionadas para o foco do álcool enquanto droga, como segue nos depoimentos:

*[Quando perguntados se a bebida alcoólica vicia e o porquê]
Com certeza (E2).
Por causa do álcool (C2).*

*(A bebida) é uma outra droga (F1) .
Eu acho que ela (a bebida) está em 5º lugar no ranking das drogas (C1).*

Segundo a OMS (apud NICASTRI, 2010, p. 14), droga “é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento.” No caso do álcool, este tem a capacidade de causar alterações mentais e dependência química (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2009) e, ainda assim, é comercializado legalmente para os indivíduos maiores de 18 anos, sendo considerado droga lícita (op. cit., 2010).

Vale ressaltar que as preocupantes observações supracitadas estão presentes empiricamente nos saberes dos sujeitos deste estudo, como observado nas falas a seguir, em que eles apontam o fato da bebida alcoólica se tornar perigosa justamente pelo fato de ter seu consumo permitido:

*A pior (droga) é a bebida qualquer um pode beber (F1).
O álcool é uma droga permitida (G1)
(A bebida) é lícita, qualquer um consegue, não tem essa de proibido para menores (E1).*

Nota-se que F1 e E1 observam que qualquer pessoa pode consumir o álcool, evidenciando que não há restrições para os adolescentes. Isso representa a fragilidade na

fiscalização do cumprimento das leis, uma vez que a venda ou o fornecimento gratuito de bebidas alcoólicas aos indivíduos que tenham menos de 18 anos são proibidos por lei (BRASIL, 1990).

No entanto, não há dificuldades para que os adolescentes a consumam, sendo inclusive, a primeira droga que os adolescentes experimentam, e assim, serve de acesso às drogas ilícitas (SILVA ET AL, 2011). Esta observação faz parte do pensamento dos jovens, como pode ser observado no depoimento de F1 que, num ato falho, distingue a bebida alcoólica das demais drogas, embora detenha o conhecimento do álcool como sendo droga também.

A bebida leva a outras coisas eu tenho um conhecido que através da bebida conheceu as drogas (F1).

Pode-se inferir que o fato de o álcool não ser assimilado enquanto droga, possivelmente está associado à legalidade do seu consumo, mas também associado à idéia de que o álcool é uma substância inofensiva (este assunto é melhor discutido no próximo capítulo), com relação às outras drogas, embora os efeitos causados pelo seu uso crônico sejam de maior gravidade e tenham mais chances de ocorrerem do que os efeitos relacionados a outras drogas (DÉAL, ITAKURA, OLIC, 2004). Isto é observado neste diálogo:

- Eu não sei, as outras drogas você se torna depende mais rápido eu acho que cada droga tem diferença vamos supor a bebida pra você ficar alcoólatra é bem mais difícil do que você se viciar numa cocaína, crack...(F1)

- Que é praticamente momentâneo: você experimentou, você quer sempre (C1).

Esta contradição de idéias, em que os jovens ora apontam que o álcool é uma substância com potencial de causar dependência e ora o consideram menos perigos que as demais drogas, é fruto de uma consciência ingênua sobre o assunto. Isto porque os adolescentes se apropriam de conhecimentos transmitidos a partir de uma educação depositária, mas não são estimulados a refletir sobre este conhecimento, de modo que ele se torna frágil, insipiente.

Sendo assim, Freire (2005) considera que o papel do educador não é impor a sua visão de mundo aos educandos, mas sim, dialogar com eles sobre as diferentes visões de mundo, para que se construa um conhecimento crítico, sólido, cujo objeto se torna cognoscível aos sujeitos.

Ressalto, portanto, que através dessa educação dialógica é que foi prestada a assistência de enfermagem aos sujeitos desta pesquisa, para que eles pudessem ter a sua

capacidade de reflexão estimulada, e pudessem, juntamente com a educadora-pesquisadora, serem criadores de uma nova realidade, a partir de uma educação e libertação mútuas (FREIRE, 2008).

Sendo assim, segue um trecho das discussões sobre o álcool enquanto droga e sobre a legalidade do consumo de bebidas alcoólicas. Este ilustra a educação problematizadora, realizada com os sujeitos da pesquisa, que visa a transformação da prática, tanto a prática do cuidado educativo de enfermagem, em que se almeja a substituição do modelo depositário, quanto a prática dos sujeitos com relação aos seus comportamentos frente ao álcool, para que sejam frutos de decisões crítico-reflexivas, e não mais reproduzidas / ingênuas. Isto vai ao encontro do princípio de interfacialidade da PCA.

- *Porque a gente fala assim tem gente bebendo e até se drogando, a gente não falou que bebida alcoólica é uma droga? (Pesquisadora)*
- *Porque bebida alcoólica não é proibido (F1).*
- *Porque a palavra droga lembra a alguma coisa proibida (C1).*
- *A bebida não é proibida, porque se fosse proibida todo mundo estaria falando mal de estar fazendo (F1).*
- *Mas não é ilícito para o adolescente? (Pesquisadora)*
- *E se o pai deixa?(...) Ele não responde por você? O pai? (...) Se é proibido ou não ninguém vai parar de beber ou de usar (F1).*
- *A gente fala das drogas que são ilícitas e da bebida que é lícita, mas que para o adolescente são todas ilícitas, não é tudo igual?(Pesquisadora)*
- [Risos] (todos)*
- *Não! Não é! Por exemplo, se você tiver bebendo, vamos supor, fora os outros tipos de drogas, se você tiver com uma bebida, você não vai à delegacia fazer ocorrência, não vai! Não vai! Policial nenhum vai acabar ter pegando. Agora se você tiver com outro tipo de droga, é certo ir pra delegacia (F1).*

A partir desse diálogo problematizador, fica clara a idéia de que:

quanto mais se problematizam os educandos, como seres no mundo e com o mundo, tanto mais se sentirão desafiados. Tão mais desafiados, quanto mais obrigados a responder o desafio. Desafiados, compreendem o desafio na própria ação de captá-lo. Mas, precisamente porque captam o desafio como um problema em suas conexões com outros, num plano de totalidade e não como algo petrificado, a compreensão resultante tende a tornar-se crescentemente Crítica, por isto, cada vez mais desalienada (FREIRE, 2005, p. 80).

Observa-se que ao se iniciar a problematização de determinado assunto, os adolescentes expunham a forma espontânea de apreenderem a realidade que os cercam. Na medida em que se provocava uma atitude crítica, essa consciência ingênua, de reprodução era ultrapassada, convergindo para uma esfera crítica. Como evidenciado nos diálogos que

seguem, vale atentar para o pensamento espontâneo dos adolescentes no início da problematização desta temática:

- *E por que beber antes dos dezoito anos é errado? (Pesquisadora)*
- *Porque é crime (G1)*
- *Se tudo fosse liberado, não seria errado (F1).*
- *Mas a gente pode chegar a um ponto que tudo seria liberado eu penso que se nós tivéssemos informações o suficiente para discernir até que ponto isso vai me trazer benefício ou não a gente teria grande capacidade de ver o que é certo ou errado, entendeu?(Pesquisadora)*

- *Mas por que é considerado um crime?(Pesquisadora)*
- *Porque o país quer, porque está assinado lá que é crime (F1).*
- *Porque a partir dos dezoito anos que é responsável por si mesmo (E1).*
- *Porque aí tem capacidade total de responder (A1).*
- *Acho que não, porque tem pessoas com dezesseis anos que roubam , que matam, tem filho, e aí? Não respondem por si? Não tem noção do que estão fazendo? (F1)*
- *Não, tem noção. Só que pela lei eles não respondem se eles roubarem, matarem, não respondem pelo crime (B1).*

Com o avançar das discussões, é possível perceber que os sujeitos foram se superando em seus argumentos, pois eram estimulados a refletir sobre a realidade problematizada e assim se libertavam da chamada “cultura do silêncio”, deixando de simplesmente seguir prescrições e reproduzir a fala dominante (FREIRE, 2008). Segue, portanto, os seguintes diálogos:

O Ministério da Saúde faz uma pesquisa, em que ele conta os dados de tudo o que acontece ao longo de alguns anos, então em 2005 e 2006 o Ministério da Saúde viu que a taxa mortalidade por conta de homicídios, violência e acidentes de transportes entre as pessoas de dez a vinte e quatro anos foi de 52.5% ,ou seja, 52.5% das pessoas que tinham entre dez e vinte e quatro anos morreram metade das pessoas que morreram entre dez e vinte e quatro anos morreram por causa de acidente de trânsito, de violência e de homicídio e ele associa isso ao consumo de bebidas alcoólicas e ele coloca que a bebida alcoólica torna o adolescente principalmente mais propício a acidente, a violência e ao homicídio.(Pesquisadora)

- *Por que não proibe então? (F1)*
- *Não é proibido? (Pesquisadora)*
- *Proibe adolescente, tudo. (F1)*
- *Por que? (Pesquisadora)*
- *Porque a carga tributária que o álcool e o cigarro fazem é altíssima.(G1)*
- *Até o país se tornou dependente. (C1)*
- *E eles é que pagam nossa escola entre aspas. (G1)*
- *Até mesmo, na minha opinião, que seja proibido ou não ninguém vai deixar fazer não vai.(F1)*
- *Enquanto for na esquina e tiver pra comprar vão consumir.(G1)*

- *Mas não tem droga na esquina, na padaria. Vão no morro consumir droga! Não vende na padaria e em lugares assim, e alguém deixa de consumir? E é preso por consumir? E é proibido, ninguém é preso. (F1)*

- *Será, será?! (G1)*

(...)

- *Os jovens são o futuro do país então (pausa curta) violência é um problema social, porque ele não vai poder ser um grande médico ou grande juiz ou qualquer função na sociedade, então deveria ter umas políticas (G1).*

5.3. Problematizando a relação entre hábito e dependência pelo álcool

Conforme o discutido na problemática desta pesquisa, em outra pesquisa desenvolvida com adolescentes que também abordava o consumo de bebidas alcoólicas, evidenciei que esses jovens tinham dificuldades de aproximar a dependência pelo álcool às suas realidades, de modo que independente do padrão de consumo, eles entendiam que este fazia parte de um hábito positivo, social (MENDES; TEIXEIRA; FERREIRA, 2010).

Estas evidências vão ao encontro dos resultados encontrados no presente estudo, como pode ser observado no depoimento de F1. Vale lembrar que este sujeito atingiu escore 11 no questionário AUDIT, o que caracteriza o consumo de risco.

Eu acho que tem esse negócio da pessoa mesmo, até porque tem pessoas que bebem por necessidade. Eu não bebo por necessidade, agora tem pessoas que não conseguem sair e não beber, dia de segunda-feira estão ali bebendo. Bebida tem os dias certos: sexta e sábado, agora tem gente que bebe de segunda a segunda (F1). [Durante as discussões sobre a dependência pelo álcool]

Compreendendo esta situação como uma tendência para o consumo de bebidas alcoólicas e um fator de risco para os efeitos nocivos do álcool entre adolescentes, apresento, nesta categoria, resultados que emergiram da problematização sobre o hábito de consumir bebidas alcoólicas e a dependência pelo álcool.

Heckmann e Silveira (2009) consideram que a propensão para se tornar dependente do álcool é uma característica individual, em que a vulnerabilidade e a suscetibilidade ao alcoolismo variam entre as pessoas e estão relacionadas à fatores biológicos, psicológicos e socioambientais. Esta afirmativa pode ser ilustrada pelo depoimento de E2: “Já experimentei, mas não sinto necessidade de beber.” Ressalto que esta adolescente refere não consumir bebidas alcoólicas.

À luz dos resultados desta pesquisa, destaco a fala de C2, a seguir, em que é perceptível a sua apreensão espontânea da realidade, que a coloca numa posição ingênua de simplesmente experimentar a sua realidade, sem refletir sobre ela (FREIRE, 2008):

Se você bebe só nos fins de semana você não vai ficar viciado, mas se você começar a beber durante a semana também você corre um risco maior de se tornar dependente. Quando aumenta a frequência (C2).

A partir do diálogo com os adolescentes sobre esta temática, foi possível acessar os seus saberes e então, discutir sobre estas duas situações: hábito e dependência. Durante a problematização, os adolescentes foram estimulados a adotar uma postura reflexiva sobre o assunto, criando-se possibilidades para a construção do conhecimento, pois ensinar exige que se ultrapasse a transferência de saberes (FREIRE, 2007). Deste modo eles passaram a conduzir as discussões sobre a sua realidade de forma crítica, como segue no diálogo:

- *E a pessoa que precisa beber o vinho todo dia? (Pesquisadora)*
- *Já é costume (G1).*
- *Lá em casa, por exemplo, é como é hábito... (foi interrompida)(C1)*
- *O hábito pode ser um vício então (F1).*
- *Onde é que está esse limite? (Pesquisadora)*
- *Eu acho que o vício prejudica. Vamos supor: você não tem dinheiro, você vai vender, ou roubar, fazer outras coisas que prejudique. O hábito, não. Um milionário que tem um vício: ele tem dinheiro pra beber todo dia; aquilo vai ser um vício. Se é o hábito, como é que ele não vai querer? Para os pais dela (se referindo à C1), que tem o hábito, chega o dia de não ter (vontade)? (F1)*
- *Chega (C1).*

Neste diálogo, evidencia-se a representação que os adolescentes têm com relação ao vício, a qual vai ao encontro da definição da OMS, em que o alcoolista é definido como aquele indivíduo que bebe em excesso e tem a sua dependência pelo álcool acompanhada de alterações físicas e mentais, bem como comprometimento no comportamento socioeconômico e nas relações interpessoais (WHO, 2004).

No entanto, segundo Heckmann e Silveira (2009), não há uma delimitação bem definida do alcoolista, pois cada pessoa tem o seu temperamento e seu caráter, que interferem na maneira como o indivíduo se comporta frente à bebida alcoólica. Ainda, há variações nos padrões de consumo, que também interferem nas reações individuais com relação ao álcool. Isto se reflete na maneira como o alcoolismo é entendido culturalmente, como pode ser observado nos depoimentos a seguir:

*Para mim, (dependência) é beber todo dia e não conseguir parar (C2).
“Vou sair e não vou beber.” E você sai e acaba bebendo (G1).
[Caracterizando a dependência por bebidas alcoólicas]*

- *Quando esse hábito gostoso se torna um vício? (Pesquisadora)*
- *Eu acho que quando vira necessidade de fazer aquilo (F1)*
- *O corpo pede (G1).*

No Brasil, o alcoolismo é diagnosticado através da CID-10, sendo denominado por Síndrome de Dependência do Álcool. O diagnóstico desta síndrome aborda diferentes níveis de comprometimento pelo álcool, que variam desde a abstinência (sem ter havido qualquer experiência) até o comprometimento grave, levando em consideração os problemas relacionados ao álcool e o grau de dependência (DUARTE, MORIHISA, 2010).

Segue a figura 04 que ilustra esses níveis de comprometimento, a partir dos padrões de consumo do álcool segundo Edwards (apud op. cit., 2010), em que:

Se o indivíduo encaixa-se no quadrante inferior esquerdo, não existe problema em relação ao uso de álcool e nenhum grau de dependência (uso social). Se se encaixar no quadrante superior esquerdo, observa-se que, embora ele não apresente nenhum grau de dependência, tem problemas devido ao uso de álcool (uso problemático ou abuso). Já no quadrante superior direito, encontramos o indivíduo que apresenta um quadro de Síndrome de Dependência do Álcool. O quadrante inferior direito não existe clinicamente, uma vez que o quadro de dependência está sempre associado a algum tipo de problema na vida do indivíduo (op. cit., 2010, p.41-2).

Figura 4 – Padrões de Consumo



FONTE: DUARTE, MORIHISA, 2010.

A partir das falas dos sujeitos, pode-se inferir que não está clara a delimitação sobre em que momento o hábito de consumir bebidas alcoólicas se torna uma dependência pelo álcool. Assim, ressalto o depoimento de F1 e o diálogo que segue:

Eu tenho um conhecido que o pensamento dele é assim: "você só não é dependente se você conseguir ficar três, quatro anos sem fazer aquilo" (...) Eu acho que não, se você conseguir um mês, dois meses você não é dependente. No meu ponto de vista você só é dependente quando você não consegue ficar sem aquilo, você não quer, mas tem que beber, sabe que está se prejudicando, mas não consegue (F1).

- Como não chegar ao vício? (Pesquisadora)

- Pergunta difícil! (com ênfase) (C1).

- Eu acho que, tentando não beber diariamente beber, tipo, só em festas coisas assim (B1).

- *E quando, toda vez que você vai à festa, você precisa beber pra festa ficar legal, a festa não é a mesma sem bebida?(Pesquisadora)*
- *Não é (a mesma) (F1).*

Também se pode observar que o alcoolismo é entendido por eles de uma forma estereotipada e que os adolescentes relacionam que a partir de um comportamento habitual de consumir o álcool, é que o indivíduo pode se tornar um alcoolista, como segue:

- *Beber todo dia é hábito ou é vício? (Pesquisadora)*
- *Vício (F1).*
- *É hábito. Você beber com necessidade de beber é uma coisa e beber porque você quer, porque você está afim (B1).*
- *Aí é que está! O viciado, ele bebe porque está querendo beber (F1).*

O hábito leva ao vício (C2 e B2). [Todos concordaram]
Eu bebia mais pra me soltar, hoje em dia não é tanto pra me soltar eu já tomei gosto, eu gosto (C1).
É normal, virou uma coisa normal (F1). [ao falar sobre o próprio padrão de consumo de bebidas alcoólicas].

Destaco a fala de F1: “Quanto mais rápido se começa a beber, mais cedo você fica dependente (F1), que vai ao encontro da afirmativa de que a idade com que se inicia o consumo de álcool é um fator importante para a ocorrência de futuros problemas com essa substância (LARANJEIRA, HINKLY, 2002). Deste modo os autores consideram que quanto mais precoce o consumo, maior é o risco de se cometer abusos.

Os autores (op. cit., 2002) afirmam que os limites entre o alcoolismo e o beber social são estreitos e avaliados culturalmente através da quantidade de bebida consumida, no qual o excesso é caracterizado a partir de comportamentos desagradáveis, que transgridem as regras sociais. A relação entre a dependência pelo álcool e a função social da bebida pode estar implícita na fala de C1:

(Na dependência) a pessoa precisa comprar bebida, mesmo não saindo precisa daquilo (C1).

Nota-se que, para a adolescente, se o indivíduo for “sair” (participar de eventos sociais) o consumo da bebida alcoólica é naturalmente necessário, é normal. O que se torna anormal / patológico, é quando essa necessidade não se restringe ao meio social.

Ainda, o alcoolista é caracterizado como o indivíduo que bebe de forma anormal / patológica, que depende do álcool e vivencia a perda do controle, sendo interessante apontar

que a mesma sociedade que estimula o uso do álcool como agente de socialização, é aquela que condena o alcoolista. O diálogo que segue vai ao encontro dessas afirmativas:

- *Qual a diferença entre querer beber e a necessidade de beber? (Pesquisadora)*
- *Às vezes você quer beber, mas se você não beber você vai ficar bem do mesmo jeito. Quando a pessoa tem necessidade de beber, quando ela não bebe ela vai pirar, ela não consegue mesmo (B1).*
- *Pra ela aquilo é querer, (...) a pessoa deve falar: “eu não bebo porque eu preciso eu bebo porque eu quero” (F1).*
- *Tem gente que quando quer (pensa): “ah! Eu quero beber! Ah! Não tenho dinheiro, então deixa...” Agora a pessoa que necessita, que é viciado (pensa): Não! Tenho que arranjar dinheiro, tenho que beber.” (B1)*
- *No pensamento dela ela bebe porque quer (F1).*
- *Nunca reconhece isso, tanto que o primeiro passo pra se curar é se convencer do vício (G1).*

A estrutura desumanizante pela qual a sociedade encara os assuntos relacionados ao álcool é apreendida pelos jovens de forma mítica e então de mantém dominante, sendo reproduzida ingenuamente, como pode ser observado no diálogo a seguir, no qual destaco a fala de F1, que atribui ao alcoolista a culpa pela sua dependência:

- *O que seria então vício para vocês? (Pesquisadora)*
- *Gerar violência, morte (E1).*
- *Algumas pessoas só param quando ficam doentes (G1).*
- *Mas será por que quer ou não consegue parar? (Pesquisadora)*
- *Não, é porque não estão nem aí (F1).*
- *Mas então não é um prejuízo? (Pesquisadora)*
- *É (C1)*
- *Mas o fato de você não estar nem aí, das duas uma, ou é falta de informação ou falta, não digo de responsabilidade, mas também você conseguir parar, se a pessoa não está nem aí pelo fato de ser atropelada, ou pelo fato de acordar e não saber onde estar, se ela não está nem aí, ela está com algum problema muito sério (risos), ela está bebendo para fugir, não é só o beber, ela precisa de uma ajuda e na maioria das vezes essa pessoa está percebendo que tem problema, mas ela não consegue parar, também há esse ponto para se discutir (Pesquisadora).*

No diálogo anterior e nos demais, supracitados ao longo desta categoria, evidencia-se a essência da pesquisa convergente assistencial, uma vez que eles são iniciados pelo processo investigativo e ao longo das falas dos sujeitos, a dimensão pesquisa começa a dialogar com a dimensão assistencial desta metodologia. Nota-se que a assistência se dá a partir de uma educação problematizadora, que visa a reflexão do educando não somente para se adaptar a realidade, mas sim para transformá-la (FREIRE, 2007).

A conscientização pode acontecer a partir de uma educação problematizadora, que capacita os sujeitos a aumentarem a sua percepção sobre si e sobre o mundo (op. cit., 2005).

Assim, conscientizados, os sujeitos podem olhar a realidade criticamente, desmascarando essa visão mitificada e comprometendo-se com a sua transformação (FREIRE, 2008).

Deste modo, a problematização desafia os sujeitos a compreenderem os problemas em sua totalidade, refletindo dentro de uma relação dialética (que reconhece a realidade como densa, visualizável por diferentes ângulos) que torna os sujeitos cada vez mais desalienados (FREIRE, 2005). À exemplo, segue o diálogo em que os adolescentes refletem sobre a maneira como o consumo do álcool é imposto socialmente:

[Sobre maneiras de controlar a dependência]

- Eu acho que parar de frequentar lugares que tem muita bebida (B1).

- Não! (F1).

- Vai ao cinema, passa na praça de alimentação tem gente bebendo, vai para uma festa de escola de samba, qualquer casa de show, boate, tem gente bebendo e até se drogando (G1).

Destaco a fala de G1, que vai ao encontro da afirmativa de Silva et al (2011) sobre as bebidas alcoólicas, que além de terem seu consumo estimulado maciçamente pela mídia, estão livremente disponíveis em bares, supermercados e na maioria dos eventos sociais, sendo facilmente acessada a um baixo custo, o que favorece o seu consumo pela população em geral, inclusive os adolescentes.

Ainda na fala de G1, pode-se observar que o apelo social para o consumo de bebidas alcoólicas acontece de forma tão intensa, que ela naturalmente não é vista como uma substância psicoativa capaz de causar dependência. Isto é evidenciado quando G1 diz: “tem gente bebendo e até se drogando“, pois embora o adolescente tenha o conhecimento de que a bebida é uma droga como outra qualquer, o fato de seu consumo ser aceito legalmente e estimulado socialmente, faz com que o álcool seja compreendido de forma diferenciada das outras drogas.

Capítulo VI

O diálogo preventivo e suas implicações para o cuidado educativo de enfermagem

CAPÍTULO VI

O DIÁLOGO PREVENTIVO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO EDUCATIVO DE ENFERMAGEM

Neste capítulo são analisados resultados das discussões em grupo, nas quais os adolescentes sujeitos dessa pesquisa tiveram a oportunidade de avaliar a educação em saúde enquanto uma estratégia de prevenção contra o uso nocivo do álcool e ainda avaliar a maneira como esse cuidado educativo foi conduzido, a partir de uma metodologia participativa – a problematização.

A partir das categorias delimitadas neste capítulo é possível discutir as implicações da trajetória desta pesquisa para o cuidado educativo de enfermagem, bem como as contribuições que o acesso aos saberes e práticas dos adolescentes sobre o consumo de bebidas alcoólicas pode trazer para esse cuidado.

6.1. As influências do cuidado educativo no comportamento dos adolescentes: a opção por (não) mudança

Os resultados apresentados nesta categoria são oriundos de discussões ocorridas a partir da problematização com o primeiro grupo de adolescentes que, devido ao maior entrosamento entre os componentes, teve uma participação que possibilitou o avanço dos debates para que se chegasse aos dados aqui analisados.

Ao problematizar as vivências que os sujeitos traziam para as discussões, de modo que suas experiências e seus saberes fossem valorizados e, assim, discutidos e aprofundados, foi possível estabelecer um vínculo que libertou os adolescentes da cultura do silêncio. Sendo assim, eles expuseram suas experiências, dúvidas e inseguranças, e junto com a pesquisadora, construíram de forma compartilhada um saber, conforme o apresentado nos capítulos anteriores.

Graças às características da metodologia utilizada na pesquisa foi possível estabelecer um vínculo entre educadora-pesquisadora e educandos que permitiu que os adolescentes fizessem uma reflexão que demonstrou a valorização da escola enquanto uma instituição não só de formação científica, mas também de formação social e do indivíduo em sua dimensão cidadã. No entanto, também atribuem aos pais a responsabilidade por essa formação dos adolescentes no sentido de prevenir o uso nocivo do álcool. Como seguem os depoimentos:

É eu concordo de modo geral que o adolescente até pode ter informação por causa da televisão e novelas e tal... É principalmente na escola que eles escutam mais, então o cara acha normal encher a cara (G1).

Não é só na escola que deve ser falado essas coisas. Os pais devem dar alguma informação, até numa escola estadual eu imaginei que teria palestras, mas não tem quase nada deveria ter algo para eles ensinarem (B1).

A fala de B1 contém uma crítica com relação à escassez de ações educativas na escola. No entanto, esta crítica confronta as informações obtidas junto ao corpo pedagógico da instituição. Deste modo, associo que é preciso se repensar as estratégias pedagógicas utilizadas para realização de práticas educativas. Para que elas sejam efetivas, é fundamental que sejam apreendidas pelo público alvo.

Entendo que métodos participativos, que valorizem os saberes dos educandos e partam das suas necessidades e experiências, têm um grande potencial de atingir o universo do educando, de modo que o conhecimento seja produzido a partir de uma construção compartilhada. Andrade et al (2009) afirmam que em sociedades como a que vivemos, onde a bebida alcoólica é disponibilizada livremente e seu consumo é aceito, é interessante que se adotem medidas preventivas, na qual a disseminação da informação tem um caráter fundamental.

Sendo assim, ao longo das discussões em grupo, os adolescentes foram estimulados a se posicionarem diante dos assuntos e que expusessem os seus saberes e suas experiências. Conforme foi apresentado nos capítulos anteriores, a partir dessa troca entre educadora-pesquisadora e educandos, os sujeitos começaram a refletir sobre os saberes que lhes foram transmitidos ao longo da vida e conseguiram transpor essa reprodução de idéias, construindo um conhecimento novo, crítico e reflexivo.

Tendo em vista o êxito desta estratégia metodológica na educação em saúde desses adolescentes, o qual foi evidenciado nos resultados dessa pesquisa e também na avaliação feita pelos sujeitos. Ainda, considerando as queixas desses adolescentes com relação às práticas de educação em saúde realizadas pela escola, se fez necessário que este corpo pedagógico fosse sensibilizado sobre estratégias educativas diferenciadas, que tenham um maior potencial de atingir os adolescentes.

Deste modo, após a análise dos dados produzidos no estudo em tela, agendei um encontro com os professores da ETEOT, que se deu num dia de conselho de classe. Como este é um dia bastante tenso para os professores, que precisam discutir aspectos pontuais da rotina de trabalho, não foi possível apresentar a pesquisa e fazer uma reflexão sobre as informações apresentadas.

No entanto, tive a oportunidade de introduzir este assunto e agendar um novo encontro, que fosse exclusivo para a realização desta atividade. Ainda assim, as idéias que venho discutindo nesse estudo e os resultados apresentados foram introduzidos neste encontro e foram muito bem recebidos pelos professores.

Ressalto que um dos assuntos em pauta neste conselho de classe era a construção do Projeto Político Pedagógico (PPP) da escola. Durante as discussões sobre esse tema, alguns professores levantaram a possibilidade de se introduzir no PPP o compromisso da escola com práticas preventivas em saúde, abordando então o foco de prevenção do uso de álcool e outras drogas entre os adolescentes.

Assim, a abordagem desse assunto nas escolas, através da sua inclusão na grade curricular, emerge como uma importante medida de prevenção de problemas relacionados ao álcool, pois segundo Silva et al (2011) “a melhor forma de evitar o encontro dos jovens com o álcool e trabalhar a prevenção é na escola, por meio do processo educativo, mais especificamente na educação em saúde.”

Vale destacar o depoimento de G1, a seguir, que amplia o ambiente de disseminação de informações preventivas para além do contexto escolar, incluindo o contexto comunitário. Ainda, o sujeito destaca outros assuntos que são relevantes para a saúde do adolescente, como a sexualidade, por exemplo:

Ah, eu acho que para prevenir, assim, você tem que ir às comunidades carentes como Santa Cruz, Borel, é (pausa curta) onde as taxas são bem altas, e perguntar se eles têm acesso a informação, de como é abordado na escola, pois talvez se eles tivessem acesso à informação, se sabe usar camisinha se tem acesso aos anticoncepcionais, eu acho que se as pessoas conhecessem, tivessem acesso na escola, talvez poderia ser diferente (G1).

Silva et al (2011) consideram que para a obtenção da saúde enquanto um bem comum, é preciso que esta seja buscada pela própria comunidade. Sendo assim, as ações educativas são estratégias fundamentais para que a comunidade alcance suas metas de saúde. Sem sombra de dúvida, a família e a escola são os núcleos sociais mais próximos dos adolescentes e, portanto, devem assumir o papel de formação do indivíduo.

Ao longo das discussões com os adolescentes, eles enfatizaram a influência que a escola e a família exercem em seus comportamentos, emergindo a necessidade de se obter informações sobre saúde na escola e em casa, e ainda, de se ter bons exemplos e boas relações dentro de casa. Vale ressaltar o depoimento de G1 foi seguido de uma problematização entre os adolescentes do grupo, em que foi destacada a importância do contexto familiar, que a

depende das relações e hábitos, pode ser um fator de risco ou de proteção para o contato dos adolescentes com o álcool, como segue:

- *Poderia, mas e aquele que é filho de rico e tem as melhores escolas e usa drogas? Tem o conhecimento e usa e aí? (F1)*
- *Mas isso é só uma parcela (B1).*
- *Eu sei, mas está usando (F1).*
- *Mas nem todo mundo sabe o quanto é ruim, até mesmo quando há informação (Pesquisadora)*
- *Então nem todo mundo sabe o quanto é ruim, porque nem sempre, quando é família de rico, você não sabe o quanto o pai dá de atenção e então não tem nenhuma atenção (B1).*
- *Atenção, mas às vezes é ruim a relação de pai para filho, e ele está usando aquilo por culpa do pai, como modo de defesa, e aí?(F1)*

Nestas discussões os sujeitos consideram que as relações familiares dos adolescentes exercem grande influência sobre o seu comportamento frente ao álcool. É notável a valorização do diálogo no ambiente familiar, em que o jovem seja ouvido quanto aos seus questionamentos, dúvidas e inseguranças e tenha a sua subjetividade valorizada.

Isto vai ao encontro das considerações de Dourado et al (2011), que afirmam que o consumo de álcool na família influencia o consumo de bebidas alcoólicas pelos adolescentes, e ainda, que os adolescentes que são bem amparados emocionalmente no âmbito familiar, apresentam menos chances de terem um envolvimento com o álcool que seja nocivo para a saúde.

Um ponto interessante desse diálogo é que os sujeitos, ao exporem seus questionamentos e valores, atribuem a influência negativa do uso do álcool aos ricos. No entanto, o fator socioeconômico não é relevante para o consumo de álcool, ou seja, este consumo não é prerrogativa da riqueza e nem da pobreza, uma vez que o etilismo é percebido em todas as classes socioeconômicas.

Ainda, nestas discussões apresentadas, os sujeitos consideram que a educação em saúde é uma importante estratégia preventiva, que não deve se limitar ao contexto escolar. No entanto, eles destacam que o acesso à informação não é o único fator determinante para o envolvimento dos jovens com o álcool. Segue outro bloco de discussões, em que os sujeitos debatem sobre o acesso à informação enquanto fator de proteção:

- *Vocês acham que a informação pode fazer com que uma pessoa beba de forma responsável ou pare de beber?(Pesquisadora)*
- *Isso pode influenciar pouco (F1).*
- *É melhor prevenir do que remediar, porque quando se investe em informação você talvez diminua o custo de um tratamento que seria mais caro (G1).*

- *É melhor um pouco do que nada, tendo acesso a informação você vai saber o que está falando então você vai diminuir o uso e melhorar (B1).*
- *Mas e aqueles que tem informação e usam, por que?(F1)*
- *Não tem informação completamente (E1).*
- *É, você pode tentar diminuir, porque pelo menos você sabe (G1).*
- *Mas vocês acham que a pessoa tendo informação sobre o que pode acontecer, dos efeitos, vocês acham que pode interferir no consumo, que tem haver?(Pesquisadora)*
- *Eu acho que tem muito pouco, porque você está se prejudicando, ficando a pessoa toda ferrada, sem dente e ficando sem ter o que comer por causa daquilo (pausa curta), mas você sabe que você pode ficar ruim (F1).*

Ainda assim, é reforçada por eles a idéia de que o acesso à informação através da educação em saúde traz contribuições para a adoção de um estilo de vida saudável. No entanto, o contexto sociofamiliar também é entendido por eles um importante fator que influencia na opção pela mudança comportamental.

Vale destacar que a informação por si só, ou seja, ao ser simplesmente transmitida, não é capaz de gerar mudanças comportamentais. Para o indivíduo mudar sua realidade, é preciso que ele seja consciente dela e que seus saberes e suas práticas sejam congruentes, constituindo uma “unidade dialética”, em que um não seja prioritário ao outro (BAUER, 2008, p. 22).

Sendo assim, a educação em saúde deve ser um processo de conscientização, em que através do diálogo se construa um conhecimento desvelador de uma nova realidade e o indivíduo a apreenda de forma crítica, libertadora. Isso pode ser evidenciado nos diálogos apresentados nesta pesquisa, em que a partir da problematização, os adolescentes superaram a apreensão espontânea e ingênua, passando a refletir sobre o contexto.

Os sujeitos trouxeram o conhecimento de que a maneira como o indivíduo vivencia o seu período de crescimento e desenvolvimento (em que a personalidade, seus valores e hábitos são formados) vai interferir no seu comportamento ao longo da vida e na maneira como ele vai encarar as possibilidades de mudanças de hábitos.

Eles, portanto, valorizam a idéia de que a informação deve ser discutida e refletida desde a infância, o mais cedo possível, antes até da experimentação. Deste modo, é possível que o indivíduo conheça o mundo já o visualizando com um olhar crítico. Isso exerce grande influência na maneira como o adolescente fará suas escolhas. Segue o diálogo em que os sujeitos falavam sobre a educação em saúde e sua interferência na mudança de hábitos:

- *Eu acho que desde o comecinho deveria mudar então, você começa a ver que as pessoas bebem e ficam boas, bebem e ficam boas então você começa a achar que aquilo tudo é normal (F1).*

- *Você quis dizer que são as pessoas que já tem o hábito e que se elas não tivessem faria mais diferença? É isso?(Pesquisadora)*
- *No começo seria mais fácil de combater (C1).*
- *Até mesmo porque não se deixaria que achasse normal (F1).*

Nota-se que F1, ao reforçar que “as pessoas bebem e ficam boas”, implicitamente faz uma relação entre os efeitos do álcool e o estado de doença, visto que o indivíduo quando fica doente, faz o tratamento e “fica bom” (alcança a cura), enquanto que, quando ingere bebidas alcoólicas, não precisa seguir um tratamento para “ficar bom” (eliminar o álcool do sangue e seus efeitos).

Esta idéia de F1 é preocupante uma vez que coloca o álcool como uma substância inofensiva, pois apesar de causar efeitos agudos nocivos, estes são eliminados naturalmente. Nota-se que os efeitos do uso crônico não são mencionados no depoimento de F1, visto que esses, conforme o discutido nos capítulos anteriores, fazem parte de uma realidade distante daquela que os adolescentes vivenciam (MENDES, TEIXEIRA, FERREIRA, 2010).

Vale destacar que esta idéia mágica exposta por F1 traz preocupações para os próprios adolescentes envolvidos no diálogo supracitado. Isto porque eles sinalizam a necessidade de que sejam desenvolvidas estratégias de educação em saúde ainda na infância, que é o início do crescimento e desenvolvimento, considerando que na adolescência o indivíduo já pode ter se aproximado do álcool de forma nociva, com uma idéia imatura sobre seus efeitos.

Deste modo, Silva et al (2011) apontam que com relação ao álcool, a educação em saúde pode ser empregada com o foco de prevenção de doenças, mas também com o foco de promoção à saúde, em que há a finalidade de diminuir os riscos à saúde através da mudança comportamental (BRASIL, 2004).

6.2. A interação entre quem cuida e quem é cuidado dentro de uma metodologia participativa

Essa categoria emerge da quinta etapa da produção de dados, em que os sujeitos foram convidados a avaliar a discussão em grupo em que o consumo de bebidas alcoólicas foi o tema problematizado. Assim, ao serem questionados sobre a maneira como a discussão foi conduzida, os adolescentes fizeram uma avaliação positiva, como seguem no diálogo e demais depoimentos:

- *Nesse encontro eu procurei debater mais as idéias do que trazer as informações técnicas, mas eu não quis guiar a nossa discussão no que eu poderia mostrar, mas sim no que pudesse vir de vocês, vocês acham que essa forma de debater seria mais produtivo ou se eu chegasse aqui e mostrasse um monte de conteúdos para vocês seria mais produtivo?*

- *Eu acho que nessa forma de debate (F1).*
- *Eu acho que você mostrou também as coisas mais técnicas e depois conseguiu fazer o debate (G1).*
- Não tiveram pontos negativos (Todos do grupo 2).*

À luz das falas dos sujeitos, percebe-se a aprovação deles pela maneira como a informação foi disseminada. Isso se justifica pelo fato de que, ao construir o conhecimento junto com o adolescente, este ganha voz e empoderamento, o que o faz refletir sobre o que ouve e sobre o tem a dizer. Assim, a partir das reflexões, o sujeito aprimora a sua capacidade de discernir sobre seus hábitos de vida, o que se configura como um importante preceito da promoção à saúde (SILVA ET AL, 2011).

Cabe considerar que o cuidado de enfermagem, para ser humanizado, deve se fazer naturalmente, valorizando a liberdade do ser cuidado, entendendo que a humanização e a libertação são dois aspectos que devem caminhar paralelamente. Deste modo, é importante que o cuidado educativo seja pautado na relação dialética, sem que o homem seja reduzido à condição de objeto, para que ele se conscientize sobre sua realidade e assim se humanize e se torne livre (BAUER, 2008).

Entendo que a avaliação positiva por parte dos sujeitos da pesquisa se deve justamente ao fato dela ter sido conduzida através de um método participativo, que favoreceu o diálogo entre educadora-pesquisadora e educandos. A assistência de enfermagem, prestada através do cuidado educativo, se deu através de uma relação horizontal, na qual foi superada a dicotomia entre o saber científico e o saber popular para que os adolescentes se reconhecessem como sujeitos de sua realidade e superassem a consciência ingênua, construindo um saber comum, que liberta e transforma.

Desta forma, ao acessar os saberes e as práticas dos jovens, o enfermeiro se torna capaz de conduzir a ação educativa em conjunto com eles, de modo a construir um cuidado mais sólido, que emerge diretamente das necessidades dos sujeitos desse cuidado, visto que as práticas educativas são essências para o cuidado de enfermagem. A solidificação deste cuidado educativo pode ser percebida na fala de B1:

Eu achei bem positivo, pois agente precisa saber verdadeiramente o que causa, tipo ver o que pode acontecer (B1).

É importante compreender que este sujeito julgou a metodologia positiva, pois precisava “ver o que pode acontecer”. Chama a atenção o emprego do verbo “ver”, que representa que o conhecimento superou o campo do abstrato. O que é visto, é sentido, é reconhecido, se torna sólido. Isto é primordial para que uma prática educativa seja efetiva:

construir um conhecimento que se apresente ao educando, que seja sentido e vivido por ele, que seja, realmente, visto. Esta reflexão da adolescente sobre o assunto debatido demonstra que a pesquisa ultrapassou o campo da investigação, cumprindo o objetivo fundamental do método, que é a intervenção no contexto explorado.

O estabelecimento de uma pedagogia dialógica é que permitiu que o cuidado educativo tivesse êxito, levando os sujeitos a refletirem sobre suas práticas, pois se deu a partir do entrosamento entre os sujeitos no processo de cuidar que, segundo Waldow (2004), é sempre contextual e relacional.

Este entrosamento é evidenciado a partir do depoimento de B2: “*E vocês bebem?*” (*Se dirigindo às auxiliares de pesquisa*), que supera a condição de oprimido e, como fruto de sua emancipação, se coloca na mesma posição que as pesquisadoras e também investiga as suas práticas.

Este momento marca a relação horizontal estabelecida no desenvolvimento desta pesquisa, em que educador e educando / pesquisador e pesquisado não ocupam posições distintas, são todos componentes de um grupo de discussão, onde “o educador não pode ser aquele que apenas educa, mas que, ao fazê-lo, também é educado pelo educando que, por sua vez, enquanto aprende, também ensina” (BAUER, 2008, p. 24).

Outro ponto importante a ser destacado é o fato de que os sujeitos consideram que o acesso à informação transmitida não é o único fator que determina a mudança comportamental, conforme o discutido na categoria anterior. No entanto, nos depoimentos a seguir é reforçada importância que eles atribuem a esse acesso, pois consideram o cuidado educativo positivo na medida em que obtiveram conhecimentos.

Bem proveitoso, aprendi coisas que eu não sabia (C2).

Ah! A gente aprendeu, agora estamos mais informados (D2).

Deste modo, destaco que o conhecimento foi construído na medida em que os adolescentes não apenas conheceram a sua realidade, mas também a compreenderam criticamente, discernindo onde, quando, por que, para que, com quem, por quem (TEIXEIRA, 2008). Isso foi o diferencial que determinou a valorização das informações aos quais os adolescentes se referem, pois um conhecimento recebido pronto, sem adequação à realidade, não tem a mesma capacidade de interferir nas tomadas de decisões que uma informação construída e refletida pode ter.

Sendo assim, destaco a fala de G1, que levanta a necessidade de se desenvolver esse cuidado educativo com maior frequência, direcionando para outras temáticas além do

consumo de álcool, de maneira que os jovens possam tornar seu conhecimento objeto consciente e crítico de ações transformadoras, de mudanças, de discernimentos.

Eu acho, que pela gente, se pudesse trazer alguma coisa que fizesse aprofundar melhor não só o assunto álcool, acho que poderia melhorar a informação (G1). [Ao dar sugestões sobre as estratégias de educação em saúde]

A partir desta fala, percebe-se o interesse do adolescente em participar de outras ações educativas em saúde que sejam desenvolvidas nos moldes desta pesquisa, em que o conhecimento foi construído através do diálogo, contribuindo para a possibilidade do adolescente ser um difusor do conhecimento, ao compartilhar o saber construído com as pessoas que fazem parte do seu meio. Isto porque

para Freire, o homem só se conscientiza quando está no mundo e com o mundo, quando toma como sua a responsabilidade de participar e co-participar com os outros. É nessa situação que o homem se torna homem, que atua no cotidiano da história, que se constrói junto ao outro, de forma coletiva. (MARQUES, et al, 2005, p.8)

Sendo assim, evidencio uma característica inerente à PCA, que é o processo de transferência de resultados, “consiste na possibilidade de dar significado a determinados achados ou descobertas e procurar contextualizá-los em situações similares, sem que esse processo venha a ser entendido como poder de generalizações” (TRENTINI; PAIM, op. cit, p.96).

A fala de G1 bem ilustra essa característica, pois o adolescente procura contextualizar o processo educativo do qual participam em situações distintas, sugerindo a abordagem de outros assuntos e a ocorrência de novos encontros, para, segundo ele, ‘melhorar a informação’ com relação aos demais assuntos de interesse.

Neste sentido, fica evidenciado que as estratégias participativas, pautadas numa relação horizontal, trazem efetividade para o cuidado educativo de enfermagem. Isso contrapõe a verticalidade que muitas vezes se estabelece entre educador e educando e entre os sujeitos do cuidado de enfermagem.

Para que a educação em saúde seja uma forma humana de cuidar, é importante que haja uma mudança de paradigma, em que ambos os sujeitos dessa relação sejam entendidos como “agentes críticos e reflexivos”, “sujeitos de mudança e transformação” (SPADINI; BUENO, 2005, p. 3). Esta mudança de paradigma pode conferir qualidade ao cuidado, o qual se torna humanizado ao promover autonomia e liberdade ao indivíduo cuidado, através de uma relação dialógica, que então atinge a sua finalidade terapêutica.

Considerações Finais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo foi desenvolvido o tema cuidado educativo sobre o consumo de álcool entre adolescentes e seu objeto de estudo esteve centrado nos saberes e práticas de adolescentes sobre o consumo de bebidas alcoólicas. As respostas às questões norteadoras e o atendimento aos objetivos se deram a partir da aplicação da metodologia da pesquisa convergente-assistencial, o que oportunizou a existência de uma estreita relação entre cuidado e educação direcionados ao adolescente.

Deste modo, o objeto de estudo emergiu como elemento que subsidiou a construção de saberes, através da integração das diferentes visões (adolescentes e enfermeira-pesquisadora), o que favoreceu o alcance dos propósitos de um cuidado-educativo, efetivo na construção de uma autonomia responsável junto aos sujeitos, que formaram opiniões e se tornaram capazes de tomar decisões responsáveis quanto ao consumo de bebidas alcoólicas.

Neste sentido, a aplicação da pesquisa convergente-assistencial permitiu fazer do processo investigativo algo dinâmico, que explorou a realidade e ao mesmo tempo interveio nela por intermédio do diálogo entre profissional de saúde/investigadora e adolescentes, ocorrendo a problematização da situação em estudo através de um intercâmbio entre o saber técnico-científico e o popular.

Neste diálogo estabelecido na pesquisa, os adolescentes tiveram reconhecidas as suas capacidades de se posicionarem frente às situações e foram estimulados a transformar sua realidade. Sendo assim, se desencadeou um compartilhamento de saberes para a construção de conhecimento, o que contribuiu para a autonomia dos sujeitos em identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua vida.

À luz do que foi dialogado, os adolescentes em conjunto com a pesquisadora, elaboraram um material educativo que continha informações fruto da problematização. A intenção deste material foi divulgar informações que eles julgaram importantes para serem compartilhadas com os demais alunos da Escola, que não foram sujeitos da pesquisa.

Diante disso, elegeram-se como bases teórico-conceituais os conceitos de Freire e Wong, e também as políticas públicas de atenção ao adolescente e de educação em saúde. Nesta pesquisa a articulação desses conceitos mostrou que a dialogicidade, entendida como exercício vivo do diálogo, é fundamental para se desenvolver um cuidado educativo junto aos adolescentes, para que eles capazes de decidir conscientemente sobre suas condutas.

Criou-se então um espaço de integração, de trocas, de intercâmbio de saberes, sensível às necessidades dos adolescentes, no qual foram associadas estratégias comunicacionais e

informativas, em contraposição a relação vertical que geralmente se estabelece entre educador e educando / profissional e cliente. Desta forma, os saberes e práticas dos adolescentes sobre o consumo de álcool foram expostos graças à oportunidade dada a eles para expressá-los conduzidos pelo diálogo/reflexão.

Aponto que a formação de grupos, para a produção de dados, favoreceu a interação entre os sujeitos e pesquisadora, enriquecendo a problematização e a educação em saúde. Considero que sistematizar esta produção de dados em cinco etapas em diferentes encontros com os sujeitos contribuiu para a organização do tempo no sentido de garantir um maior aprofundamento em cada etapa, possibilitando explorar a contento tanto o cunho investigativo quanto o interventor.

Sendo assim, foi possível utilizar diferentes técnicas para a aproximação junto aos adolescentes, que serviram para traçar o perfil socioeconômico e o perfil desses sujeitos com relação à aproximação com o álcool e posteriormente triangular essas informações com aquelas obtidas nas discussões em grupo. Isso foi útil para responder as questões norteadoras e atender aos objetivos desta pesquisa.

Vale ressaltar que a partir da utilização destas diferentes técnicas, chegaram-se aos resultados deste estudo que vão ao encontro das argumentações expostas na problemática deste estudo: a associação do álcool às situações de violência, o consumo de risco e nocivo do álcool na juventude, a dificuldade em traçar relações entre as diferentes situações de consumo (uso, abuso, dependência).

No entanto, como esta pesquisa não se limita à investigação pura, a sua organização em etapas também favoreceu o momento de intervenções nas situações-problemas expostas pelos adolescentes, que foi realizado através de uma educação em saúde com perspectiva dialógica e problematizadora, e ainda, possibilitou ter um momento dedicado ao retorno deste cuidado prestado, que foi integrador e interativo e se deu a partir da elaboração dos materiais educativos (cartazes).

Os resultados mostraram que os saberes e práticas dos sujeitos sobre o consumo de álcool se apresentam de forma fragmentada, dotados de uma consciência ingênua, que é reprodutiva, fruto de uma cultura de educação transmissional, que não leva os adolescentes à reflexão sobre aquilo que lhes é apresentado.

No momento em que os saberes e práticas dos adolescentes foram valorizados, através da problematização, eles foram mobilizados para refletir sobre seus saberes, e assim, desfragmentá-los e para conhecer e pensar sobre o que não sabiam. Isso desencadeou um

processo de (re) construção do conhecimento, baseado no intercâmbio dos saberes popular e profissional.

A apresentação do vídeo que versava sobre a temática em foco foi uma importante estratégia pedagógica para estimular as reflexões sobre o consumo de bebidas alcoólicas. Sendo assim, os adolescentes expuseram suas impressões sobre o filme e começaram a relacioná-las às suas experiências.

O roteiro semi-estruturado utilizado nas discussões em grupo permitiu que a problematização tomasse o rumo que as vivências dos adolescentes direcionassem. Deste modo, foi possível imergir nos saberes e práticas dos adolescentes sobre o consumo de bebidas alcoólicas, problematizando a sua função socializadora, refletindo sobre relação entre o contexto familiar e o consumo do álcool pelos adolescentes, e ainda dialogar sobre o autocontrole.

A valorização dos saberes dos sujeitos desencadeou um momento de convergência, em que os adolescentes superaram a consciência ingênua, passando a adotar uma postura crítica frente às suas escolhas, através da problematização sobre as conseqüências do consumo de álcool para a saúde, sobre a relação entre o hábito e a dependência pelo álcool e através de uma conscientização sobre a legalidade e ilegalidade do consumo.

O conhecimento compartilhado entre enfermeira-pesquisadora e adolescentes através do diálogo/reflexão deu condições aos sujeitos de desenvolver certa autonomia e responsabilidade na tomada de decisões e nas suas condutas, despertando o pensamento crítico no que diz respeito à prevenção de uso de risco ou nocivo do álcool. Deste modo, a proposta da pesquisa é um caminho interessante de reivindicação que tem no adolescente um sujeito responsável e autônomo.

Ao tornar o adolescente autônomo o suficiente para ser capaz de fazer suas escolhas com responsabilidade, o desenvolvimento desta pesquisa atendeu aos conceitos da pedagogia freiriana. Isto porque possibilitou entender que o conhecimento é construído em um processo que implica dialogicidade e compartilhamento. Nesse processo, a articulação entre a experiência da vida prática e a ciência contribui para revisões e adaptações importantes para a vida cotidiana.

Esta pesquisa apresentou implicações que vão além do cuidado direto ao adolescente. Passa por implicações familiares, uma vez que os hábitos dos familiares e suas relações afetivas exercem grande influência no comportamento do adolescente com relação ao uso do álcool. Podem-se destacar também implicações sociais, pois o adolescente é uma categoria vulnerável, objeto de políticas públicas de saúde e sociais, e ainda, implicações de ordem

educacional, pois a escola, além de ser co-responsável na formação dos adolescentes é o meio social freqüentado diariamente por eles.

As reflexões dos sujeitos desta pesquisa foram ao encontro dessas implicações apresentadas uma vez que eles colocaram a escola como uma instituição responsável pela formação do indivíduo, que deve estimular positivamente nas escolhas desses jovens, visto que é um ambiente de aprendizagem.

Por isso, dotados de um pensamento crítico-reflexivo, estimulado pela metodologia participativa ao qual foi desenvolvido este estudo, os jovens se sentiram livres para tecerem considerações sobre suas expectativas com relação às atividades desenvolvidas na escola. Eles apontaram então a necessidade de se ter na escola estratégias que construam conhecimentos, junto com os estudantes, sobre assuntos de interesse da juventude, que os levem à aquisição de conceitos e valores sobre seus comportamentos e sobre a sua saúde.

Considerando os resultados desta pesquisa, ficou evidente o papel da escola em formar cidadãos, estimulando a autonomia dos seus alunos para que eles sejam capazes de transformar as suas realidades. Exercendo sua cidadania, esses jovens se tornam menos vulneráveis aos riscos à sua saúde.

Sendo assim, se fez necessário apresentar os resultados desta pesquisa para o corpo pedagógico da escola onde o estudo se contextualizou, para que fossem discutidas as necessidades levantadas pelos adolescentes e que estratégias pedagógicas podem ser desenvolvidas para que estas necessidades sejam atendidas.

Isto garante o atendimento aos princípios de interfacialidade, que determina o compromisso da pesquisa em gerar mudanças no contexto pesquisado, e de conectividade, que determina o compromisso desta pesquisa em reconstruir o nexos do pensar e fazer junto à equipe assistencial do campo pesquisado (neste caso, entende-se por assistencial a assistência dada ao processo educativo dos alunos). Estes são princípios inerentes à pesquisa convergente assistencial, que está comprometida com a melhoria direta ou minimização de problemas no contexto social estudado.

Considero, portanto, que a realização do estudo em tela trouxe contribuições para os adolescentes, pois se tratou de uma estratégia de promoção à saúde construída em conjunto com os sujeitos, onde foram promovidas discussões e a construção de um saber compartilhado, em que o envolvimento ativo desses jovens foi valorizado.

Também aponto as contribuições para o corpo pedagógico da Escola Técnica Estadual Oscar Tenório que, a partir das discussões sobre a metodologia aplicada nesta pesquisa e os seus resultados, têm a oportunidade de refletir sobre as estratégias pedagógicas utilizadas no

ensino e formação dos jovens, dentre as quais a metodologia participativa que estimule a construção de um saber compartilhado, dotado de uma consciência crítica, ganha destaque.

As discussões aqui levantadas contribuem para o fortalecimento do enfermeiro enquanto educador e promotor da saúde, que pode ter essa prática favorecida a partir da aplicação de métodos participativos junto aos sujeitos do seu cuidado, para seja garantida a interação entre quem cuida e quem é cuidado e, assim, se estabeleçam os vínculos, que são indispensáveis na relação de cuidado.

Como contribuição aos Fundamentos do Cuidado de Enfermagem, destaco que o presente estudo trouxe à discussão o estilo de vida dos adolescentes para o desenvolvimento de um cuidado de enfermagem de cunho educativo, com vistas à promoção de sua saúde. Ainda, ao aliar a produção de dados à prática assistencial, favoreceu a interação entre enfermeira e adolescentes para o desenvolvimento da assistência, que se deu através de um cuidado educativo pautado num processo dialógico que permeou a construção de saberes, desencadeada a partir das experiências dos sujeitos.

Vale ressaltar que a pesquisa em tela atendeu aos seus objetivos e, ainda, evidenciou uma problemática que ultrapassa os limites delimitados no objeto deste estudo: ao apontarem as suas carências quanto ao desenvolvimento de atividades de educação em saúde na escola, os sujeitos da pesquisa foram de encontro às informações prestadas pela Escola, que afirmou que estas atividades ocorrem periodicamente.

A partir deste contra-senso, emergem questionamentos sobre a maneira como estas atividades ocorrem. É importante saber o que impede que estas atividades sejam recebidas e reconhecidas pelos adolescentes; que estratégias são adotadas; se a informação é simplesmente transmitida aos adolescentes ou se é um conhecimento co-construído; e também importante saber e trabalhar as dificuldades que o corpo pedagógico enfrenta para implementar estratégias que alcancem esses jovens.

No entanto, devido ao rigor metodológico e toda a operacionalização desta pesquisa, as respostas a estes questionamentos não são contempladas neste estudo, o que representa uma limitação, a qual é inerente à construção de todo conhecimento, que é inesgotável. Partindo dos resultados aqui apresentados, que são frutos do método aplicado e da ótica analisada, é necessário o desenvolvimento de novas pesquisas, que possam complementar o saber aqui construído.

Recomendo, portanto, que outras pesquisas sejam desenvolvidas com a finalidade de trabalhar os aspectos aqui discutidos, no entanto, sob a ótica dos professores, uma vez que

este é o profissional que convive com os adolescentes e tem grande responsabilidade na sua formação enquanto cidadãos.

Sendo assim, acessar os saberes e práticas de professores sobre as estratégias pedagógicas utilizadas na prevenção de comportamentos de risco dos alunos, através de uma metodologia também participativa e interventora, pode contribuir para a continuidade das informações apresentadas neste estudo e também para a redução da vulnerabilidade dos adolescentes, visto que os professores poderão refletir sobre as suas práticas direcionadas para seus alunos.

Ainda, considero que pesquisas que tenham um olhar voltado para a atuação do enfermeiro escolar e sua inserção nesta problemática do consumo de álcool entre adolescentes também são de grande importância tanto para a saúde do adolescente quanto para a enfermagem, pois este é um campo ainda pouco explorado por esta profissão, no entanto, se trata de um campo carente das ações de enfermeiro, principalmente no que se refere ao cuidado educativo de cunho preventivo.

Referências

REFERÊNCIAS

- ABREU, A.M.M. **Mortalidade nos acidentes de trânsito na cidade do Rio de Janeiro relacionada ao uso e abuso de bebidas alcoólicas**. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- AHLSTRÖM, S. Consumo nocivo de álcool entre estudantes europeus: resultados do ESPAD. In: ANDRADE, A.G.; ANTHONY, J.C.; SILVEIRA, C.M. **Álcool e suas conseqüências : uma abordagem multiconceitual**. Barueri, SP: Minha Editora, 2009. p. 89 – 102.
- ALVES, V.S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – comunic.**, Saúde, Educ. 9 (16): 39-52, set.2004/fev.2005.
- ANDRADE, L.H.S.G.; SILVEIRA, C.M.; MARTINS, S.S.; STORR, C.L.; WANG, Y.P.; VIANA, M.C. Padrões de consumo do álcool e problemas decorrentes do beber pesado episódico no Brasil. In: ANDRADE, A.G.; ANTHONY, J.C.; SILVEIRA, C.M. **Álcool e suas conseqüências : uma abordagem multiconceitual**. Barueri, SP: Minha Editora, 2009. p.103-22.
- BABOR TF, HIGGINS-BIDDLE JC, SAUNDERS JB, MONTEIRO MG. **AUDIT: Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool – Roteiro para Uso em Atenção Primária**. PAI-PAD: Ribeirão Preto, 2003.
- BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed. 2009. 216 p.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4. ed. Paris: Editora 70. 2009. 281 p.
- BAUER, C. **Introdução crítica ao humanismo dialógico de Paulo Freire**. São Paulo: Editora Instituto José Luís e Rosa Sundemann, 2008. 128p.
- BELCHIOR, P.C.; CASANOVA, E.G.; LOPES, G.T.; POLANSKY, P.; DELPHIM, L.M.; RIBEIRO, A.P.L.P. **A exposição de filme como estratégia pedagógica na dependência alcoólica**. In: XIV Simpósio Internacional sobre Tratamento de Tabagismo / X Simpósio Internacional sobre Álcool e outras Drogas. 2011. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.eventosecongressos.com.br/metodo/tabacodrogas2011/programação/exibe_trabalho.php?id_trabalho=16318&id_atividade=2247&tipo=. Acesso em 28/06/2011
- BELLATO, R., PEREIRA, W.R., MARUYAMA, S.A.T., OLIVEIRA, P.C.A. Convergência cuidado-educação-politicidade: um desafio a ser enfrentado pelos profissionais na garantia aos direitos à saúde das pessoas portadoras de estomias. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis, 15(2): 334-342, abr-jun. 2006.
- BERTOLO, M.A.; ROMERA, L.A. **Propagandas de cerveja: uma relação de consumo e prazer nos momentos de lazer do público jovem**. In: XIV Simpósio Internacional sobre Tratamento de Tabagismo / X Simpósio Internacional sobre Álcool e outras Drogas. 2011. Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.eventosecongressos.com.br/metodo/tabacodrogas2011/programação/exibe_trabalho.php?id_trabalho=16245&id_atividade=2247&tipo= Acesso em: 28/06/11.

BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira.** Brasília (DF), 2007a. Disponível em: <www2.senado.gov.br/bdsf/item/id/93283>. Acesso em 16/11/2009.

_____. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de julho de 1990.

_____. Lei nº 11.114, de 16 de maio de 2005. Altera os arts. 6, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, com o objetivo de tornar obrigatório o início do ensino fundamental aos seis anos de idade. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 de maio de 2005c.

_____. Lei nº lei nº 11.274, de 6 de fevereiro de 2006. Altera a redação dos arts. 29, 30, 32 e 87 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, dispondo sobre a duração de 9 (nove) anos para o ensino fundamental, com matrícula obrigatória a partir dos 6 (seis) anos de idade. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 07 de fevereiro de 2006.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde.** Brasília (DF); 2008. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/ni>>. Acesso em: 05/04/2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** 2. ed. rev. ampl. Brasília (DF); 2004.64 p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 132 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes.** 1. ed. Brasília (DF); 2005a. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf>. Acesso em: 23/03/2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.** 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas.** 2. ed. Brasília (DF); 1996. 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação que produz saúde**. Brasília (DF), 2005b. 16 p

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância à saúde. Secretaria de atenção à saúde. **Política Nacional de Promoção à Saúde**. 2. ed. Brasília (DF), 2007c. 52p.

_____. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas. **Política Nacional sobre o Álcool**. Brasília (DF). 2007b. 6 p.

Disponível em:

<<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326982.pdf>>

Acesso em: 13/02/2009.

BRUST, J.C.M. Uso nocivo de substâncias, neurobiologia e ideologia. **Albert Einstein – Sociedade Beneficente Israelita Brasileira**. 1999. Disponível em:

http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/ac_118.htm Acesso em:

26/07/2011.

CALAZANS, G.J.; FILHO, H.C.S.; JÚNIOR, I.F.; AYRES, J.R.C.M. O conceito de vulnerabilidade. In: PADOIN, S.M.M., PAULA, C.C.; SCHARICH, D.; FONTOURA, V.A. (org.) **Experiências interdisciplinares em aids: interfaces de uma epidemia**. Santa Maria: edUFSM, 2006. p. 43-62.

CARVALHO, M.A.P., ACIOLI S, STOTZ E.N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação do ponto de vista popular. In:

VASCONCELOS, E. M., organizador. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede popular e saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 2001. p. 101-44.

CAVALCANTE, M.B.P.T.; ALVES, M.D.S.; BARROSO, M.G.T.B. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na perspectiva da promoção da saúde. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro. 12 (1): 555-559, set. 2008.

CAVALCANTE, A.M.. **Drogas: esse barato sai caro: os caminhos da prevenção**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

CENTRO DE INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E ÁLCOOL (CISA). **I Conferência Pan Americana sobre políticas públicas do álcool**. 2006. Disponível em:

<<http://www.cisa.org.br/categoria.html?FhIdTexto=64833b4f71f11aa55cf5a5856f0f556c>>.

Acesso em: 26/10/2009.

DÉAI HRFD,SANTOS EN, ITAKURA E, OLIC TB. A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. **Psicol. cienc. prof**. Brasília. 24(1):108-115, mar. 2004. Disponível em:

<http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932004000100012&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1414-9893.

Acesso em: 04/04/2009

DOURADO, G.O.L.; MONTEIRO, C.F.S.; ARAÚJO, T.M.E; MONTEIRO, T.A.S.

Relações familiares de adolescentes que consomem bebidas alcoólicas. In: XIV Simpósio Internacional sobre Tratamento de Tabagismo / X Simpósio Internacional sobre Álcool e outras Drogas. 2011. Rio de Janeiro. Disponível em:

http://www.eventosecongressos.com.br/metodo/tabacodrogas2011/programação/exibe_trabalho.php?id_trabalho=16310&id_atividade=2247&tipo=. Acesso em: 28/06/2011.

DUARTE, C.E.D.; MORIHISA, R.S. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**. 2. ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010. p. 36 – 49.

EOTEOT. **Escola Técnica Estadual Oscar Tenório / FAETEC**. Disponível em: <http://www.faecetec.rj.gov.br/eteot/>. Acesso em: 11/07/2011.

FELIPE, I.C.V. DUFFFRAYER, L.R. Vulnerabilidade da adolescência para uso de álcool e fumo. In: LOPES, G.T. (Org.). **Prevenção de drogas na adolescência: o uso de atividades lúdicas como abordagem pedagógica**. Petrópolis, RJ: EPUB, 2011, p. 37-44.

FERNANDES, E.C. Política de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens – Prosad. **Artigonal Diretório de artigos gratuitos**. 2009. Disponível em: <http://www.artigonal.com/ensino-superior-artigos/politica-de-atencao-integral-a-saude-dos-adolescentes-e-jovens-prosad-1054873.html>. Acesso em: 13/04/2010.

FERREIRA, M.A. A educação em saúde na adolescência: grupos de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. **Texto & Contexto Enferm**. Florianópolis. 15 (2): 205-211, abr-jun. 2006.

_____ ; ALMEIDA FILHO, A.J.; CARDOSO, T.C.S.F.; COURY, A.F.; GOMES, M.L.B.; MENDES, L.R.; TEIXEIRA, M.L.O. **Relatório do Diagnóstico Simplificado de Saúde**. Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010. 111 p.

_____ ; ALVIM, N.A.T.; TEIXEIRA M.L.O.; VELOSO, R.C. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. 16 (2): 217-224, Abr-Jun. 2007.

FICHER, F.M. Efeitos do trabalho sobre a vida dos adolescentes. **Ciência e saúde coletiva**. 8 (4): 973-984, 2003. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232003000400019&script=sci_arttext&tlng=PT. Acesso em: 12/07/2011.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da liberdade: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. 3. ed. 2ª reimpressão. São Paulo: Centauro, 2008. 116p.

_____. **Educação e mudança**. 24. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 36.ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007. 148p.

_____. **Pedagogia do oprimido**. 47. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

FURTADO, E.F.; YOSETAKE, L.L. Coisas simples que todo médico pode fazer para tratar o alcoolismo. Você já faz? **Revista Medical Sigma Pharma**. Jul – set. 2005.

GALDURÓZ, J.C.F.; NODO, A.R.; CARLINI, E.A. **IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras, 1997**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo; 1997. p. 130.

GALDURÓZ, J.C.F.; NODO, A.R.; FONSECA, A.M.; CARLINI, E.A. **V levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras - 2004**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo; 2005.

HECKMANN, W.; SILVEIRA, C.M. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: ANDRADE, A.G.; ANTHONY, J.C.; SILVEIRA, C.M. **Álcool e suas conseqüências : uma abordagem multiconceitual**. Barueri, SP: Minha Editora, 2009. p.67-88

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. Conceito de drogas. **Álcool e Drogas sem Distorção**. 2009. Disponível em: http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/drogas_conceito.htm. Acesso em: 04/08/2011.

KREUTZ, I, GAIVA, MAM, AZEVEDO, RCS. Determinantes sócio-culturais e históricos das práticas populares de prevenção e cura de doenças de um grupo cultural. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 15(1): 89-97. 2006.

LARANJEIRA, R.; HINKLY, D. Evaluation of alcohol outlet density and its relation with violence. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. 36 (4) ago, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04/08/2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102002000400011>.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I.; ZALESKI, M.; CAETANO, R. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília : Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. p. 76

LEPRE, R.M.; MARTINS, R.A. Raciocínio moral e uso abusivo de bebidas alcoólicas por adolescentes. **Paidéia**, 19(42): 39-45. jan.- abr, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n42/06.pdf>. Acesso em: 17/07/2011

LIMA, I.S., PALIARIN, M.M., ZALESKI, E.G.F. História oral de vida de adolescentes dependentes químicos, internados no setor de psiquiatria do hospital regional de Mato Grosso do Sul para tratamento de desintoxicação. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, 4 (1). Fev, 2008, Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-9762008000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 26/10/2009.

LIMA, J.M.B. **Alcoologia** - uma visão sistêmica dos problemas relacionados ao uso e abuso do álcool. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.

LOPES G.T., BERNARDES M.M.R., ACAUAN L.V., FELIPE I.C.V, CASANOVA E.G., LEMOS B.K.J. O enfermeiro no ensino fundamental: desafios na prevenção ao consumo de álcool. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Rio de Janeiro. 11 (4): 712 - 6. Dez, 2007.

MACIEL, M.E.D. Educação em Saúde: Conceitos e Propósitos. **Cogitare Enferm**. 14(4): 773-6. Out/Dez, 2009.

MARQUES, A.C.P.R.; FURTADO, E.F. Intervenções breves para problemas relacionados ao álcool. **Rev Bras Psiquiatr**, 26 (Supl I): 28-32. 2004.

MARQUES, CA; SOUSA, LT; FERREIRA RTOI. **Paulo Freire e o Paradigma da Inclusão**. In: V Colóquio Internacional Paulo Freire: Recife, 19-22 setembro, 2005.

MCEWEN, M. **Bases teóricas para a enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MENDES, L.R. FERREIRA, M.A. TEIXEIRA, M.L.O. GOMES, M.L.B. CARDOSO, T.C.S.F. **Atenção Primária na Área de Saúde do Escolar Adolescente: Prevenção ao Uso e Abuso de Drogas**. In: CONGRESSO DE EXTENSÃO DA UFRJ, 6, 2009, Rio de Janeiro: Anais 2009 - Universidade / Sociedade. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2009. p. 272.

_____; TEIXEIRA, M.L.O.; FERREIRA, M.A. Bebida alcoólica en la adolescencia: el cuidado-educación como estrategia de acción de la enfermería. **Esc Anna Nery Rev Enferm. Rio de Janeiro**. 14 (1): 158 – 64, jan – mar. 2010.

MONTEIRO, V.O. **A imagem do álcool na vida dos adolescentes: sua relação com a prática educativa-dialógica da enfermeira**. Rio de Janeiro, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1999.

MUZA, G.; BETTIOL, H.; MUCCILLO, G.; BARBIERI, M.A. Consumo de substâncias psicoativas por adolescentes escolares de Ribeirão Preto, SP (Brasil). II - Distribuição do consumo por classes sociais. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, 31(2): 163-170, Abr.1997. Disponível em: <<http://www.scielosp.org>>. Acesso em:12/10/2008.

NETO, J.C.M.; BARBOSA, R.G.R. **O diálogo como fundamento da educação intercultural: contribuições de Paulo Freire e Martin Buber**. V Colóquio Internacional Paulo Freire – Recife, 19 a 22-setembro 2005.

NICASTRI, S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. In: **Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 2. ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, 2010. p. 12 – 35.

Objetivos. **Escola Técnica Estadual Oscar Tenório / FAETEC**. Disponível em: <http://www.faetec.rj.gov.br/eteot/>. Acesso em: 15/06/2010

OLIVA, Alfredo. Desenvolvimento social durante a adolescência. COLL, César; MARCHESI, Álvaro; PALACIOS, Jesús. Desenvolvimento Psicológico e educação. **Psicologia evolutiva**. Vol. 1. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

OLIVEIRA, H.M.; GONÇALVES, M.J.F. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Rev Bras Enferm.** Brasília (DF), 57(6): 761-3, nov/dez. 2004.

OLIVEIRA D.L. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev.Latino-am Enfermagem.** 2005 maio-junho; 13(3): 423-31.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Necesidades de Salud de los Adolescentes. Informe de un comité de expertos de la OMS.** Genebra: Série de Informes técnicos no. 609, 1977.

PAIVA, FS; RONZANI, TM. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Psicol. estud.**, Maringá, 14(1), Mar. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722009000100021&lng=en&nrm=iso>.

PAVIANI, Jayme. **Problemas de filosofia da educação.** 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1991.

PEREIRA, S.M. Adolescência e Consumo de Substâncias Psicoativas: Riscos e reflexos para a vida futura. In: Associação Brasileira de Enfermagem. **Adolescer: compreender, atuar, acolher. Brasília.** ABEn; p.112-120. 2001. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/revista/cap4.3.html>>. Acesso em? 20/10/2009.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. Lazer e Uso de Substâncias Psicoativas na Adolescência: Possíveis Relações. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** 23 (1): 43-52, Jan-Mar. 2007.

PRIMO, A. **Avaliação em processos de educação problematizadora online.** In: SILVA, M.; SANTOS, E. (Org.). Avaliação da aprendizagem em educação online. São Paulo: Loyola, p. 38-49, 2006.

RIBEIRO, A.P.L.P.; DELPHIM, L.M. Produção de dados através da dinâmica 5 - consequência do uso de bebidas alcoólicas: apresentação de um filme "grafite". In: LOPES, G.T. (Org.). **Prevenção de drogas na adolescência: o uso de atividades lúdicas como abordagem pedagógica.** Petrópolis, RJ: EPUB, 2011, p. 99-110.

ROBINSON, D. L.; VOLZ, T.J.; SCHENK, J. O.; WIGHTMAN. A.R. M. Acute Ethanol Decreases Dopamine Transporter Velocity in Rat Striatum: In Vivo and In Vitro Electrochemical Measurements. **Alcoholism: Clinical And Experimental Research.** 29 (5), mai. 2005. Disponível em: <http://www.cisa.org.br/categoria.html?FhIdTexto=7eee19fd48ed2af402eee0e88ee291cb> Acesso em: 21/07/2011.

SANTOS, W. L. P. Educação científica na perspectiva de letramento como prática social: funções, princípios e desafios. **Revista Brasileira de Educação,** 12(36): 474-492, set./dez. 2007.

SILVA, I.R. **Alcoolismo e abuso de substância psicoativas: tratamento, prevenção e educação.** São Paulo: Vetor, 2000.

SILVA, K.B.F. **O consumo do álcool entre adolescentes estudantes de escolas privadas católicas de natal.** 2006. (Dissertação) Mestrado em Serviço Social – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2006.

SILVA, V. A.; MATTOS, H. F. Os jovens são mais vulneráveis as drogas? In: PINSKY, I.; BESSA, M. A. (Eds.). **Adolescência e drogas.** São Paulo: Contexto. 2004. p. 31-44.

SILVA S.E.D, PADILHA MICS, BORENSTEIN MS, SPRICIGO JS. Alcoolismo e a produção científica da enfermagem brasileira: uma análise de 10 anos. **Rev. Eletr. Enf.** 13(2): 276-84, abr/jun. 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a14.htm>. Acesso em: 01/08/2011

SOUZA, D.P.O.; ARECO, K.N.; SILVEIRA FILHO, D.X. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso. **Rev saúde pública.** 39(4): 585-92. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25530.pdf>. Acesso em: 12/07/2011.

SOUZA, P.M.L. **Desenvolvimento moral a adolescência.** Psicologia.com.pt – O portal dos psicólogos. 2006. . Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0296.pdf>, Acesso em: 17/07/2011.

SPADINI, L.S.; BUENO, SMV. Análise da conduta educativa do enfermeiro psiquiátrico e saúde mental e a educação problematizadora. **Acta Sci. Health Sci.** Maringá, 27 (1): 1-7, 2005.

SUDBRACK, M.F.O.; DALBOSCO, C. **Escola como contexto de proteção: refletindo sobre o papel do educador na prevenção do uso indevido de drogas.** In: Simposio Internacional do Adolescente, 2. 2005, São Paulo. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC000000008200500200082&lng=en&nrm=abn>. Acesso em: 25/07/2011.

TEIXEIRA, M.L.O. **Uma tecnologia de processo aplicada junto ao acompanhante no cuidado ao idoso: Contribuições à clínica do cuidado de enfermagem.** 2008. (Tese) Doutorado em Enfermagem – Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2008.

TRENTINI, M.; BELTRAME, V. A pesquisa convergente-assistencial (PCA) levada ao real campo de ação da enfermagem. **Cogitare enferm.** Paraná. 11(2): 56-60, mai-ago. 2006. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br>. Acesso em: 22/10/2009.

_____; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, M.; GONÇALVES, H.T. Pequenos grupos de convergência – um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, 9 (2): 63-78, jan-abr. 2000.

VASCONCELOS, E.M. Educação popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1): 67- 83, 2004.

_____. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.160 p.

VENDRAME, A; PINSKY, I; FARIA, R.; SILVA, R. Apreciação de propagandas de cerveja por adolescentes: relações com a exposição prévia às mesmas e o consumo de álcool. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(2): 359-365, fev, 2009.

VINAGRE, M.G ; LIMA, ML. Consumo de álcool, tabaco e droga em adolescentes: experiências e julgamentos de risco. **Psic., Saúde & Doenças**, 7 (1): 73-81, 2006.

WALDOW, VR. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WHO. **Global status report on alcohol**. Genebra: World Health Organization, 2004.

WONG D.L. **Whaley e Wong: Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

ZANOTTO, M.A.C.; De ROSE, T.M.S. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, 29 (1): 45-54, jan./jun. 2003.

ZILS, A.A.; SILVA, H.M.; GHENO,J.; POPPE, K.F.; NARDI, M.B.; FERRÃO, M.S.; CAVEDINI, T.V.; STAUB,V.R. **Educação Em Saúde No Contexto Escolar**. 2009. Disponível em: <<http://www6.ufrgs.br/psicoeduc/wiki/index.php>>. Acesso em:12/06/2010.

Anexos

ANEXO 01

Rio de Janeiro, 17 de junho de 2010.

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Sr. Diretor da Escola Técnica Estadual Oscar Tenório – Fundação de Apoio à Escola Técnica – *Profº Alexandre do Nascimento*.

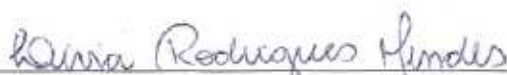
Venho por meio desta, solicitar a V.Sª. autorização para desenvolver, nesta escola, o projeto de pesquisa que aborda de forma qualitativa *o uso e abuso de bebidas alcoólicas entre os jovens*, que dará origem a uma dissertação de mestrado, bem como para divulgar o nome da escola enquanto cenário desta pesquisa.

Este projeto tem como objetivos: 1) Descrever os saberes e práticas de jovens sobre a relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a dependência precoce ao álcool. 2) Analisar de que forma tais saberes e práticas interferem nessa relação. 3) Discutir limites e possibilidades do ato de problematizar essa relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e dependência precoce ao álcool pelos jovens para que os mesmos possam tomar decisões responsáveis relativas ao consumo de bebidas alcoólicas. Em linhas gerais, visa discutir a ação educativa junto aos jovens para clarear a relação entre o consumo de bebidas alcoólicas e a dependência ao álcool.

A entrevista terá como sujeitos, os estudantes desta escola e as informações serão coletadas através de entrevista em grupo. Como contrapartida, comprometo-me a disponibilizar o projeto desta pesquisa à escola tão logo ele seja aprovado em comitê de ética e pesquisa, bem como disponibilizar os resultados finais desta pesquisa para ciência do corpo pedagógico desta escola.

Certa de contar com o apoio de V.Sª., me coloco a disposição para os esclarecimentos que forem necessários.

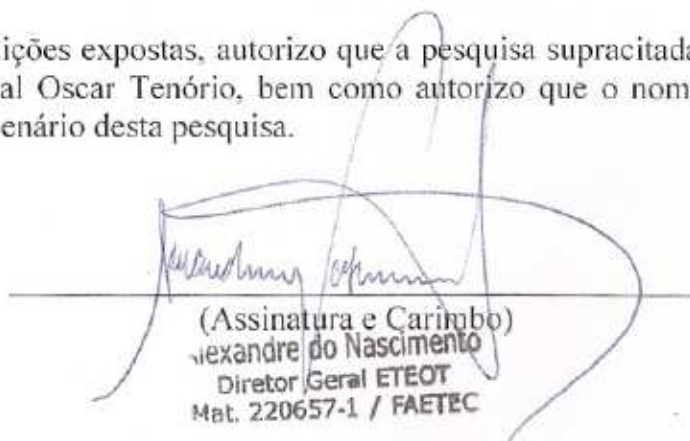
Atenciosamente,



Livia Rodrigues Mendes

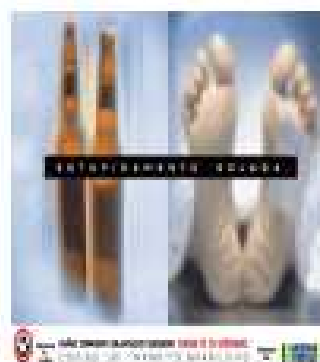
Mestranda em Enfermagem – EEAN / UFRJ

Mediante as condições expostas, autorizo que a pesquisa supracitada seja desenvolvida na Escola Estadual Oscar Tenório, bem como autorizo que o nome desta escola seja divulgado como cenário desta pesquisa.



(Assinatura e Carimbo)
Alexandre do Nascimento
Diretor Geral ETEOT
Mat. 220657-1 / FAETEC

ANEXO 02 – CARTAZ DO GRUPO 1

BEBIDAS ALCOOLICAS:**NÃO LEIA !?!**

· Toda dose de qualquer bebida alcoólica equivale à mesma quantidade de álcool, o volume de cada dose é que é diferente.

· Metade dos óbitos entre 10 e 24 anos estão relacionados direta ou indiretamente ao consumo de álcool.

· A partir de 06 doses, o álcool pode levar a embriaguez, COMA e até à MORTE!!!!

· Só o tempo cura o efeito do álcool.

· "Refrigerante, café e ducha fria não funcionam!"

· Consumo de álcool em grande quantidade + longo período de consumo na vida = ALCOOLISMO

· Sinais do beber problemático:
Intolerância;
Falta de controle para parar
Abstinência - tremores, diarreia, enjôo, vômito, insônia, pesadelo.



**BEBIDA COM
VOLANTE,
PERIGO
CONSTANTE !**

ANEXO 03 – CARTAZ DO GRUPO 2

ORIENTAÇÕES SOBRE O CONSUMO DE ÁLCOOL

Esclarecendo...

Toda dose possui a mesma quantidade de álcool!

Tipo de Bebida	Teor Alcoólico (%)	Dose Padrão	Volume da Dose Padrão (mL)	Quantidade de álcool (gramas)
Cerveja	4 - 5	1 lata	350	10 - 12
Vinho	12 - 14	1 taça	150	10 - 12
Destilada	40 - 50	1 dose	40	10 - 12
"Ice"	5 - 6	1 garrafa	275	10 - 12

Fonte: LIMA, 2003

Efeitos do álcool no organismo

Dose (g/l)	Equivalente	Efeitos
0,2 a 0,3	1 copo de cerveja, um cálice pequeno de vinho, 1 dose de uísque ou outra bebida destilada	As funções mentais começam a ficar comprometidas. A percepção da distância e da velocidade é prejudicada.
0,3 a 0,5	2 copos de cerveja, 1 cálice grande de vinho, 2 doses de bebida destilada	O grau de vigilância diminui assim como o campo visual. O controle cerebral relaxa dando a sensação de calma e satisfação.
0,5 a 0,8	3 ou 4 copos de cerveja, 3 copos de vinho, 3 doses de uísque	Reflexos retardados, dificuldades de adaptação da visão a diferenças de luminosidade; superestimação das possibilidades e minimização de riscos e tendência à agressividade.
0,8 a 1,5	Grandes quantidades de bebida alcoólica	Dificuldades de controlar automóveis; incapacidade de concentração e falhas de coordenação neuromuscular.
1,5 a 2,0	Grandes quantidades de bebida alcoólica	Embriaguez, torpor alcoólico, dupla visão.
2,0 a 5,0	Grandes quantidades de bebida alcoólica	Embriaguez profunda.
>5	Grandes quantidades de bebida alcoólica	Coma alcoólico.

Fonte: Secretaria Municipal de Transporte São Paulo e médicos (2005).

Esta dose corresponde à quantidade de álcool (em gramas) em cada litro de sangue circulante no organismo – é a medida calculada no bafômetro.

Em quanto tempo o álcool é eliminado do organismo?

Só o tempo resolve e o processo de eliminação dura de **6 a 8 horas**.

NÃO existem métodos para acelerar essa eliminação.

Café forte, ducha de água fria, exercícios físicos: **NADA DISSO FUNCIONA!**

Esses métodos podem mantê-lo desperto, mas o álcool ainda estará afetando suas condições e será registrado pelo bafômetro.

Apêndices

**APÊNDICE B - INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS
SOCIODEMOGRÁFICOS**

DATA DO PREENCHIMENTO ____/____/____

Nome _____ Código de Identificação: _____

Sexo: ()F ()M Idade: ____ anos Bairro em que reside: _____

Situação conjugal:

() casado(a) ou vive maritalmente () solteiro (a) () separado(a) () viúvo(a)

Escolaridade:

Série: _____ Turma: _____

Ocupação: () Só estuda

() Estuda e trabalha , em caso positivo: Trabalha em que? _____

() Estuda e faz estágio não remunerado. Estágio em que? _____

() Estuda e faz estágio remunerado. Estágio em que? _____

Caso trabalhe e/ou faça estágio remunerado, qual é a sua renda? _____

Possui Filhos? () Sim () Não **Quantos?** _____ **Vive (m) com você?** _____

Renda familiar total:

() Até 500 reais () Entre 501 e 1000 reais () Entre 1001 e 1500 reais () Entre 1501 e 2000 reais

() Mais de 2000 reais

Números de pessoas dependentes da renda: _____

Atividades de lazer e/ou esporte:

() não () sim, qual: _____

Freqüência: () Diariamente () semanalmente () quinzenalmente () Mensalmente

() Trimestralmente () Anualmente

Consumo de bebidas alcoólicas:

() não () sim, qual: _____

Em caso positivo, em que condição faz uso? Em quais lugares? _____

Com que idade experimentou: _____

Há quanto tempo iniciou consumo: _____

Alguém do convívio consome bebida alcoólica: () não () sim

Grau de parentesco: _____

Freqüência: () Diária () Semanal - nº vezes / semana: _____ () Mensal - nº vezes / mês:

() Anual - nº vezes / ano: _____

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO AUDIT

Anote no retângulo o número da alternativa assinalada.

1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas?

- (0) Nunca [vá para as questões 9-10]
 (1) Mensalmente ou menos
 (2) De 2 a 4 vezes por mês
 (3) De 2 a 3 vezes por semana
 (4) 4 ou mais vezes por semana

2. Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber?

- (0) 0 ou 1
 (1) 2 ou 3
 (2) 4 ou 5
 (3) 6 ou 7
 (4) 8 ou mais

3. Com que frequência você consome cinco ou mais doses de uma vez?

- (0) Nunca
 (1) Menos do que uma vez ao mês
 (2) Mensalmente
 (3) Semanalmente
 (4) Todos ou quase todas os dias
 Se a soma das questões 2 e 3 for 0, avance para as questões 9 e 10

4. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado?

- (0) Nunca
 (1) Menos do que uma vez ao mês
 (2) Mensalmente
 (3) Semanalmente
 (4) Todos ou quase todos os dias

5. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você?

- (0) Nunca
 (1) Menos do que uma vez ao mês
 (2) Mensalmente
 (3) Semanalmente
 (4) Todos ou quase todos os dias

6. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para poder se sentir bem ao longo do dia após ter bebido bastante no dia anterior?

- (0) Nunca
 (1) Menos do que uma vez ao mês
 (2) Mensalmente
 (3) Semanalmente
 (4) Todos ou quase todos os dias

7. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido?

- (0) Nunca
 (1) Menos do que uma vez ao mês
 (2) Mensalmente
 (3) Semanalmente
 (4) Todos ou quase todos os dias

8. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida?

- (0) Nunca
 (1) Menos do que uma vez ao mês
 (2) Mensalmente
 (3) Semanalmente
 (4) Todos ou quase todos os dias

9. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?

- (0) Não
 (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
 (4) Sim, nos últimos 12 meses

10. Algum parente, amigo ou médico já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?

- (0) Não
 (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses
 (4) Sim, nos últimos 12 meses

Some os números de cada alternativa que você marcou.

SOMA FINAL = _____

Tipo de Bebida	Dose Padrão
Cerveja	1 lata (350 mL)
Vinho	1 taça (150mL)
Destilada	1 dose (40 mL)
“Ice”	1 garrafa (275 mL)

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA CONDUZIR O DIÁLOGO / REFLEXÃO

Grupo:		
Data:	Hora de início:	Hora de término:
1. Perguntas Chaves		
1)	O que você pensa sobre o uso de bebidas alcoólicas entre os jovens?	
2)	E você faz uso destas bebidas? De que forma?	
3)	A bebida alcoólica vicia? Por quê?	
4)	E o que é o vício para você?	

APÊNDICE E - ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO DO GRUPO DE CONVERGÊNCIA

I) Observações sobre o grupo:

1. Engajamento e participação dos sujeitos nas discussões:
2. Saída de algum membro no decorrer do grupo:
3. Humor geral do grupo:
4. Especificidades de comportamento (risos, gargalhadas, choro e outros):

II) Outras observações do pesquisador

APÊNDICE F - TERMO DE ASSENTIMENTO INFORMADO (Adolescente)[√]

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM

PESQUISADORA: Enfermeira Livia Rodrigues Mendes

AJUDANTES DA PESQUISA: Izabella e Jocielle; Julyanna e Laís.

ORIENTADORA: Dra Maria Luiza de Oliveira Teixeira

Eu, _____, confirmo que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo feito.

Compreendi que:

_ por estudar na Escola Técnica Estadual Oscar Tenório e ser adolescente, fui convidado para participar da pesquisa "Dialogando com os jovens sobre o consumo de álcool: Um cuidado educativo de enfermagem";

_ se eu for menor de idade, meus pais ou responsáveis também terão que assinar um documento, concordando com a minha participação na pesquisa;

_ posso participar da pesquisa independente de consumir ou não bebidas alcoólicas;

_ não sou obrigado(a) a participar desta pesquisa, e minha escolha em conversar ou não com a pesquisadora será respeitada. Mesmo depois de aceitar participar do estudo, em qualquer momento posso desistir, sem que isso me cause qualquer dificuldade ou transtorno na escola;

_ este estudo tem como objetivo compreender o que os jovens sabem e o que fazem sobre o consumo de bebidas alcoólicas e o que pensam sobre a dependência ao álcool;

_ primeiro a pesquisadora irá pedir para eu preencher um questionário com perguntas sobre álcool e depois, eu, outros adolescentes e a pesquisadora iremos para o auditório da Escola e formaremos um grupo de conversa;

_ também participará da conversa uma aluna de enfermagem (ajudante de pesquisa), que ficará observando a conversa em grupo e fazendo anotações;

_ nada do que eu disser na pesquisa será julgado, eu não passarei por situações que me causem vergonha e também não terei nenhum prejuízo físico (no meu corpo);

_ a conversa pode envolver meus sentimentos ao falar do que penso e o que já vivi. Quando for preciso atender alguma necessidade minha, provocada por essas lembranças e sentimentos,

[√] Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

a equipe de orientação pedagógica da escola será procurada, conforme acordo previamente estabelecido;

_ se eu permitir, a conversa será gravada em MP3, para que a pesquisadora possa dar maior atenção a mim, não tendo que anotar tudo que ele disser;

_ o que eu falar será digitado (transcrito) e as gravações serão guardadas por 5 anos, por determinação das normas de pesquisa. Somente a pesquisadora, a ajudante da pesquisa e a orientadora do estudo terão acesso às gravações;

_ ao fim desta pesquisa, os resultados do estudo deverão ser divulgados e publicados. Tendo acesso a essas informações, outros profissionais poderão compreender o que o que eu penso sobre o consumo de álcool e o como isso interfere na minha vida, para poderem me atender melhor nesses aspectos;

_ na divulgação desses resultados, o meu nome não aparecerá: receberei um código (por exemplo H1, M2, H3, ...). Assim, ninguém poderá descobrir quem sou eu, o que protege minha identidade;

_ eu não terei gastos e nem recompensas financeiras por participar da pesquisa;

_ se eu tiver dúvidas sobre o estudo, poderei telefonar a cobrar para as pesquisadoras que me informaram sobre o estudo:

Enfa. Livia Rodrigues Mendes

(pesquisadora principal)

Cel: 21 9839-6185

little_rodrigues@yahoo.com.br

Profa. Dra. Maria Luiza de Oliveira Teixeira

(Orientadora)

Cel: 21 9945-1782

milot@uol.com.br

- Ou poderei ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery / Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tel: 21 2293-8148. R: 228.

Aceito participar deste estudo e a publicação das informações por mim fornecidas à pesquisadora.

Rio de Janeiro/RJ _____, _____ de 2010.

Assinatura do adolescente: _____

APÊNDICE G –

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Responsável Legal)[√]

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ)

ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY (EEAN)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ENFERMAGEM

PESQUISADORA: Enfermeira Livia Rodrigues Mendes

AJUDANTE DA PESQUISA: Izabella e Jocielle; Julyanna e Laís.

ORIENTADORA: Dra Maria Luiza de Oliveira Teixeira

PESQUISA: "Dialogando com os jovens sobre o consumo de álcool: Um cuidado educativo de enfermagem."

Eu, _____, confirmo que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo feito.

Compreendi que:

_ não sou obrigado(a) a autorizar a participação do adolescente na pesquisa. Depois de minha autorização, o adolescente será consultado se quer participar do estudo. Se quiser desistir sua vontade será respeitada, em qualquer momento da pesquisa. As decisões do adolescente em não participar ou desistir do estudo no decorrer das entrevistas não trarão dificuldades para a sua relação com a escola;

_ este estudo tem como objetivo compreender o que os jovens sabem e o que fazem sobre o consumo de bebidas alcoólicas e o que pensam sobre a dependência ao álcool;

_ o adolescente poderá participar da pesquisa independente de consumir ou não bebidas alcoólicas;

_ primeiro a pesquisadora irá pedir para o jovem preencher um questionário com perguntas sobre álcool e depois a pesquisadora e os adolescentes irão para o auditório da Escola e formarão um grupo de conversa;

- Participará da conversa além da pesquisadora e dos jovens, uma aluna de enfermagem (ajudante de pesquisa), que ficará observando a conversa em grupo e fazendo anotações;

_ nada do que o adolescente disser na pesquisa será julgado, ele não passarei por situações que lhe causem vergonha e também não terá nenhum prejuízo físico (no corpo dele);

_ a conversa pode envolver sentimentos do adolescente ao falar do que já viveu. Quando for preciso atender alguma necessidade do adolescente, provocada por essas lembranças e

[√] Uma cópia deste documento será guardada pela pesquisadora e a outra ficará com o responsável que autorizou a participação na pesquisa. Foi desenvolvido respeitando a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

sentimentos, a equipe de orientação pedagógica da escola estará disponível para atendê-lo, conforme acordo previamente estabelecido;

_ se o adolescente permitir, a conversa será gravada em MP3, para que a pesquisadora possa dar maior atenção ao adolescente, não tendo que anotar tudo que ele disser;

_ o que o adolescente falar será digitado (transcrito) e as gravações serão guardadas por 5 anos, por determinação das normas de pesquisa. Somente a pesquisadora, a ajudante da pesquisa e a orientadora do estudo terão acesso às gravações;

_ ao fim desta pesquisa, os resultados do estudo deverão ser divulgados e publicados. Tendo acesso a essas informações, outros profissionais poderão compreender o que os adolescentes pensam sobre o consumo de álcool e o como isso interfere na sua vida para poderem atendê-lo melhor nesses aspectos;

_ na divulgação desses resultados, o nome do adolescente não aparecerá: cada um receberá um código (por exemplo M1, H2, M3, ...). Assim, ninguém poderá descobrir quem é o adolescente, o que protege sua identidade;

_ eu e o adolescente não teremos gastos e nem recompensas financeiras por participar da pesquisa;

_ se o adolescente ou eu tivermos dúvidas sobre o estudo, poderei telefonar a cobrar para as pesquisadoras que me informaram sobre o estudo:

Enfa. Lívia Rodrigues Mendes

(pesquisadora principal)

Cel: 21 9839-6185

little_rodrigues@yahoo.com.br

Profa. Dra. Maria Luiza de Oliveira Teixeira

(Orientadora)

Cel: 21 9945-1782

m1ot@uol.com.br

- Ou poderei ligar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery / Hospital Escola São Francisco de Assis da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tel: 21 2293-8148. R: 228.

Autorizo a participação de _____ neste estudo e a publicação das informações.

Rio de Janeiro/RJ ____, de _____ de 2010.

Assinatura do responsável: _____

APÊNDICE I – PLANO DE DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO

PERÍODO	ATIVIDADES			
	Apresentação do Projeto / Estado da Arte	Apresentação preliminar dos resultados	Apresentação final dos resultados	Envio para publicação em periódicos (qualis)
2010 SEGUNDO SEMESTRE	<ul style="list-style-type: none"> • Encontro Internacional de Núcleos de Pesquisa EEAN/UFRJ • CBEN / ABEn 			
2011 PRIMEIRO SEMESTRE		<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisando em Enfermagem EEAN/UFRJ • X Simpósio Internacional sobre Alcool e outras Drogas / ABEAD 		
2011 SEGUNDO SEMESTRE		<ul style="list-style-type: none"> • Encontro Internacional de Núcleos de Pesquisa EEAN/UFRJ • EnfCuidar 		Texto & Contexto Enfermagem (A2) Revista Enfermagem UERJ (B1)
2012 PRIMEIRO SEMESTRE			<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisando em Enfermagem EEAN/UFRJ • Retorno ao cenário de pesquisa para apresentar os resultados 	Escola Anna Nery (B1) Revista Brasileira de Enfermagem (B1)
2012 SEGUNDO SEMESTRE			<ul style="list-style-type: none"> • Encontro Internacional de Núcleos de Pesquisa EEAN/UFRJ • Congresso Brasileiro de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente / SBP • CBEN / ABEn 	Acta Paulista de Enfermagem (A2) Revista Latino-Americana de Enfermagem (A2)

APÊNDICE J – ORÇAMENTO DA PESQUISA

ATIVIDADES	2010		2011		2012	
	PRIMEIRO SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE	PRIMEIRO SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE	PRIMEIRO SEMESTRE	SEGUNDO SEMESTRE
Transporte	R\$ 60,00 por semana	R\$ 100,00 por semana	R\$ 100,00 por semana	R\$ 80,00 por semana	R\$ 60,00	R\$ 30,00
Alimentação	R\$ 25,00 por semana	R\$ 50,00 por semana	R\$ 60,00 por semana	R\$ 40,00 por semana	R\$ 40,00	R\$ 20,00
Aquisição de livros	R\$ 100,00	R\$ 200,00	R\$ 250,00	R\$ 250,00	-----	-----
Impressões	R\$ 150,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 250,00	-----	-----
Fotocópias	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00	R\$ 100,00	-----	-----
Inscrições em eventos	R\$ 300,00	R\$ 150,00	R\$ 450,00	R\$ 100,00	R\$ 450,00	R\$ 100,00
Banner	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00
Despesas com passagem e hospedagem em eventos fora do estado	-----	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 800,00	R\$ 1200,00
Pagamento de anuidade de periódicos	-----	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 200,00