

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Niva Maria Almeida Chamis

**EDUCAÇÃO E SAÚDE DAS ADOLESCENTES NA PERIFERIA URBANA:
estudo de caso em Novo Hamburgo - RS**

Porto Alegre

2010

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Niva Maria Almeida Chamis

**EDUCAÇÃO E SAÚDE DAS ADOLESCENTES NA PERIFERIA URBANA:
estudo de caso em Novo Hamburgo - RS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Doutora em Educação.

Orientador:
Prof. Dr. Augusto Nivaldo Silva Triviños

Linha de Pesquisa: Trabalho, Movimentos Sociais e Educação

Porto Alegre
2010

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

C448e Chamis, Niva Maria Almeida

Educação e saúde das adolescentes na periferia urbana: estudo de caso em Novo Hamburgo - RS / Niva Maria Almeida Chamis; orientadora: Augusto Nivaldo Silva Triviños. Porto Alegre, 2010.

140 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, 2010, Porto Alegre, BR-RS.

1. Educação. 2. Saúde reprodutiva. 3. Adolescência. 4. Professor. Formação. I. Silva Triviños, Augusto Nivaldo. III. Título.

CDU – **613.88**

Niva Maria Almeida Chamis

**EDUCAÇÃO E SAÚDE DAS ADOLESCENTES NA PERIFERIA URBANA:
estudo de caso em Novo Hamburgo - RS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito para obtenção do título de Doutora em Educação

Aprovada em 06 abr. 2010.

Prof. Dr. Augusto Nivaldo Silva Triviños – Orientador

Profa. Dra. Carmem Lucia Bezerra Machado – UFRGS

Profa. Dra. Dulce Helena Penna Soares – UFSC

Profa. Dra. Stela Nazareth Meneghel – UERGS

Às adolescentes que, revelando seus sonhos e experiências, mostraram que ainda temos muito a compreender e transformar.

AGRADECIMENTOS

A minha família, pelo constante apoio e afeto;

Ao professor Augusto Nivaldo Silva Triviños, pela orientação segura e compreensão com as dificuldades;

À amiga Jane com quem compartilhei dúvidas, viagens, cafés e reflexões;

Aos professores da Faculdade de Educação, em especial a professora Carmem Machado, acolhedora e sábia; e aos colegas, em especial a Simone, sempre solidária;

À Dra. Sandra Martini Vial, Diretora da Escola de Saúde Pública, que me concedeu tempo e estímulo para estudar;

Aos trabalhadores da Unidade Básica, representados pela amiga Inez, que me auxiliaram na concretização da pesquisa;

Aos professores das escolas da Santo Afonso, que propiciam tantos momentos de ensino e aprendizagem.

Nada é Impossível de Mudar

Desconfiai do mais trivial, na aparência singelo.

E examinai, sobretudo, o que parece habitual.

Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar. (Bertolt Brecht).

Não é sério

*Eu vejo na TV o que eles falam sobre o jovem não é sério.
O jovem no Brasil nunca é levado a sério
Eu Sempre quis falar
Nunca tive chance
Tudo que eu queria
Estava fora do meu alcance
A polícia diz que já causei muito distúrbio
O repórter quer saber porque eu me drogo
O que é que eu uso
Eu também senti a dor
E disso tudo eu fiz a rima
Agora tô por conta
Pode crer que eu tô no clima
Revolução na sua vida você pode você faz
Quem sabe mesmo é quem sabe mais. (Charlie Brown Jr.).*

RESUMO

A tese analisa a educação e saúde reprodutiva de adolescentes femininas de periferia urbana, pesquisando os reflexos da educação formal nos seus conhecimentos sobre saúde. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, estruturado a partir de uma abordagem qualitativa. Os campos de desenvolvimento do Estudo de Caso foram uma Unidade Básica de Saúde e uma escola pública municipal, na região metropolitana de Porto Alegre, RS, Brasil. Foram participantes da pesquisa 17 adolescentes freqüentadoras da Unidade Básica de Saúde, sendo adotados como procedimentos metodológicos a pesquisa bibliográfica e documental e entrevistas semi-estruturadas. Há contradições e conflitos entre os conhecimentos trazidos pelo desenvolvimento científico na busca por uma situação ideal de saúde e a realidade da população que freqüenta as escolas da periferia urbana. O estudo se propõe a contribuir na formação dos professores ao trazer a voz dos que são sujeitos da atividade educacional, analisando o que os adolescentes entendem, esperam, criticam e admiram durante a vivência na escola, o que levam para seu cotidiano e seus sonhos de futuro, como ocorrem as ligações e relações entre os alunos, suas famílias e as propostas das escolas, da sociedade, das políticas públicas. A tese sugere que a educação em saúde reprodutiva na escola não respondeu às necessidades das adolescentes e o abandono da escola está relacionado às suas difíceis condições de vida e perspectiva de futuro. A integração entre a Unidade Básica de Saúde e a escola possibilita a produção de saúde e educação, objetivo de todos os profissionais que vivem e trabalham na perspectiva das transformações sociais.

Palavras-chave: **Educação. Saúde Reprodutiva. Adolescência. Professor. Formação.**

ABSTRACT

The present thesis analyses female teenagers' education and reproductive health in urban periphery, researching the impact of formal education on their knowledge about health. It is an exploratory-descriptive study, structured on a qualitative approach. The fields of the Case Study were a Basic Health Unity and a public school in the metropolitan region of Porto Alegre, RS, Brazil. 17 teenagers, who attended that Basic Health Unity, were participants at the research. The used methodological procedures were documentary and literature review, in addition to semi-structured interviews. Considering the contradictions and conflicts among scientific knowledge (which is developed on ideal conditions of health) and the reality of people that attends the schools in the urban periphery, this study aims to contribute in teachers' formation, bearing in mind what students take from school to daily life; their perceptions, expectations and critics related to school time; and finally, how the connections between students, families and school happen. The results reached by this study suggest that reproductive health education in school doesn't correspond to teenagers' needs and that school abandon by teenagers is related to their hard conditions of life and low expectations concerning their future. The integration between Basic Health Unity and school makes possible the production of health and education – what should be the main objective of all professionals that live and work in the perspective of social transformations.

Key-words: Education. Reproductive Health. Adolescence. Teacher. Formation.

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica em Saúde
AIDS – Acquired Immunodeficiency Syndrome - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS – Atenção Primária em Saúde
BVJ – Benefício Variável Jovem
CAIC – Centro de Atenção Integral à Criança e Adolescente
CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CT – Conselho Tutelar
DSS – Determinantes sociais da saúde
DSTs – Doenças sexualmente transmissíveis
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
EF – Ensino Fundamental
EJA – Educação de Jovens e Adultos
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV – Papiloma Vírus Humano
LDB – Lei de Diretrizes e Bases
LOS – Lei Orgânica da Saúde
MS – Ministério da Saúde
OIT – Organização Internacional do Trabalho
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PBF – Programa Bolsa Família
PCN – Parâmetros Curriculares Nacionais
PIB – Produto Interno Bruto
PMNH – Prefeitura Municipal de Novo Hamburgo
PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PPP – Projeto Político Pedagógico
PS – Promoção da Saúde
RS – Rio Grande do Sul

SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SM – Salário-mínimo

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características das Adolescentes Quanto à Idade, Ocupação, Escolaridade, Estado Civil e Paridade, 2009.....	83
Quadro 2 – Características das Adolescentes Quanto à Escolaridade e Ocupação dos Pais, 2009	86

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 A ESCOLHA SOBRE O ESTUDO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE DAS ADOLESCENTES DA PERIFERIA URBANA.....	16
2. A ADOLESCÊNCIA	35
2.1 OS ADOLESCENTES E A CIDADE	40
2.2 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E OS SERVIÇOS OFERECIDOS AOS ADOLESCENTES.....	47
2.2.1 A Unidade Básica de Saúde	49
2.2.2 Programa de Planejamento Reprodutivo	51
2.2.3 O Grupo de Mães Adolescentes	52
3. EDUCAÇÃO E SAÚDE COMO DIREITOS	54
3.1 A LEI ORGÂNICA DA SAÚDE	55
3.2 O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	61
3.3 OS PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS	62
3.4 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUAS LIGAÇÕES COM A EDUCAÇÃO	69
4. A ABORDAGEM TEÓRICA E METODOLÓGICA DO ESTUDO	78
4.1 A NATUREZA E TIPO DE ESTUDO	78
4.2 A POPULAÇÃO E A AMOSTRA	79
4.3 A COLETA DE INFORMAÇÕES	81
4.4 A ANÁLISE E A ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES, SIGNIFICADOS, EXPLICAÇÕES E COMPREENSÃO.....	82
4.4.1 Como é a Vida na Escola	87
4.4.2 Ir Embora da Escola: a vida que acontece lá fora	96
4.4.3 Representações Sobre a Adolescência	108
4.4.4 O que se Aprende na Escola e para além Dela Informações Sobre Adolescência e Métodos Anticoncepcionais	114
4.4.5 O Serviço de Saúde que os Adolescentes Gostariam de Frequentar ...	139
5. CONCLUSÕES E PROPOSTAS PARA EDUCAÇÃO E SAÚDE NA ESCOLA INTEGRADA AO SERVIÇO DE SAÚDE	144
REFERÊNCIAS	149
APÊNDICES	161

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e EsclarecidoXX
APÊNDICE B – Roteiro Para Entrevista Semi-Estruturada.....XX

1. INTRODUÇÃO

A nosso entender, é necessário pensar a Educação e a Saúde não mais como uma educação sanitizada (educação sanitária) ou localizada no interior da saúde (educação em saúde) ou ainda educação para a saúde (como se a saúde pudesse ser um estado que se atingisse depois de educado!). É preciso recuperar a dimensão da Educação e da Saúde/doença e estabelecer as articulações entre esses dois campos e os movimentos (organizados) sociais. E mais - como práticas sociais articuladas com as necessidades e possibilidades das classes populares na formulação de políticas sociais e das formas de organização social que lhes interessam. (MELO, 1987).

1.1 A ESCOLHA SOBRE O ESTUDO DA EDUCAÇÃO E SAÚDE DAS ADOLESCENTES DA PERIFERIA URBANA

Ao explicar a escolha do tema de pesquisa, que aproxima dois campos distintos de conhecimento, que se complementam e, em muitas situações, dependem um do outro para a realização de necessidades fundamentais do ser humano, trago minha experiência de trabalhadora da área da saúde invadindo o campo da educação ao cursar o doutorado.

A pesquisa qualitativa na área da saúde tornou-se mais presente e visível a partir da década de 1970, quando muitos profissionais que trabalhavam quantificando seus achados recorrem à pesquisa qualitativa para compreender melhor os fenômenos materiais que estudam. Segundo Triviños, este interesse apareceu primeiro na área da medicina comunitária e enfermagem, em seguida expandindo-se aos profissionais da assistência social e professores de educação física. As pesquisas, em suas variadas perspectivas, podem ser importantes para conhecer aspectos de nosso mundo de agudas diferenças econômicas, sociais e educacionais, mas, para ajudar a resolver nossos problemas essenciais deve apontar ao desenvolvimento de uma consciência social dirigida a realizar um esforço para mudar o que estamos vivendo (TRIVIÑOS, 2005).

Pelo desejo de ampliar os conhecimentos na área da pesquisa qualitativa, ocorreu a procura pelo curso de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da UFRGS, que tem como objetivo formar profissionais qualificados para o exercício do ensino, pesquisa e extensão, para o desenvolvimento do conhecimento no campo da Educação, constituindo-se por três eixos de pesquisa.

Os estudos e pesquisas estão voltados às políticas que atravessam o campo da educação, nas suas mais variadas formas e intenções e nos múltiplos campos do realizar e pensar em que se projeta o ato educativo.

A Linha de Pesquisa em Trabalho, Movimentos Sociais e Educação enfatiza a formação para qualificar a práxis do professor da rede pública e privada de educação, educação básica, profissional e superior; subsidiar políticas de educação, de formação e qualificação profissional, nas áreas públicas e privadas, que incorporem as relações de trabalho, etnia, gênero, idade e fundamentar experiências de trabalho, educação e lazer, nas organizações sociais e nos movimentos sociais.

Esta tese de doutorado está inserida na temática de estudo denominada Educação no Mercosul/Cone Sul, que se volta à pesquisa da formação do trabalhador da educação numa sociedade informatizada; base comum de formação de professores no Mercosul/Cone Sul; numa abordagem dialética e crítica, materialista da realidade social e educacional, no sentido de desenvolver estudos comparativos de classes sociais, trabalho e educação; ideologia, historicidade, trabalho e educação.

Dentro desta temática, entende-se que a Educação em Saúde está presente na escola em todos os níveis de formação e pela sua importância na resposta às necessidades naturais, sociais, econômicas e sociais das pessoas que freqüentam a escola como alunos, trabalhadores e familiares, tem impacto nas atitudes individuais e sociais de todos os participantes. As contradições e conflitos entre os conhecimentos trazidos pelo desenvolvimento científico na busca por uma situação ideal de saúde e a realidade da população que freqüenta as escolas da periferia urbana se manifestam em profundas fissuras no ensino/aprendizagem nos diversos níveis da Educação em Saúde realizada no ambiente escolar, como os adolescentes alunos que não apresentam boas condições de saúde ou demonstram não ter se apropriado das informações sobre saúde que constam nos currículos e projetos desenvolvidos.

Na revisão dos conceitos sobre educação e saúde, destacam-se duas definições importantes, educação em saúde e educação para a saúde.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (PAHO, 2010).

Educação para a saúde é o processo planejado e administrado de investimento em educação para melhorar a saúde de uma população. Consiste em oferecer oportunidades de aprendizagem estruturadas

conscientemente para que incorporem alguma forma de comunicação delineada para fomentar o alfabetismo na saúde, i.e., a capacidade cognitiva e social para entender e usar a informação no sentido de melhorar a saúde. Isso inclui o aperfeiçoamento de conhecimentos e práticas que contribuem para a saúde individual e comunitária (PAHO, 2010).

Na definição de educação em saúde, se inserem quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. A palavra combinação enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra delineada distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. Facilitar significa predispor, possibilitar e reforçar. Voluntariedade significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. Ação diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde. (CANDEIAS, 1997, p. 210).

No texto, seguiremos o que consta na epígrafe: educação e saúde em suas amplas dimensões, articuladas entre si e como práticas sociais.

Assim, o estudo sobre a educação e saúde de adolescentes, pesquisando o impacto da educação formal nos seus conhecimentos sobre saúde, pode contribuir na formação dos professores ao trazer a voz dos que são sujeitos da atividade educacional, procurando explanar o que eles entendem, esperam, criticam e admiram durante a vivência na escola, o que levam para seu cotidiano e seus sonhos de futuro, como ocorrem as ligações e relações entre os alunos, suas famílias e as propostas das escolas, da sociedade, das políticas públicas.

A interpretação destas vozes foi feita pela perspectiva de quem trabalha em saúde pública, atende os adolescentes numa unidade básica de saúde e frequenta a escola em atuações conjuntas com alunos e professores, propondo que os vários espaços onde ocorrem as ações de saúde possam ter um campo comum com a circulação e troca das diversas experiências, buscando o maior benefício para todos os envolvidos na produção da saúde.

A pesquisa da educação e saúde das adolescentes da periferia urbana se constituiu de fases preliminares, nas quais, primeiramente, buscou-se conhecer a proposta de educação em saúde para a escola no Ensino Fundamental, por intermédio de documentação, leis, decretos, diretrizes curriculares, planos político-pedagógicos e outros documentos, além de leitura em geral sobre a educação em

saúde, saúde reprodutiva e adolescência, conversas com professores e adolescentes envolvidos no processo educativo.

Durante o transcurso do doutorado, tive a oportunidade de participar de duas edições do curso "Adolescência e Contemporaneidade", voltado a profissionais de educação, saúde e assistência social que trabalham com adolescentes, desenvolvendo a temática da saúde reprodutiva e gravidez na adolescência, além da realização de oficinas e palestras sobre o tema em escolas municipais e estaduais.

Estas experiências, somadas a outras intervenções anteriores no ambiente escolar, demonstraram como a educação em saúde está presente na realidade das escolas, e nas expectativas dos professores e alunos em desenvolvê-la de forma permanente, permitindo a absorção dos conhecimentos, a discussão das dúvidas, a produção de mudanças na esfera individual e social.

Apesar das dificuldades em visualizar as mudanças esperadas, das decepções e eventuais desânimos no enfrentamento do dia-a-dia dos serviços públicos de saúde e educação, as vivências e os estudos deste período reforçaram o interesse de avançar na busca de respostas ao problema de pesquisa.

Esta fase forneceu a base necessária para definirem-se os elementos da formulação do problema de pesquisa: quais reflexos da educação em saúde reprodutiva, realizada na escola, se materializam na situação de saúde das adolescentes moradoras de periferia urbana popular.

Num segundo momento, foram realizadas as entrevistas com a população selecionada e simultaneamente foi ocorrendo a análise do processo e da realidade social de que fazem parte os sujeitos em estudo, sendo cada entrevista enriquecida com a experiência da anterior e produzindo uma ampliação da compreensão da entrevista subsequente, fortalecendo o foco inicial de que na vida das adolescentes, em seus relatos e interpretações está presente a influência das condições socioeconômicas originadas no modo de produção capitalista.

Esta tese pretende avançar na compreensão da prática da educação em saúde realizada no espaço escolar de periferia urbana e na influência deste processo educativo nas condições de saúde das adolescentes que frequentam uma Unidade Básica de Saúde.

A motivação para realizar esta pesquisa de natureza qualitativa sobre as adolescentes que vivem na periferia urbana popular, sua educação e sua saúde está

baseada em nossa experiência como médica de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS), no bairro Santo Afonso, do município de Novo Hamburgo, no Vale do Rio dos Sinos, na Região da Grande Porto Alegre, RS.

O viver na periferia urbana, segundo Milton Santos (2007), é condenar-se duas vezes à pobreza. À pobreza gerada pelo modelo econômico, segmentador do mercado de trabalho e das classes sociais, superpõe-se a pobreza gerada pelo modo territorial, com irregular distribuição dos equipamentos sociais, condições precárias de moradia, educação, lazer e transporte.

No atendimento aos adolescentes, os problemas prevalentes são vinculados ao desenvolvimento físico, psíquico e social que permeia esta fase da vida, além das especificidades de gênero, etnia e classe social que podem agravar muitas situações de vulnerabilidade.

Não é completa uma análise do processo de saúde e doença que considere o gênero ou a determinação étnica à margem das relações de classe, esta será incompleta e tendenciosa, assim como a visão de classe poderá ser distorcida se não reconhecer as determinações específicas de gênero e etnicidade (BREILH, 2006).

Gênero é um conceito das ciências sociais que se refere à construção social do sexo. No enfoque sociológico, a palavra “sexo” designa as características anátomo-fisiológicas do ser humano e a atividade sexual; o “gênero” distingue a dimensão biológica da social (HEILBORN, 2003.) O gênero como uma categoria de análise da sociedade revela e analisa as desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais entre mulheres e homens, mostrando a subordinação da população feminina ao poder masculino, assim como se desenvolvem estas relações sociais. A utilização da categoria de gênero no traçado das estratégias políticas e no desenvolvimento dos trabalhos acadêmicos tem origem nos movimentos feministas que têm denunciado a realidade de exclusão social das mulheres e exigido a responsabilidade do Estado e da sociedade no enfrentamento dessa situação (TELES, 2006)

Como exemplos das diferenças de gênero nas vivências culturais, está o cuidado com a prole, geralmente destinado às mulheres como extensão das atribuições procriativas. O tema na gravidez adolescente também exemplifica estas abordagens, quando passa a ser considerado um problema a partir das expectativas escolares e profissionais interrompidas com este evento. Em épocas anteriores, a

trajetória feminina era voltada para a família e a maternidade, tendo a gravidez precoce um impacto negativo apenas quando ocorria fora do casamento, com as desvantagens consideradas sob uma perspectiva moralista.

A determinação racial e étnica nas questões de saúde tem uma vertente biológica, exemplificada pelas doenças predominantes na população negra, como anemia falciforme, miomas uterinos e maior prevalência de diabetes e hipertensão arterial. Estas características influenciam a saúde reprodutiva das mulheres negras, pois levam a maior frequência de abortamentos e partos prematuros, com a necessidade de cuidados diferenciados no pré-natal.

A dimensão socioeconômica perpassa a questão étnica quando mostra a maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde, salário e escolaridade mais baixa nas populações negras, fatores que repercutem em sua situação de saúde.

Ambas as dimensões, complementares, devem subsidiar as políticas públicas, fazendo parte dos conhecimentos de quem realiza o planejamento das estratégias de atenção e a sua execução nos serviços de saúde. As pesquisas com recorte racial e étnico auxiliam na identificação das reais causas das diferenças existentes no processo de saúde, doença e morte (CUNHA, 2003).

As políticas de prevenção de doenças e promoção da saúde que mantenham uma visão hegemônica, generalizante não atingem as populações com maiores necessidades se não reconhecerem as diferenças socioculturais entre as classes. Como exemplo, a hierarquia de gênero nas relações conjugais, ainda mais arraigada nas classes populares, dificulta práticas para a prevenção da AIDS, como o uso do preservativo masculino, amplamente evocadas nas campanhas educativas, e que pertence à área de decisões masculinas. A visão de classe deve contextualizar todas as ações em saúde que pretendam ter suas informações apreendidas (MONTEIRO, 2003).

Segundo Wood (2003), existem duas formas de pensar em classe; como um local estrutural ou como uma relação social. A primeira vê a classe como camadas em uma estratificação, diferenciadas por critérios como renda, ocupação ou oportunidades de mercado. Já a concepção sócio-histórica tem a classe como uma relação entre apropriadores e produtores determinada pela forma em que se extrai a mais valia dos produtores diretos. Avançando nesta perspectiva, entende-se a classe social como processo e como relação, em que as situações objetivas de classe formam a nossa realidade, estabelecem antagonismos e geram conflitos e

lutas; que esses conflitos e lutas formam a experiência social em forma de classe e ao longo do tempo discernimos como essas relações impõem sua lógica e seu padrão sobre os processos sociais.

No desenvolvimento do estudo, na busca da compreensão dos problemas e das dificuldades na vida das adolescentes, vimos a ligação com as precárias condições de sobrevivência e trabalho, em suas famílias, os obstáculos à permanência na escola e o acesso aos serviços públicos. Como lembra Wood (2003):

Uma consideração cuja importância não deve ser minimizada é que o capitalismo provocou o desenvolvimento de forças produtivas que estabelece uma base material sem precedentes para a emancipação humana. Mas sob o capitalismo, movido pela lógica do lucro, não há correspondência necessária entre capacidade produtiva e qualidade da vida humana. Uma sociedade com as mais avançadas forças produtivas, com capacidade para alimentar, vestir, abrigar, educar e tratar da saúde de sua população em grau que nem a mais visionária das utopias ousaria sonhar, pode, apesar de tudo, ser castigada por pobreza, decadência, falta de moradias, analfabetismo e até doenças de desnutrição.

O período da adolescência é uma fase evolutiva com profundas modificações físicas e sociais que conduzem à vida adulta e conferem a esta época uma intensa vulnerabilidade.

O conceito de vulnerabilidade (AYRES, 2003), referindo-se à chance de exposição ao adoecimento ou agravos, é definido por três componentes, de ordem individual, social e programática.

A vulnerabilidade individual é constituída pelos aspectos cognitivos – quantidade e qualidade de informação de que os indivíduos dispõem e sua capacidade de elaborá-las – e comportamentais – capacidade, habilidade e interesse para transformar as informações em atitudes protetoras, sendo estes aspectos relacionados com as condições culturais, sociais e ambientais. A vulnerabilidade individual é afetada por condições de ordem cognitiva, comportamental e social; A vulnerabilidade social envolve o acesso a recursos materiais, a instituições sociais como escola e serviços de saúde, a possibilidade de enfrentar barreiras culturais, de influenciar decisões políticas. A vulnerabilidade social é afetada pelo acesso à informação, pelos gastos com serviços sociais e de saúde; A vulnerabilidade programática ou institucional envolve a qualidade dos programas de cuidado e prevenção em todos os níveis, nacionais, estaduais e locais, conectando-se aos componentes individuais e sociais. A vulnerabilidade programática é afetada pela realização de programas voltados especificamente para adolescentes, como prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada (AYRES, 1993).

Considerando os diversos componentes de uma abordagem multidimensional, entende-se que as pessoas apresentam diferentes vulnerabilidades de acordo com as condições e as épocas de suas vidas.

Na origem das vulnerabilidades vislumbramos a organização da vida material e da reprodução social, com o acesso diferenciado às condições de existência e aos meios de produção organizados em forma de classe.

Como há diversas adolescências em diferentes contextos sociais, assim há vulnerabilidades diversas, relacionadas associadas a vários processos de fragilização (SALDANHA, 2008).

Nossa opção em estudar a adolescência da periferia urbana com a perspectiva de ampliar a atenção a sua saúde, a partir da melhor compreensão da realidade, se origina na observação de que este grupo etário encontra-se precariamente assistido nos serviços de saúde e que uma integração com a escola é necessária para ações efetivas de educação e atenção à saúde.

Os motivos mais freqüentes para consultas na UBS, entre os adolescentes, são os distúrbios nutricionais, como obesidade e desnutrição; atraso ou precocidade no desenvolvimento da puberdade; problemas de aprendizagem ou de adaptação na escola; depressão, adicção a drogas lícitas e ilícitas, gravidez não planejada, doenças de transmissão sexual; acidentes e traumatismos relacionados à violência; prescrição de métodos anticoncepcionais e busca de informações sobre as transformações ocorridas na puberdade.

Pensando a escola como o local onde os adolescentes têm acesso ao conhecimento, sendo que muitos deles não dispõem de outras fontes de informação, escolhemos como tema de pesquisa a educação em saúde no espaço da educação formal, procurando o reflexo desta educação nos conhecimentos e condições de saúde apresentados pelos adolescentes que freqüentam a UBS.

Dentro dos campos da educação e saúde, com suas amplas relações e influências, escolhemos estudar particularmente os aspectos referentes à educação em saúde reprodutiva, pois o conhecimento nesta área leva a prevenção de alguns dos agravos e doenças freqüentes ou impactantes na adolescência com possíveis conseqüências por toda a vida adulta.

O conceito de saúde reprodutiva tem como sua principal origem e influência o movimento feminista. De uma trajetória inicial voltada à defesa dos direitos civis, o movimento evoluiu para uma crítica ao controle social do corpo das mulheres,

questionando o sistema de gênero presente nas relações sociais, contestando a explicação causal de que as diferenças biológicas entre homens e mulheres determinavam as desigualdades sociais existentes (SCAVONE, 2003). Tal conceito passou a ser utilizado por organismos políticos governamentais e internacionais, como o Banco Mundial e a Organização Mundial da Saúde, que utilizou para sua definição a base do conceito de saúde como completo bem-estar físico, mental e social, relacionado ao sistema reprodutivo.

A saúde reprodutiva, portanto, em sua definição, tem como base o conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS):

Saúde reprodutiva é um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não a simples ausência de doenças ou incapacidades, em todas as questões relacionadas ao sistema reprodutivo e às suas funções e processos. A saúde reprodutiva implica, por conseguinte, que a pessoa possa ter uma vida sexual segura e satisfatória, tendo a capacidade de reproduzir e a liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes deve fazê-lo. Está implícito nesta última condição o direito de homens e mulheres de serem informados e de terem acesso aos métodos seguros e eficazes de regulação da fecundidade, bem como o direito de acesso a serviços apropriados de saúde que propiciem às mulheres as condições de passar com segurança pela gestação e pelo parto, proporcionando aos casais uma chance melhor de ter um filho sadio. A assistência à saúde reprodutiva é definida como a constelação de métodos, técnicas e serviços que contribuem para a saúde e bem-estar reprodutivo, prevenindo e resolvendo os problemas de saúde reprodutiva. Isso inclui igualmente a saúde sexual, cuja finalidade é a melhoria da qualidade de vida e das relações pessoais, e não o mero aconselhamento e assistência relativos à reprodução e às doenças sexualmente transmissíveis (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 1994)

Esta noção de saúde reprodutiva vai além do modelo biomédico, estando baseada nos princípios de abrangência e integralidade, englobando homens e mulheres de todas as faixas etárias.

Define as possibilidades de decidir livremente e responsabilmente sobre a própria vida sexual e reprodutiva; ter acesso à informação; ter acesso aos meios para o exercício dos direitos individuais livre de discriminação, coerção ou violência.

Permanecem desigualdades importantes na materialização da saúde reprodutiva entre as mulheres de diferentes contextos socioeconômicos, pois nas situações de pobreza, baixa escolaridade e serviços de saúde precários ainda é um objetivo a ser alcançado. As questões políticas relacionadas ao campo da saúde são determinantes na busca de soluções para os problemas referentes a saúde reprodutiva.

O enfoque na saúde reprodutiva está ligado ao cotidiano de nossa atuação no serviço de atendimento a adolescentes que vêm em busca de esclarecimentos sobre as mudanças corporais e psíquicas que estão atravessando, tratamento para doenças sexualmente transmissíveis e orientação e prescrição de métodos anticonceptivos e faz parte das solicitações dos professores que vivenciam situações similares na escola, necessitando todos que trabalhamos com adolescentes de zonas periféricas pobres, da troca de experiências e referenciais teóricos para adequadamente atender as demandas de saúde dos jovens.

Distante de considerar o tema da educação como uma realidade isolada, houve a tentativa de compreendê-lo dentro da nossa formação e atuação na área da saúde pública, vendo a educação como elemento fundamental para o desenvolvimento saudável e que, articulado em redes no espaço da escola e da UBS, buscará o objetivo de atender integralmente a saúde dos adolescentes.

Nas atividades desenvolvidas nas escolas e na UBS, como palestras, grupos de adolescentes e consultas individuais, observamos que as informações sobre saúde, especialmente na área reprodutiva, não eram suficientes para que as adolescentes iniciassem com segurança as vivências afetivas e sexuais sem a exposição a eventos como a gravidez indesejada e as doenças sexualmente transmissíveis.

Quando estes atendimentos eram voltados às mães adolescentes e seus bebês, evidenciava-se que, em sua maioria, elas não haviam planejado a gravidez, frequentemente seguida pelo abandono da escola e pelo ingresso precoce no mercado de trabalho, premidas pelas novas responsabilidades surgidas com o nascimento de um filho.

Os problemas ocorridos nesta faixa etária têm impacto nas outras etapas da vida, pois, do adolescente, com suas condições de vida e necessidades de saúde e de suas interações com a família, o grupo de amigos, a escola, o trabalho, a comunidade, a sociedade, emergirá, ou não, um adulto saudável (GOMES, 2003).

A adolescência, compreendida entre os 10 e 19 anos, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é um período da vida potencialmente saudável, mas a contemporaneidade mostra uma realidade de jovens expostos à violência e acidentes, ao abuso de drogas, à evasão escolar, a gravidez precoce não-planejada e doenças sexualmente transmissíveis (MEDEIROS, 2008).

No Brasil, com exceção do primeiro ano de vida, em que a mortalidade tem como principais causas as afecções perinatais e malformações congênitas, as injúrias físicas – acidentes e violência – causam mais mortes de crianças e adolescentes que as demais causas somadas. Há uma tendência de decréscimo na mortalidade geral, devido, entre outros motivos, às ações básicas de saúde (amamentação, hidratação, monitorização do crescimento, imunização), enquanto as injúrias físicas demonstram tendência ascendente (COSTA; SOUZA, 2005).

A educação em saúde, entre outras medidas protetoras, contribui para assegurar a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes.

A população juvenil às vezes não tem a consciência de que necessita do serviço de saúde ou desconhece que eles estão disponíveis, não percebendo as situações de risco em que poderia buscar ajuda. A divulgação dos serviços dirigidos aos jovens nas escolas, clubes e igrejas, as publicações impressas, eletrônicas ou digitais ajudam a ampliar o acesso a informações. A articulação dos serviços de saúde com outras instituições da área, como na organização de eventos educacionais e culturais é uma forma estratégica de promoção da saúde. O intercâmbio de conhecimentos e experiências entre profissionais e jovens gera novas formas de saber, fortalecendo habilidades pessoais e profissionais (BRASIL, 2008).

Intervenções voltadas à saúde do adolescente podem falhar se tiverem um foco estreito e funcionarem isoladamente, sendo as alianças e parcerias intersetoriais essenciais para a criação das condições de proteção do bem-estar e para a maximização dos potenciais dos adolescentes. As equipes de saúde podem procurar o apoio das escolas e de outros grupos sociais da comunidade para a realização de atividades educativas e de promoção da saúde (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil considera fundamental que se viabilize para todos os adolescentes e jovens as ações de promoção à saúde, prevenção, atenção a agravos e doenças, bem como reabilitação, respeitando os princípios organizativos e operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) [...] Nesse sentido, o Ministério da Saúde considera fundamental que se viabilize para todos os adolescentes e jovens o acesso às seguintes ações: acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento, orientação nutricional, imunizações, atividades educativas, identificação e tratamento de agravos e doenças prevalentes (BRASIL, 2005).

Para estudar a adolescência, numa perspectiva de atenção integral à saúde e de compreensão da realidade dos adolescentes, é preciso ir além das normas e prescrições que têm se multiplicado, com a intenção de cuidar, evitar riscos, prevenir doenças, diminuir vulnerabilidades, mas podem transformar o adolescente num objeto de inúmeras ações que não considerem sua subjetividade.

Quem são os adolescentes do início do século XXI?

Nossos adolescentes amam, estudam, brigam, trabalham. Batalham com seus corpos, que se esticam e se transformam. Lidam com as dificuldades de crescer no quadro complicado da família moderna. Como se diz hoje, eles se procuram e eventualmente se acham. Mas, além disso, eles precisam lutar com a adolescência, que é uma criatura um pouco monstruosa, sustentada pela imaginação de todos, adolescentes e pais. Um mito, inventado no começo do século 20, que vingou sobretudo depois da Segunda Guerra Mundial. A adolescência é o prisma pelo qual os adultos olham os adolescentes e pelo qual os próprios adolescentes se contemplam. Ela é uma das formações culturais mais poderosas de nossa época. Objeto de inveja e de medo, ela dá forma aos sonhos de liberdade ou de evasão dos adultos e, ao mesmo tempo, a seus pesadelos de violência e desordem. Objeto de admiração e ojeriza, ela é um poderoso argumento de marketing e, ao mesmo tempo, uma fonte de desconfiança e repressão preventiva (CALLIGARIS, 2000).

As vivências dos adolescentes, apesar de elementos comuns, como as mudanças biológicas, são distintas dependendo dos aspectos psicológicos e socioeconômicos, da fase da adolescência em que se encontram, com características peculiares (OUTEIRAL, 2008).

O início da adolescência em geral é vinculado à puberdade, às mudanças corporais e alterações psíquicas, às alterações hormonais que levam ao amadurecimento sexual.

Na contemporaneidade, a adolescência tem iniciado antes da puberdade pela adoção precoce pelas crianças de comportamentos e estilos de adolescentes mais velhos. E tem se prolongado no tempo, para além dos critérios de finalização da adolescência, como a separação dos pais, a capacidade de assumir compromissos profissionais e estabelecer relações afetivas estáveis.

Sendo também um processo psicossocial, está na dependência dos aspectos sociais, econômicos e culturais da sociedade onde o adolescente se desenvolve (CALLIGARIS, 2000 e OUTEIRAL, 2008).

O olhar que temos sobre a escola, ao freqüentá-la como profissional de saúde, em ações que se pretendem educativas, revela um espaço possível de mudanças, que não aconteçam isoladas, mas relacionadas com as demais condições de vida de quem ali estuda, trabalha, ensina e aprende.

Para reconhecer o papel da escola na vida dos adolescentes que habitam as zonas periféricas urbanas, é preciso compreender mais sobre a educação e suas influências:

Estamos falando de educação como potência, como ampliação, como expansão, como ruptura do isolamento, da indiferença, como liberdade. Estamos pensando na educação como possibilidade, como subversão, como perplexidade, como curiosidade sem fim, como reverberação. Como acontecimento. É nesta tensão que se encontra a educação. Que se realiza a educação. Não que se esteja pensando na educação como a salvadora, a libertadora. [...] Minha proposta é deixar de pensar de uma vez por todas a educação como estando no “céu” ou no “inferno” e pensá-la estando firmemente refletindo as mudanças e conflitos da sociedade contemporânea. É pensar a educação no mundo. A educação na cidade. Proponho pensar educação – não mais como a que salvará a democracia ou o mundo (pobres de nós, professores), não como o locus privilegiado da revolução – nem como o lugar perverso da reprodução, e sim como um lugar que repercute o tempo todo as contradições mais gerais da sociedade e que é capaz de criar respostas originais a estas contradições. É perceber o poder da educação em transformar vidas concretas, lugares concretos, mundos concretos e seu poder de confirmar destinos sociais de pobreza. A educação tem poder, tem potência: é um dos lugares que pode participar da mudança, junto com outras instituições, trabalhando no sentido de romper com o círculo das condenações precoces, no sentido de empoderar, ampliar o mundo das pessoas (SCHILLING, 2004, p. 3).

A saúde é relacionada e articulada a outras políticas sociais, assim, as ações que envolvam a escola e o serviço de saúde contribuem para ampliar a compreensão e a intervenção sobre problemas de saúde, na busca de soluções conjuntas que serão mais eficientes do que as adotadas por profissionais isolados (MATTOS, 2003).

Educar para a saúde não é apenas informar ou transmitir conhecimentos, mas preparar o indivíduo para a vida, com relevância para a educação sexual, “[...] numa fase em que se manifestam intensamente curiosidade, angústia, medos, sonhos e desejos [...]” (GUERRA, 2003, p.50).

Mesmo sendo ressaltada a importância da educação sexual como uma prática educativa de liberdade, esta abordagem nem sempre cumpre esse objetivo. Muitas vezes se limita à veiculação de informações de caráter puramente biológico ou preventivo, no que se refere às doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), gravidez e outros agravos sociais, incorrendo no risco de denotar atitude moralista e repressiva. Compete à

escola complementar o que se inicia no lar, procurando suprir lacunas, combater preconceitos e rever questões distorcidas. Não compete à escola dizer o que é certo ou errado, a ela cabe preparar o jovem para discriminar o que é biológico, o que vem da cultura, da classe social a que pertence levando-o a encontrar sua própria verdade. Desta forma, verifica-se que a adolescência é o momento propício para a efetivação da orientação sexual, ou melhor, de uma atenção maior e especial nessa área (Azevedo, 2001, p. 131).

Não basta a informação colocada de forma rotineira, mas de forma atrativa e compreensível, para ser valorizada pelo adolescente.

O serviço de atenção primária à saúde está inserido na comunidade e procura desenvolver suas atividades em integração com os demais equipamentos sociais.

Para a compreensão dos conceitos de atenção primária, utilizaremos o documento publicado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas - Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde (Organização Mundial da Saúde 2005, p. 11)*:

Os serviços de saúde desempenham um papel fundamental ao materializar muitos dos valores, princípios e elementos centrais de um Sistema de Saúde com base na Atenção Primária em Saúde (APS). Os serviços de atenção primária, por exemplo, são fundamentais para garantir o acesso equitativo a serviços básicos de saúde a toda a população. Permitem um ponto de entrada no sistema de atenção em saúde mais perto de onde as pessoas moram, trabalham ou estudam. Esse nível do sistema oferece atenção abrangente e integrada que deve atender a maior parte das necessidades e demandas de atenção em saúde da população. Da mesma forma, é o nível do sistema que desenvolve os laços mais profundos com a comunidade e o restante dos setores sociais, possibilitando participação social e ação intersetorial eficazes. A atenção primária também desempenha um papel importante ao coordenar a continuidade da atenção e o fluxo de informações por todo o sistema de atenção em saúde. Mas somente os serviços de atenção primária não são suficientes para atender adequadamente as necessidades mais complexas de cuidados de saúde da população. Os serviços de atenção primária devem ser apoiados e complementados pelos diferentes níveis de cuidados especializados, tanto ambulatoriais como de internação, assim como pelo restante da rede de proteção social. Por esse motivo, os sistemas de atenção em saúde devem trabalhar de uma forma integrada por meio do desenvolvimento de mecanismos que coordenam a atenção por todo o espectro de serviços, incluindo o desenvolvimento de redes e sistemas de referência e contra-referência.

Além disso, a integração em todos os diferentes níveis de atenção requer bons sistemas de informação que possibilitem planejamento, monitoramento e avaliação de desempenho adequados; mecanismos apropriados de financiamento que eliminem incentivos deturpados e garantam a continuidade da atenção; e abordagens de diagnose, tratamento e reabilitação baseadas em evidências. Uma ênfase sobre a prevenção e a promoção é preeminente em um sistema de saúde com base na APS, porque tem efetividade de custos, é ético, possibilita que comunidades e indivíduos tenham mais controle sobre suas próprias saúdes, e é essencial para combater os determinantes sociais que vão de encontro à saúde. Uma

ênfase sobre a prevenção e a promoção significa ir além de uma orientação clínica para adotar a educação em saúde e o aconselhamento em âmbito clínico individual, abordagens regulatórias e baseadas em políticas para melhorar os ambientes de vida e de trabalho das pessoas, e estratégias de promoção de saúde com base na população realizadas com outras partes do sistema de saúde ou com outros atores. Isso inclui vínculos com as Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP), tornando a APS um parceiro ativo na vigilância de saúde pública, pesquisa e avaliação, garantia de qualidade e atividades de desenvolvimento institucional por todo o sistema de Saúde.

Anteriormente à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, em 1990, a Atenção Primária à Saúde era o marco referencial para a organização dos serviços de saúde pública, sendo uma das principais alternativas de mudança do modelo assistencial. Atualmente, cada vez tem sido mais freqüente o uso do conceito Atenção Básica como referência aos serviços municipais, com destaque para a Estratégia da Saúde da Família (GIL, 2006).

Os profissionais de atenção primária em saúde, ao envolver-se no processo educativo, procuram fazê-lo preferencialmente no meio em que o adolescente se sente mais à vontade, como em sua escola.

Os próprios adolescentes, assessorados pelos professores e profissionais de saúde podem agir como transmissores de conhecimentos a seus colegas, numa ação multiplicadora de informações.

A convivência com os problemas de saúde, a precária situação de vida das famílias da comunidade e as atividades junto às escolas do bairro nos mostraram, no decorrer de nossa vida profissional, que a educação em saúde voltada às adolescentes deve ser considerada de modo reflexivo, em permanente análise de sua prática e sua teoria.

As escolas apresentam solicitações ao serviço de saúde para a participação em atividades de educação em saúde, principalmente palestras sobre higiene, nutrição, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência, demonstrando preocupação com as questões de saúde e a violência presente nas famílias, na escola e no bairro.

Pesquisar a educação em saúde das adolescentes, seus conhecimentos sobre saúde, suas condições de vida e saúde, traz novos elementos aos desafios no cotidiano do atendimento e convivência com as adolescentes em consultas individuais e nos grupos de orientação realizados na UBS.

Este estudo tenta conhecer os atravessamentos e contribuições que ocorrem nos ambientes escolares e de atenção à saúde, com as dinâmicas mudanças que caracterizam a adolescência e precisam fazer parte da atuação de quem trabalha com pessoas nesta fase da vida.

A apresentação da tese incentiva a continuar os estudos e desenvolver novos projetos que surjam a partir desta experiência.

A aproximação do conhecimento biomédico com o amplo mundo da educação, a escola como um espaço privilegiado para encontrar os adolescentes e a reflexão conjunta sobre as questões da saúde, traz a possibilidade de melhor qualificar nossa prática profissional que é exercida junto a uma população que expressa as profundas desigualdades da sociedade brasileira.

Entre os agravos e problemas encontrados na prática do atendimento médico dos adolescentes da periferia urbana, fazemos a análise de um recorte determinado – os conhecimentos e informações na área da saúde reprodutiva entre as adolescentes do sexo feminino, que, quando insuficientes ou não adequados às peculiaridades das adolescentes, podem levar a situações de vulnerabilidade, como a gravidez não-planejada, uso inadequado dos métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis – embora consciente de que este recorte está inserido num contexto mais amplo dos determinantes sociais do processo saúde/doença e da situação de saúde, onde há outros diagnósticos freqüentes, como distúrbios nutricionais, dificuldades escolares (tanto problemas de aprendizagem como déficit de atenção, repetências, violência sofrida ou perpetrada na escola), evasão escolar, trabalho infantil, depressão, problemas no relacionamento familiar, uso de drogas lícitas e ilícitas.

A escolha por adolescentes do sexo feminino como sujeitos da pesquisa traz a intenção de complementar o tema desenvolvido em nossa dissertação de mestrado, a maternidade na adolescência, que, entre os resultados, mostrou a pouca informação sobre saúde de que as mães adolescentes dispunham e sua reflexão de que o conhecimento teria ocasionado o planejamento e o adiamento da gravidez para outras épocas de suas vidas.

Na dissertação, estudamos o perfil epidemiológico das mães adolescentes de uma cidade da região metropolitana de Porto Alegre, no Vale do Rio dos Sinos, RS, descrevendo as transformações ocorridas na vida das adolescentes em decorrência do nascimento de seus filhos e suas percepções sobre a maternidade. Foram

entrevistadas, em visita domiciliar, oitenta adolescentes, com filhos de idades que variaram entre 14 e 21 meses.

Entre os resultados do estudo, observamos que a maioria das adolescentes pertenciam às classes média-baixa ou baixa, haviam deixado a escola antes ou durante a gravidez e poucas retornavam às atividades escolares, entrando precocemente no mercado de trabalho ou dedicando-se ao serviço doméstico.

Relatavam não ter planejado a gravidez e que gostariam de ter mais informações sobre saúde e métodos anticoncepcionais.

A gratificação com a maternidade foi explicitada juntamente com a percepção de perdas no processo da adolescência, tais como o abandono de projetos de estudo, trabalho, atividades de lazer e convívio com outros adolescentes. Relatavam que, se pudessem ter planejado, não teriam engravidado durante a adolescência (CHAMIS, 2002).

Ao continuar os estudos na área da educação, o tema de pesquisa voltou-se para as informações sobre saúde de que as adolescentes das classes populares dispõem, mais especificamente na área da saúde reprodutiva, pois estes conhecimentos são necessários, para além da prevenção de doenças e realização de planejamento familiar, na concretização de uma vida mais saudável.

Estudar os reflexos da educação formal, realizada na escola, também atinge de maneira mais ampla suas outras fontes de educação e informação sobre saúde

A incorporação das categorias de 'gênero' e 'etnicidade' tem-nos permitido aperfeiçoar a investigação do perfil epidemiológico e tomar consciência de que não só existem contrastes substanciais entre os modos e estilos de vida dos membros de diferentes classes sociais, como também as modalidades de deterioração, as vulnerabilidades e as formas de resposta ou atitude frente à ação são muito distintas entre os gêneros e entre os grupos etnoculturais. (BREILH, 2006, p. 211).

O estudo das condições de saúde e educação contribuirá para o planejamento de ações voltadas aos adolescentes, no âmbito da Unidade Básica de Saúde e das escolas, em busca de uma atenção à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Promoção da Saúde (PS), marcos referenciais desta pesquisa.

Esta reflexão levou à formulação do problema de pesquisa:

Quais os reflexos da educação em saúde reprodutiva, realizada na escola, que se materializam na situação de saúde das adolescentes moradoras de periferia urbana popular que freqüentam a UBS Santo Afonso?

A delimitação deste problema de pesquisa não pretendeu isolar a educação em saúde, que faz parte das condições de vida das adolescentes, relacionadas com renda, escolaridade e trabalho dos pais, acesso a meios de informação e comunicação, entre outros fatores, nem responsabilizar o sistema educacional pela saúde de seus alunos, mas estudar a repercussão do processo educacional na área da saúde reprodutiva e quais as possibilidades de ações conjuntas entre a escola e o serviço de saúde.

Os programas de educação em saúde e os dispositivos legais dão referências para sua aplicação, de acordo com a realidade de cada escola ou instituição, não como diretrizes a serem cumpridas de maneira normativa. Os professores priorizarão os aspectos mais necessários, de acordo com as condições da população que freqüente a escola.

Partimos de algumas suposições iniciais:

- A educação em saúde reprodutiva na escola não responde às necessidades das adolescentes das classes populares;
- O abandono da escola pelas adolescentes está relacionado às suas condições de vida e perspectivas de futuro;
- A integração entre a UBS e a escola possibilita a realização de ações de promoção da saúde na adolescência.

O marco teórico da tese compõe-se da apresentação de conceitos e definições da adolescência, dos documentos legais, produção teórica e prática sobre educação e saúde, indicando que há uma historicidade neste campo. A partir da aplicação dos instrumentos de pesquisa e de sua análise, mostra a realidade dos sujeitos e do espaço estudados, sugerindo os caminhos para aprofundar este conhecimento e alcançar os objetivos iniciais da pesquisa.

Objetivos:

- Conhecer as condições de saúde e educação das adolescentes que freqüentam uma Unidade Básica de Saúde em região periférica urbana;
- Descrever os conhecimentos sobre saúde reprodutiva que possuem as adolescentes que freqüentam uma Unidade Básica de Saúde, relacionando-os com a educação em saúde recebida na escola;

- Formular sugestões para o desenvolvimento de projetos de educação e saúde com a participação das escolas e da Unidade Básica de Saúde.

Consideramos que estudar o processo de educação em saúde em adolescentes de periferia urbana popular auxiliará no conhecimento da influência deste processo na vida das adolescentes, da atuação dos professores e suas referências na área da educação em saúde, levando ao estabelecimento de parceria entre a escola e o serviço de saúde, da proposição de sugestões para que se atinja, dentro das possibilidades, a atenção integral à saúde do adolescente.

2. A ADOLESCÊNCIA

Ao estudarmos uma população de adolescentes, apresentamos os diferentes critérios utilizados para caracterizar esta fase da vida.

A adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial.

A Organização Mundial da Saúde define a adolescência como o período compreendido entre os 10 e os 19 anos. Dentro deste período, ocorre a puberdade, o componente biológico das transformações características da adolescência. A puberdade é uma parte da adolescência, evidenciada pelo aparecimento dos caracteres sexuais secundários (desenvolvimento das mamas, início da menstruação, surgimento de pelos pubianos) e se estende até o completo desenvolvimento físico, parada do crescimento e aquisição de capacidade reprodutiva.

Além destes critérios biológicos, a adolescência é principalmente um fenômeno psicológico e social, sendo considerados na definição de adolescência a busca de si mesmo e da identidade, separação progressiva dos pais, tendência grupal, desenvolvimento do pensamento abstrato, necessidade de intelectualizar e fantasiar, evolução da sexualidade, atitude social reivindicatória, constantes flutuações de humor, manifestações contraditórias de conduta, a chamada síndrome da adolescência normal (ABERASTURY; KNOBEL, 1981).

A adolescência pode ser dividida em inicial, média e tardia. A demarcação dessas fases não é nítida, sofrendo influência do início da puberdade, nutrição, atividades físicas, meio social, doenças e desenvolvimento na infância, mas de maneira geral considera-se:

- Adolescência inicial, ocorrendo dos 10 aos 14 anos, caracterizada por inúmeras mudanças corporais, tentativas de independência, rebeldia, dificuldade em aceitar conselhos adultos e menor interesse pelas atividades realizadas com a família. Surge a necessidade de separação dos pais, sem o real distanciamento interno. As relações interpessoais estão sustentadas por grupos do mesmo sexo, comportamento sexual exploratório. Existe muita ambivalência entre a busca de identidade e a aceitação de responsabilidades;

- Adolescência média, entre 14 e 16 anos, onde grande parte das transformações corporais já aconteceu e o adolescente encontra-se mais preocupado com a sua aparência. A vinculação fundamental é com o grupo, enquanto continua o processo de separação dos pais. Os comportamentos de risco presentes neste período se originam da necessidade de experimentar o novo e desafiar o perigo. Há experimentação sexual, as relações tornam-se mais significativas com dúvidas e temores frente a valores sociais e morais;

- Adolescência tardia – entre os 17 e 19 anos, com o estabelecimento da identidade e da capacidade de planejar o futuro de forma mais concreta, para muitos adolescentes é momento da escolha profissional, com a entrada no mercado de trabalho ou no curso universitário. Podem ocorrer relações afetivas mais estáveis, afastando o adolescente da vida em grupo (COSTA; SOUZA, 2005 e SAITO, 2001).

Nas classes sociais mais desfavorecidas, os adolescentes se vêem impedidos de vivenciar plenamente estas fases, por assumirem compromissos profissionais, familiares, de sobrevivência, enquanto que nas classes mais favorecidas a adolescência tende a se prolongar além da faixa etária estabelecida. A ampliação desta faixa adolescente, para a Sociedade de Medicina Adolescente norte-americana, chega aos 26 anos (OUTEIRAL, 2008).

A legislação brasileira, através do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos, enquanto o Ministério da Saúde adota o critério da OMS, de 10 a 19 anos, para orientar as estratégias de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública.

A Organização Internacional do Trabalho – OIT, considera o critério da idade mínima para o ingresso no mercado de trabalho para a definição de adolescência. Em sua convenção nº 138, estabelece como norma geral, 15 anos como a idade mínima para o ingresso no mercado de trabalho, admitindo exceção para os países com dificuldades econômicas, onde este limite diminui para 14 anos. Por estes critérios, a OIT considera criança todo menor de 15 anos e adolescente o indivíduo na faixa etária entre 15 e 18 anos completos, idade estabelecida para o emprego sem restrições (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 1993).

No que se refere à saúde reprodutiva, o Plano de Ação da Conferência Mundial de População e o Desenvolvimento (CAIRO, 1994) inseriu os adolescentes

como sujeitos que deverão ser alcançados pelas normas, programas e políticas públicas relativas aos direitos reprodutivos.

Em 1999, a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou um processo de revisão e avaliação da implementação do plano (Cairo + 5), avançando nos direitos dos jovens. Garante-se o direito dos adolescentes à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação, inclusive sexual no currículo escolar, à informação e assistência à saúde reprodutiva (BRASIL, 2005a)

A fecundidade (número de filhos por mulher) tem diminuído progressivamente desde a década de sessenta do século vinte. No Brasil, a média de 6,3 filhos por mulher, observada na década de 60, baixou para 2 na atual primeira década do século XXI. A maior taxa foi encontrada em Roraima (3,3) e a menor no Rio Grande do Sul (1,6) (PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRAGEM DE DOMICÍLIOS, 2006). Essa diminuição foi mais evidente entre as mulheres com mais de 30 anos. No período de 1970 a 2000, o único grupo que apresentou aumento na taxa de fecundidade foi o que corresponde à faixa de 15 a 19 anos. No entanto, observações mais recentes mostraram uma tendência de declínio na taxa de gravidez entre adolescentes no período de 2002 a 2004, nas regiões Sul, Sudeste e Centro-oeste do Brasil. Além disto, segundo o Ministério da Saúde houve de 2007 para 2008, redução adicional de 7,9% no número de partos entre adolescentes em todos os estados da Federação, com exceção do Amapá, onde foi registrado um aumento de 39,2% (SILVEIRA, 2009).

Apesar da aproximação do Brasil dos números de países demograficamente maduros, há, a gravidez juvenil permanece sendo um dado preocupante, pela sua maior incidência na faixa mais pobre da população.

O Sudeste manteve a posição com a menor proporção de adolescentes com filhos (5,6%), metade do percentual da região Norte (11,2%).

Dentre as mães adolescentes, 54% vivem na casa dos pais ou avós. O desejo de formar uma nova família independente não se concretiza entre a maioria das adolescentes, que permanecem dependendo economicamente de seus pais ou responsáveis.

Na faixa etária dos 15 aos 17 anos (onde a gravidez na adolescência é mais alta), apenas 47,1% dos estudantes freqüentavam a série adequada à sua idade, em 2006, ou seja, o ensino médio.

No Norte e Nordeste, havia Estados em que esse percentual era menor que 30%, casos do Pará (28,4%) e Alagoas (25,4%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA/PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRAGEM DE DOMICILIOS, 1992 e 2006).

A fecundidade na adolescência se concentra nas classes de renda mais baixa e nas mulheres com menor escolaridade e conseqüentemente menos acesso aos serviços de saúde, inclusive os reprodutivos. Na classe média, a probabilidade de que as meninas, quando atingem a menarca (primeira menstruação da mulher), recebam orientação e acesso aos serviços de assistência reprodutivos é muito maior. Para as meninas de classe de baixa renda e de baixa escolaridade, que dificilmente vão ter uma possibilidade de ascensão e de mobilidade social, a maternidade passa a ser um papel social desejado e valorizado. Mesmo que elas não se casem e continuem morando com os pais, sendo mães ganham uma outra posição. A fecundidade das adolescentes é mais elevada nos níveis educacionais mais baixos. É possível então que a educação reduza essa diferença. Nível de educação mais elevado da família resulta em fecundidade menor entre as adolescentes (CAMARANO, 2007).

A educação formal está associada à gravidez na adolescência: 59% das adolescentes sem instrução são mães, enquanto apenas 4% das adolescentes com mais de nove anos de estudo têm filhos.

A escola constitui um centro de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento importante e nela se adquirem valores vitais fundamentais. Assim, é o lugar ideal para desenvolver programas de Promoção de Saúde de amplo alcance e repercussão, já que exerce uma grande influência sobre as crianças e adolescentes nas etapas formativas mais importantes de suas vidas (PELICIONI, TORRES, 1999, p. 59).

A adolescência é um período de vulnerabilidades, pela dificuldade dos adolescentes em prever riscos, o pensamento mágico de que nada de mal lhes acontece e a exposição à violência. Diversos fatores, em geral associados, contribuem para definir o chamado comportamento de risco.

Os principais fatores de risco estão relacionados aos indicadores de educação e desemprego no país, apontados entre os principais problemas brasileiros. Mas também caracterizam o comportamento de risco o uso de drogas, a morte prematura, a iniciação sexual precoce e a incidência de doenças como a AIDS (BANCO MUNDIAL, 2007).

Na metodologia desenvolvida pela OCDE (Organização para a Cooperação para o Desenvolvimento Econômico) para medir o período de transição entre a infância e a idade adulta identifica-se o início do período quando 25% de um grupo

etário não está na escola e o final quando pelo menos 50% não está na escola, mas trabalhando (BANCO MUNDIAL, 2007).

No Brasil, mais de 25% dos rapazes abandonam a escola aos 13,5 anos e a mesma percentagem de moças aos 14,5 anos. Aos 20 anos, mais de 50% dos homens estão apenas trabalhando, o que sugere que o período da transição entre infância e idade adulta, da escola para o trabalho, para os homens, é de 6,5 anos. As mulheres terminam seu período de transição aos 28 anos, quando mais de metade não está na escola e já tem um emprego. O período tardio de transição sugere que as mulheres passam seus primeiros anos cuidando dos filhos e retornam para a força de trabalho ao final dos 20 anos.

Sob esta perspectiva, há uma diferença importante entre os jovens de acordo com a renda: os jovens mais pobres (nas famílias do primeiro decil de renda) começam seu período de transição aos 11 anos e metade deles estará finalmente na força de trabalho aos 29-30 anos, com um período de transição de 18 anos. Os brasileiros de famílias mais ricas começam o processo de transição após o ensino médio (aos 17-18 anos) e completam com 23-24 anos, com um período de transição de seis anos. Isso reflete a carreira escolar mais longa dos jovens de famílias ricas e a entrada mais difícil na força de trabalho dos jovens de famílias mais pobres (BANCO MUNDIAL, 2007).

Uma das conseqüências do prolongamento da adolescência é o estabelecimento de momentos diferenciados. O momento inicial, da adolescência, é mais afetado pelas transformações biológicas e suas conseqüências psicossociais enquanto a juventude tem suas questões mais centradas em torno da busca de inserção social (ABRAMO, 2005).

O que observamos, na adolescência da periferia urbana, é que estas etapas se sobrepõem e se antecipam, mostrando adolescentes com vida e responsabilidade de adultos determinados pela sua condição socioeconômica e com expectativas de uma vivência que não têm possibilidade de conseguir, inspirados no modelo burguês de uma época dedicada ao estudo e lazer com o pleno desenvolvimento de suas capacidades.

Os adolescentes pobres são e foram, em diferentes épocas e governos, sujeitos de intervenções e programas que pretendem melhorar o acesso à cultura, educação e lazer, entre outros direitos sistematicamente negados, diminuir suas vulnerabilidades na saúde e protegê-los da violência, mas não propõem

transformações na origem de todas estas desigualdades, o modelo em que se organiza a sociedade.

2.1 OS ADOLESCENTES E A CIDADE

O espaço onde acontece este trabalho é o município de Novo Hamburgo, RS, situado a 40 km de Porto Alegre, pertencendo à sua Região Metropolitana e ao Vale do Rio dos Sinos, desenvolvido a partir da colonização alemã iniciada em 1824.

A partir do período de urbanização no Brasil, que se inicia a partir da década de 1930 e no fenômeno da divisão social e territorial do trabalho, as cidades desta região se especializaram na função produtiva da área coureiro-calçadista.

Novo Hamburgo tornou-se um dos pólos econômicos do Vale dos Sinos, com a indústria voltada para a cadeia coureiro-calçadista.

O Vale do Rio dos Sinos ou “Vale dos Sapateiros”, abrangendo mais de vinte municípios, é o maior pólo produtor de calçados femininos de couro, tanto para o mercado interno como externo.

A partir da década de 1960, o desenvolvimento industrial voltado à exportação atraiu migrantes de todo o Estado, que se estabeleceram nas periferias da cidade. Época em que a região era chamada de “Eldorado”, com alta concentração de renda entre os empresários e abundante oferta de empregos nas fábricas.

A crise dos anos 1990 estancou o crescimento populacional migratório, mas agravou os problemas já existentes de habitação, transporte e infraestrutura deficientes.

As cidades brasileiras exibem problemáticas parecidas, variando seu grau e intensidade, nas áreas do emprego, da habitação, dos transportes, do lazer, da água, dos esgotos, da educação e saúde. Quanto à organização interna das cidades, a menor aglomeração apresenta menos diversidade da ecologia social. Se é maior e mais populosa, como nas regiões metropolitanas, são diferenciadas a atividade e estrutura de classes, deixando ver melhor suas desigualdades. (SANTOS, 2009)

O surgimento da concorrência chinesa nos mercados internacionais e a desvalorização da moeda norteamericana têm conduzido ao fechamento de muitos curtumes e fábricas de calçados, com a demissão de milhares de trabalhadores.

Novo Hamburgo tem 258.754 habitantes, com 47.395 adolescentes, cerca de 20% da população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

A taxa de analfabetismo da população de 10 a 15 anos é de 1,3% e da população de mais de 15 anos é de 5% (NOVO HAMBURGO, 2008).

A taxa de aprovação no Ensino Fundamental (EF) é de mais de 97% nas escolas particulares, de 88% nas municipais e, nas estaduais, de 89% nas séries iniciais e de 66% nas séries finais. A taxa de reprovação é mais alta na 1ª série (14,9%), 5ª série (13,3), 7ª série (12,1) e 8ª série (16,5). O abandono é superior a 2% nas últimas séries do EF, chegando a 4,9% na 7ª série, a taxa mais alta. A distorção série/idade é de 32,4% na 7ª série e de 58,1% na 8ª série (NOVO HAMBURGO, 2008).

De acordo com análise da Pnad 2007 realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), no Brasil, 82,1% dos adolescentes entre 15 e 17 anos freqüentam a escola. No entanto, desse total, 44% não concluíram o Ensino Fundamental e apenas 48% cursavam o Ensino Médio, o nível que seria adequado a essa faixa etária. Isso mostra que ainda há uma grande distorção idade-série nesse grupo, embora a freqüência líquida venha crescendo nos últimos anos (UNICEF, 2009).

A maior parcela da população de Novo Hamburgo não concluiu o Ensino Fundamental, apenas 14,10% obtiveram a conclusão desta modalidade de ensino e 3,32% da população chega a ingressar no ensino superior.

O rendimento mensal da pessoa responsável pelo domicílio, em salários-mínimos é de até 3 SM em 48% da população.

O Bairro Santo Afonso, no qual se localiza a UBS onde foi desenvolvida a pesquisa, tem 25.215 habitantes, com 4.669 adolescentes, numa área de 8,6 km². A renda mensal do responsável pelo domicílio de metade da população não ultrapassa 2 salários-mínimos. É composto por várias vilas, formadas na época de grande progresso da indústria calçadista, algumas delas com situação de extrema pobreza, assim como abriga regiões de classe média e média-baixa.

Permanecem algumas regiões constituídas de habitações precárias, sem água encanada, luz ou esgoto, em áreas verdes de invasão impedidas de instalação de saneamento por motivos ambientais.

A visão desta região periférica da cidade nos lembra de Milton Santos (2007), referindo a necessidade de uma instrumentação do território que consiga atribuir a todos os habitantes os bens e serviços indispensáveis, não importa onde esteja a pessoa, e a gestão do território que pela qual a distribuição geral dos bens e serviços públicos seja assegurada.

Neste território, mudanças se impõem e observamos no cotidiano a cidadania incompleta da população, expressa pela carência de justiça social. Ainda é atual a pergunta de Milton Santos: “Quantos habitantes, no Brasil, são cidadãos? Quantos nem sequer sabem que não o são?”

É um local com os problemas comuns à periferia pobre das regiões metropolitanas, sendo conhecida e mesmo estigmatizada como zona violenta, notícia habitual da coluna policial, por tráfico de drogas, homicídios, agressões, muitas vezes envolvendo os adolescentes e crianças.

Os adolescentes estudam nas escolas públicas, duas com ensino fundamental completo, uma municipal e outra estadual. As demais escolas municipais possuem turmas até quarta ou quinta série. Não há escola de ensino médio no bairro, os adolescentes deslocam-se ao centro ou aos bairros próximos para dar sequência aos estudos, sendo a despesa com passagens um fator limitante para a concretização desta escolarização mais avançada.

Segundo Siqueira (2004), o contexto do capitalismo neoliberal e de economia globalizada aprofundou a deterioração do ensino público de nível fundamental e médio que se iniciou na ditadura militar abrindo caminho para a privatização do ensino.

O Projeto Político Pedagógico que foi utilizado como exemplo, por ser uma escola com Ensino Fundamental completo, freqüentado pelos adolescentes que utilizam os serviços da UBS, descreve as características da comunidade escolar na visão dos professores que elaboraram o plano e aplicaram um questionário nas famílias:

As famílias envolvidas na escola apresentam baixo poder aquisitivo. Moradores de um bairro que é caracterizado no meio jornalístico como um dos mais violentos da cidade, assim os sujeitos, ali nucleados, constituem-

se através desta imagem. [...] Nossos alunos e alunas assumem responsabilidades, muitas vezes, que pertencem ao mundo do adulto. Cuidam de irmãos menores, cozinham, levam para escola os mesmos; realizam tarefas domésticas; trabalham no mercado formal, geralmente com familiares ou vizinhança, no informal coletando “lixo” com carroças nos bairros da cidade, com grandes deslocamentos. É comum as carroças não estarem adequadas a normatização do município e eles então vão à procura de materiais em horários já avançados da noite. Algumas alunas já vivenciam situações de matrimônio, gravidez e maternidade. [...] No início do ensino fundamental as crianças estão vinculadas a escola. Com o crescimento das faixas etárias, a força de trabalho passa a assumir naturalmente o espaço do estudo. [...] Estamos diante de uma comunidade que convive com condições de extremas necessidades. Sinalizando assim, a necessidade de execução de programas sociais voltados para esta comunidade que anseia por melhorias. [...] Entre os alunos que responderam o questionário, 65% recebem a complementação de renda do governo federal Bolsa-Família (NOVO HAMBURGO, 2006).

A naturalização do trabalho do adolescente, na visão do PPP, é predominante na comunidade e nas famílias que dependem deste trabalho. Isto contribui para que o próprio adolescente veja menos sentido na escolarização formal, enquanto relata a esperança na realização de “cursos” de capacitação para o mercado de trabalho. Em relatos obtidos nas consultas na UBS, há alunos que referem ir à escola porque são obrigados pelos pais, porque necessitam da escolaridade para conseguir emprego, mas consideram que os cursos externos à escola são os que lhes dão condições de trabalhar.

De acordo com a Organização Internacional do Trabalho (OIT), trabalho infantil é aquele realizado por crianças menores de 15 anos que trabalham ou se empregam com o objetivo de ganhar o próprio sustento e o de suas famílias, qualquer que seja sua condição laboral (trabalhador assalariado, autônomo, trabalhador familiar não remunerado, etc). Exclui as tarefas domésticas não remuneradas e os serviços voluntários na comunidade.

Uma definição, denominada ampliada, inclui como trabalho infantil toda atividade que não seja educativa formativa, nem lúdica, com uma finalidade econômica, impedindo a freqüência à escola, a convivência com seus pares e prejudicando seu desenvolvimento biopsicossocial.

O trabalho infanto-juvenil ou adolescente é aquele realizado por indivíduos entre 15 e 18 anos; no Brasil esta faixa é de 16 a 18 anos, sendo admissível o trabalho entre 14 e 16 anos, desde que inserido em cursos profissionalizantes.

As adolescentes que são responsáveis pelo cuidado dos irmãos menores e pelo serviço doméstico, especialmente quando as mães trabalham fora, podem

sofrer interferência desta atividade no seu rendimento escolar e no desenvolvimento físico e psíquico se houver sobrecarga de trabalho.

Entre as meninas brasileiras de 5 a 17 anos, 62,6% ajudam em casa. Quanto maior o tempo de estudo dos pais, menor o percentual de crianças e adolescentes que realizam atividades domésticas (SACHS, 2008).

O serviço doméstico isoladamente não parece impedir que as crianças e adolescentes freqüentem a escola. Segundo o PNAD 2006, nove em cada dez crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos que exercia tarefas domésticas freqüentavam a escola, no Brasil, o que equivale a 92,6% do total (SACHS, 2008).

Nesta região de indústria calçadista, são comuns os “ateliers” (oficinas produtivas) que produzem para as indústrias e tem portes variados: há distribuição de serviço nas residências para alguns membros da mesma família que trabalham em casa, incluindo as crianças e adolescentes; passando pelos de porte médio com quinze ou vinte empregados sem carteira assinada e os grandes que podem empregar uma centena de trabalhadores.

O trabalho realizado no atelier ou a produção em casa de artefatos de calçado é o trabalho mais referido pelos adolescentes e é motivo de satisfação para os pais, que consideram a situação dos filhos trabalhando como uma proteção aos “perigos da rua”, aí incluídos o uso de drogas, evasão escolar e furtos praticados pelos jovens.

Além do considerado fator protetor do trabalho, para as famílias, envolvidas com seus problemas de sobrevivência, a permanência de um adolescente na escola sem trabalhar significa despesas que elas não podem manter.

A renda proveniente do trabalho do adolescente, se não é imprescindível para a manutenção familiar, atenderá as despesas pessoais do adolescente, como roupas, passagens, material escolar e lazer.

Quando a escolarização é interrompida pelo adolescente que trabalha e não consegue conciliar as duas atividades, surge a perspectiva de retomar os estudos posteriormente, juntamente com a atividade laboral.

A tese de Siqueira (2004), sobre jovens trabalhadores que estudam nas escolas estaduais de Porto Alegre, evidenciou que o trabalho atrapalha o estudo, o qual representa para o próprio jovem, para sua família e professores uma possibilidade de futuro e, por outro lado, o estudo também atrapalha o trabalho, que

representa a satisfação das necessidades mais imediatas como manutenção da família e reprodução da força de trabalho.

Aos turnos de trabalho extensos, avançando sobre o horário das aulas e não proporcionando tempo para a realização das tarefas escolares agrega-se uma escola que nega a condição de trabalhador de seu aluno, cobrando o tempo que ele não dispõe ou considerando-o incapaz de cumprir as exigências da escola.

Estas dificuldades são maiores quando há a necessidade do cuidado de um filho ou durante a gravidez. A possibilidade de realizar trabalhos escolares em casa, com supervisão de um professor, durante os primeiros meses após o parto, é observada em poucas escolas.

Entre os agravos que atingem a faixa etária adolescente, observa-se que as mulheres não estão envolvidas nos problemas de violência extra-familiar, como homicídios e acidentes de trânsito e participação no consumo e tráfico de drogas na alta proporção que os adolescentes masculinos que lotam as casas de atendimento socioeducativo e fazendas de recuperação de dependentes químicos.

Em Novo Hamburgo, em novembro de 2009, havia 79 jovens entre 12 e 21 anos respondendo por atos infracionais no Centro de Atendimento Sócio-Educativo (CASE). Na região, aproximadamente mil jovens entre 18 e 29 anos estão recolhidos em casas prisionais. Na população carcerária do Rio Grande do Sul, dos cerca de 15 mil jovens, 86% não alcançaram o Ensino Médio. A predominância nesta população é do gênero masculino (JOVENS, 2009).

Segundo a pesquisa realizada pelo Ministério da Justiça sobre o Índice de Vulnerabilidade Juvenil, os jovens de Novo Hamburgo são os que mais correm riscos na região metropolitana de Porto Alegre. Esta pesquisa avaliou os jovens de 12 a 29 anos nos municípios com mais de 100 mil habitantes, nos indicadores de mortalidade por homicídio, mortalidade por acidente de trânsito, freqüência à escola e emprego, pobreza e desigualdade (BRASIL, 2009).

Há programas de intervenção dirigidos à capacitação profissional e educação para a cidadania que podem influenciar nas condições de vida, visões e práticas sociais e na saúde dos jovens dos estratos populares.

Verificou-se que, na visão dos jovens, as intervenções sociais promovem mudanças em suas trajetórias de vida, traduzidas pela elevação do padrão de vida e das perspectivas de inserção profissional, pelo estímulo a escolarização e ampliação das redes de sociabilidade. Inferiu-se que, em contexto de carência de bens

materiais, simbólicos e falta de proteção social, a experiência de apoio pessoal e profissional promovida pelos projetos assume um valor positivo, apesar das limitações de tais intervenções no contexto macrossocial. Os participantes dos projetos também apresentaram maior conhecimento na área da saúde sexual e reprodutiva do que os não-participantes (MONTEIRO, CECCHETTO, 2006).

Para as mulheres adolescentes, o foco principal dos programas de educação em saúde e políticas públicas é a gravidez na adolescência, considerada a principal participação das meninas nos “problemas” de Saúde Pública. Só mais recentemente são desenvolvidos projetos e estudos que envolvam o pai, adolescente ou não, na atenção à gravidez e ao bebê.

Quando os pais são jovens, que estão apenas iniciando seu preparo para a vida adulta, enfrentam questões como o amadurecimento precoce e a responsabilidade que a chegada e a criação de um filho exigem, além não contar com a mesma atenção que as meninas-mãe recebem da família, dos amigos e, principalmente, das autoridades (AMENDOLA, 2006).

Em trabalho com a formação de grupos de reflexão-ação de jovens que vivem no Complexo da Maré (favela do Rio de Janeiro) com o objetivo de estimular o autoconhecimento, a auto-estima, a valorização do saber prático, a criatividade e a construção de projetos coletivos comprometidos com a luta por igualdade e justiça social, as autoras puderam evidenciar que, além da luta pela conquista dos direitos reprodutivos, é preciso incluir, para a maioria da juventude brasileira, a reivindicação de direitos humanos elementares, tais como o direito à vida e à liberdade de ir e vir.

Suas reflexões se adequam a outros espaços, como o de nossa pesquisa:

Pensar a Maré e descobrir sua positividade em meio a tantos e graves problemas representou a possibilidade de re-significar um espaço e uma cultura que têm sido sistematicamente desqualificados e caracterizados, pelos “de fora”, como “perigosos”. Neste sentido, e na contramão de muitas entidades que patrocinam projetos neste campo, re-afirmamos a importância de não se isolarem os temas de gênero, de sexualidade e saúde reprodutiva das questões de vida mais amplas, sob risco de reproduzirmos modelos de intervenção que pretendem, em última instância, o controle sobre a reprodução social. Como os jovens da Maré mostraram, a vida não é compartimentada em dimensões e segmentos separados, mas um processo que se realiza em determinadas condições que enredam, como numa teia, as várias dimensões constitutivas dos sujeitos sociais, material e simbolicamente. Se almejamos transformá-la devemos investir no fortalecimento dos elos da teia (e não na sua segmentação). (BARBOSA; GIFFINS, 2007, p. 565).

2.2 A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE E OS SERVIÇOS OFERECIDOS AOS ADOLESCENTES

Denomina-se Unidade Básica de Saúde a unidade para realização de atendimento de atenção básica e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, com assistência permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior.

Em Novo Hamburgo, a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) atua com ações básicas em saúde através do seu Departamento de Atenção Básica em Saúde que coordena quinze Unidades Básicas de Saúde localizadas nos bairros ou vilas.

A SEMSA possui Unidades Especializadas de Saúde como Centro de Especialidades; SAE - Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS, CAPS - Centro de Atenção Psicossocial a Adultos ; CAPSI- Centro de Atenção Psicossocial a Infância e Adolescência, CAPS – AD - Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas e Centro de Imagem.

No município não há unidades de atendimento no Programa ou Estratégia de Saúde Família, entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Quanto ao atendimento aos adolescentes, não há uma política municipal voltada a esta faixa etária. Até a idade de 12 anos, o atendimento nas UBS é feito pelos pediatras. Após, os atendimentos são feitos pelos clínicos gerais, conforme a demanda.

O Plano Municipal de Saúde, entretanto, enfatiza a necessidade de um atendimento específico, devido a identificação de problemas como alta incidência de gravidez na adolescência, novos casos de AIDS diagnosticados, morbimortalidade de adolescentes por causas externas como acidentes de trânsito, homicídios, suicídios.

Em consonância com as discussões contemporâneas, o Ministério da Saúde vem articulando esforços no sentido de promover a Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, sobretudo nas áreas essenciais para o desenvolvimento integral dessa população.

A política une o três níveis, municipal, estadual e federal no planejamento e execução, inicialmente está voltada para municípios prioritários no que tange à vulnerabilidade juvenil.

Novo Hamburgo, um destes municípios prioritários, terá como uma das ações a implantação da Caderneta de Saúde de Adolescentes.

A Caderneta de Saúde de Adolescentes para a faixa etária de 10 a 16 anos, é uma proposta do Ministério da Saúde como instrumento de apoio aos profissionais no atendimento a essa população, ao mesmo tempo que contribuirá para que os próprios adolescentes acompanhem as transformações que ocorrem em seu corpo e tenham informações qualificadas e registradas sobre saúde, direitos e relações afetivas saudáveis que contribuam para a construção do seu projeto de vida.

Outros projetos são desenvolvidos junto as escolas, como o SPE – Saúde e Prevenção nas Escolas - um projeto dos Ministérios da Saúde e da Educação, que conta com o apoio da UNESCO e da UNICEF. Atua na integração saúde-educação e destaca a escola como o melhor espaço para a articulação das políticas voltadas para adolescentes e jovens, principalmente por poder contar com a participação dos sujeitos desse processo: estudantes, famílias, profissionais da educação e da saúde.

O objetivo central é a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva, visando reduzir a vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST, à infecção pelo HIV, à aids e à gravidez não-planejada, por meio de ações nas escolas e nas unidades básicas de saúde.

Seguindo a premissa de descentralização, o Saúde e Prevenção nas Escolas incentiva estados e municípios a assumir e preservar a qualidade dos serviços de ações destinadas à prevenção das DST/aids e uso de drogas para o público-alvo do projeto (SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS, 2010).

Na época em que a pesquisa foi realizada, três escolas do município estavam desenvolvendo o projeto SPE.

2.2.1 A Unidade Básica de Saúde

A Unidade Básica de Saúde pertence à Secretaria Municipal de Saúde, rede do Sistema Único de Saúde, prestando serviços de atenção primária à saúde, nas áreas de clínica geral, pediatria, ginecologia, cirurgia ambulatorial, odontologia, planejamento familiar, psicologia e psiquiatria. São realizados procedimentos de vacinação, curativos, cuidados de enfermagem, coleta de material para exames laboratoriais, marcação de consultas para os demais níveis de atenção (especialistas, cirurgias, internações).

A partir das necessidades apresentadas e pelo interesse de alguns profissionais da UBS na assistência aos adolescentes, foi implementado, no ano de 2007, um projeto de atendimento aos adolescentes. Teve como referência o documento “Serviço de Saúde para Adolescentes”, do Ministério da Saúde, iniciando com consultas médicas para os adolescentes e formação de grupos de educação em saúde.

Para o atendimento no Ambulatório de Adolescentes na UBS Santo Afonso, foi definida a população da faixa etária de 10 a 16 anos. Esta limitação foi estabelecida por questões operacionais, pelos profissionais disponíveis. Considera-se também este o período de maior vulnerabilidade às doenças e agravos próprios da adolescência (na gravidez na adolescência, por exemplo, a faixa de gestantes a partir dos 17 anos é considerada com riscos semelhantes às gestantes adultas) e pela proposta orientadora do projeto, de privilegiar as ações preventivas e de promoção da saúde.

As observações feitas nas consultas individuais, nas atividades de grupo e no contato com as escolas, mostram uma realidade que contradiz a idéia da adolescência como um período saudável, pois muitos agravos e doenças tornaram-se visíveis.

Os principais agravos observados foram: obesidade e sobrepeso, dificuldades escolares (tanto problemas de aprendizagem como déficit de atenção, repetências, violência sofrida ou perpetrada na escola), evasão escolar, trabalho infantil, depressão, problemas no relacionamento familiar, uso de drogas lícitas e ilícitas, pouca informação em saúde, principalmente na área da saúde reprodutiva, com uso inadequado dos métodos contraceptivos, levando a gravidez não-planejada e doenças sexualmente transmissíveis.

As famílias relatam medo em deixar os adolescentes saírem de casa devido à violência e exposição à oferta de drogas.

Não havendo locais para prática de esportes ou atividades ao ar livre, o sedentarismo aliado a ingestão alimentar excessiva, a televisão como ocupação principal nos horários contrários ao turno escolar contribui para a alta incidência de adolescentes obesos

De acordo com os princípios e diretrizes do atendimento a adolescentes e jovens (BRASIL, 2005b), na organização da atenção à saúde devem ser levados em consideração os seguintes aspectos:

- Adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis;
- Respeito às características socioeconômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local;
- Participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações.

O estabelecimento de redes interinstitucionais da UBS com escolas, organizações religiosas e grupos sociais, sugerido no Manual Técnico Saúde Integral de Adolescentes e Jovens para a organização dos serviços (BRASIL, 2005b), cita a escola como um espaço privilegiado para a captação dos sujeitos porque agrega grande parte dos adolescentes e jovens da comunidade; é um espaço de socialização, formação e informação; é na escola onde os adolescentes passam a maior parte do tempo.

A escola tem um significado primordial para o adolescente. Conforme o ambiente que ele vivencia, teremos um aprendizado prazeroso e propício, ou distúrbios de conduta e/ou de aprendizagem. [...] O que confere à escola importância vital no processo de desenvolvimento do adolescente é o fato de ela ter a característica de ser uma simulação da vida, na qual existem regras a serem seguidas, mas que se pode transgredi-las sem sofrer excessivamente as consequências impostas pela sociedade, e ser esta uma oportunidade de aprender com a transgressão. Deve-se levar em conta, também, que a relação do aluno com a escola é afetada pela significação que os pais dão a ela, aos estudos de seu filho e às relações dele com os demais. (OUTEIRAL, 2008, p. x).

2.2.2 Programa de Planejamento Reprodutivo

O atendimento referente à saúde reprodutiva, como a prescrição de métodos anticoncepcionais, é realizado pelo Programa de Planejamento Reprodutivo, que faz o acompanhamento da adolescente inscrita para a retirada dos métodos anticoncepcionais hormonais.

Há a entrega de preservativos masculinos mesmo sem vinculação à consulta.

Ocorreu aumento a demanda dos adolescentes pelo serviço após o comparecimento de profissionais de saúde nas escolas, para participação em grupos de adolescentes de 5^a a 8^a série, para discussão de temas de saúde reprodutiva. Estes profissionais comunicaram a possibilidade de consulta para os adolescentes segundo os critérios éticos, de confidencialidade, privacidade e sigilo, estimulando a procura à orientação e prescrição de métodos anticoncepcionais. Com isto, confirma-se a importância da articulação entre a escola e o serviço de saúde para a disseminação de informações de interesse dos adolescentes e das equipes que com eles trabalham.

Os pais e responsáveis também têm procurado o serviço para orientações acerca dos problemas prevalentes na adolescência. A presença dos pais ou responsáveis nas consultas, embora não seja obrigatória para o atendimento, amplia a possibilidade de comunicação entre o adolescente e a família e traz confiança aos pais para que o adolescente prossiga o atendimento sem a sua presença.

Evidencia-se a importância de abrir espaços para o acolhimento dos adolescentes nas UBS que possam contemplar a atenção curativa e de promoção da saúde.

O atendimento a adolescentes necessita uma perspectiva integral de atenção à saúde, mesmo quando a consulta tem motivos específicos. Em pesquisa realizada numa clínica de saúde reprodutiva nos Estados Unidos, as adolescentes em primeira consulta ginecológica apresentaram queixas relacionadas a saúde reprodutiva (60%), dor ou outros sintomas gastroenterológicos (15%), questões de saúde mental (15%) e sintomas gerais físicos (5%) (HUFF, 2009).

A procura do serviço de saúde por alguma doença ou queixa orgânica pode ter como principal motivo a busca por orientações na área da saúde reprodutiva ou do desenvolvimento e prescrição de anticoncepcionais.

2.2.3 O Grupo de Mães Adolescentes

Na UBS Santo Afonso, há um programa de atenção à saúde dirigido às mães adolescentes e seus bebês.

As crianças que nascem no Hospital Municipal de Novo Hamburgo, o único na cidade que atende pelo SUS na área de obstetrícia, recebem alta hospitalar com a primeira consulta pediátrica agendada na UBS de referência do bairro de residência. As crianças consideradas de risco, como prematuros, bebês com baixo peso ao nascer, filhos de mães adolescentes, recebem visita domiciliar de uma equipe de saúde denominada Amigos do Bebê, para orientações gerais para a mãe e o bebê e confirmação da consulta médica.

Na UBS Santo Afonso, é realizado um atendimento específico para as adolescentes de até 17 anos e seus bebês, com a participação em grupos com médico, assistente social e estagiário de psicologia, além da consulta médica de rotina para acompanhar o desenvolvimento do bebê.

O espaço do grupo não se restringe às orientações sobre a saúde materno-infantil, tais como amamentação, vacinações, prevenção de doenças respiratórias e diarreicas, desenvolvimento neuropsicomotor da criança e planejamento familiar, sempre presentes em ações de saúde pública.

Procura-se oportunizar que as adolescentes tenham um espaço de escuta para as questões pertinentes a este momento de suas vidas, onde se sobrepõem os problemas da adolescência e a maternidade, trazendo ao grupo as dificuldades de adaptação ao momento que estão vivendo.

Permanece importante a prevenção de uma nova gestação não planejada.

Embora o índice de gravidez na adolescência comece a apresentar um declínio, há condições de desigualdade entre quem ainda engravida em idade precoce, a maioria das gestantes pertencendo às classes mais pobres e com menos escolaridade, permanecendo como uma questão de saúde pública.

Segundo revisão feita por Milne e Glasier (2008), há duas opções disponíveis para quem deseje reduzir o impacto negativo associados a repetidas gestações na adolescência: aumentar as escolhas de vida disponíveis para as jovens que melhorem suas condições socioeconômicas e prover a estes grupos serviços adequados que proporcionem os melhores resultados para as mães adolescentes e seus filhos.

No período de janeiro a julho de 2009, vêm participando dos grupos na UBS cerca de 40 adolescentes, na faixa de 13 a 17 anos. A maioria interrompeu os estudos devido a gravidez ou havia deixado a escola antes da gravidez.

A volta à escola após o nascimento de um filho apresenta dificuldades, como ter com quem deixar a criança ou a necessidade de trabalhar para o sustento da família.

Algumas mães adolescentes estão trabalhando, deixando seus filhos com familiares, não tendo conseguido vagas em creches públicas.

No Brasil, as mulheres jovens estão na faixa de não-emprego e fora da escola em maior proporção que os homens (ABRAMO; BRANCO, 2005).

No ano de 2008, entre os nascimentos registrados em Novo Hamburgo, 18,5% eram de mães até 19 anos (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS, 2008).

Em 2008, o número de nascimentos no bairro Santo Afonso foi de 328 crianças, sendo 85 (25%) filhos de mães adolescentes. (SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS, 2008).

São múltiplos os fatores que compõem o evento da maternidade na adolescência, como maturação sexual e início da vida sexual precoces, pouco conhecimento e pouco uso de métodos contraceptivos, falta de acesso aos métodos, fragilidade da tutela familiar e processo acelerado de urbanização, com mudança significativa no estilo de vida, despreparo das escolas para lidar com a sexualidade e a prevenção da gravidez, deficiência dos serviços de saúde no atendimento às adolescentes e a perspectiva de um projeto de vida por meio da gravidez (ABREU e VITALLE, 2000).

Como a gravidez não-planejada é considerada um evento de impacto na vida das adolescentes, significando uma falha no processo de promoção da saúde e prevenção de agravos e doenças, é importante entender o papel desempenhado pela escola e pelo serviço de saúde neste processo através de seus representantes mais vulneráveis, na pesquisa representadas pelas entrevistas das adolescentes que freqüentam o Grupo de Mães da UBS.

3. EDUCAÇÃO E SAÚDE COMO DIREITOS

A tentativa de melhor compreender os caminhos da educação em saúde, de sugerir algumas ações entre a escola e o serviço de saúde apoia-se na compreensão da saúde como um direito, definido na Constituição Federal:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, [s.p.]).

Para assegurar este direito, outros documentos e leis foram criados. Reconhecendo a característica idealista das leis, os obstáculos à sua implementação, utilizamos estas referências por serem os instrumentos legais de proteção da população adolescente, um passo importante no processo de reordenamento jurídico e institucional ocorrido nos anos de 1990, tendo como princípios orientadores os direitos humanos. Fornecem elementos para a tomada de decisões, para a elaboração de políticas públicas, para o atendimento nos serviços de saúde, de modo que os direitos dos adolescentes sejam amplamente divulgados e discutidos pela sociedade (BRASIL, 2005b).

Os elementos determinantes da educação em saúde foram estudados desde os fundamentos legais da Lei Orgânica da Saúde (LOS) (BRASIL,1990a), do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL,1990b) dos Parâmetros Curriculares Nacionais(PCN) (BRASIL, 1998) e da Política Nacional de Promoção da Saúde(PNPS) (BRASIL, 2006), além da literatura referente ao tema buscando compreender os reflexos das ações efetivadas na escola sobre os conhecimentos de saúde de que dispõem as adolescentes e sua utilização ao se depararem com problemas de saúde.

De maneira geral, os documentos e leis se referem à educação como componente importante da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos.

Segundo Candeias (1997), educação em saúde é entendida como quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Distingue o processo de educação de saúde como uma atividade sistematicamente planejada, sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. Diz respeito a medidas comportamentais adotadas

por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.

A promoção em saúde é definida como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano e às políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde.

Ao pretender atingir as condições de vida, ultrapassa os limites dos fatores estritamente comportamentais, estabelecendo interações com a cultura e ambiente socioeconômico.

Segundo a autora, a educação em saúde constitui-se em uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde, o componente educativo de programas que se desenvolvem em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade, compreendida aqui como contendo populações-alvo que não se encontram normalmente nas três outras dimensões.

3.1 LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

A Lei Orgânica da Saúde explicita a influência da educação nas condições de saúde:

A saúde é um direito social que deve ser garantido pelo Estado e tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país. (BRASIL, 1990a).

Estes determinantes da saúde citados na lei tem características singulares quando relacionados à saúde na adolescência, pela alta vulnerabilidade aos agravos sociais e ao processo de crescimento e desenvolvimento pessoal.

A alimentação inadequada pode ocasionar dois problemas freqüentes, a obesidade e a desnutrição. As necessidades nutricionais na adolescência apresentam mais relação com a idade fisiológica do que com a cronológica, dadas as diferenças que existem em função da taxa de crescimento, as mudanças da

composição corpórea e a maturação sexual. Na atualidade, os adolescentes estão se distanciando da alimentação saudável (ABREU, 2008).

A manifestação da desnutrição na adolescência caracteriza-se pela baixa estatura e pelo atraso da maturação sexual, sendo esta fase da vida a última oportunidade de intervenção no processo de crescimento e desenvolvimento no sentido de se resgatar os potenciais de herança (SAITO, 2001).

A obesidade na infância e na adolescência tem adquirido proporções epidêmicas. No Brasil, nas regiões Sudeste e Sul, a ocorrência da obesidade na população adulta e infantil é maior que a desnutrição (MULLER, 2003).

As condições insalubres de moradia, a ausência de saneamento básico e os danos ao meio ambiente, como a contaminação da água e alimentos, exposição a vetores, poluição do ar, as crescentes intervenções humanas na natureza e na sociedade ameaçam a saúde de todos os seres vivos, traduzindo-se na emergência e reemergência de uma série de doenças e no aumento de outras (MINAYO, 2002). Temos como exemplos as epidemias de dengue, gripe, febre amarela e a persistência de doenças como a malária e hanseníase em várias regiões do país.

O trabalho, para as crianças e os adolescentes, ocasiona riscos adicionais quando comparadas aos trabalhadores adultos, pois os jovens reagem de modo diferente ou mais grave diante da exposição a substâncias químicas e agentes físicos presentes no trabalho, sofrem mais traumas e fadiga ocupacional devido aos métodos e instrumentos de trabalho serem projetados para pessoas adultas. Há os riscos psicossociais, como o impedimento de atividades lúdicas, escolares e familiares e a desvantagem nas relações de poder no ambiente de trabalho (GALASSO, 1993).

Embora a pobreza seja considerada uma das causas fundamentais do ingresso precoce de crianças e jovens no mercado de trabalho, outros fatores devem ser lembrados, como a percepção de que na escola o aprendizado não é útil, refletindo uma possível ausência de articulação do conteúdo programático do currículo com a realidade da comunidade e a sensação de que a escola não qualifica para o trabalho (ASMUS, BARKER e RAYMUNDO, 2008).

A pobreza com frequência está relacionada ao desemprego, pais solteiros, estresse parental e baixo nível educacional. A pobreza, a exclusão social, o tráfico de drogas, entre outros, são exemplos de problemas que atuam conjuntamente, retroalimentando danos, como a violência familiar e social,

assim comprometendo a seguridade social e a esperança de vida (COSTA, 2007, p.1108).

Os programas de transferência de renda do governo federal para o combate à pobreza têm especificidades relativas às famílias com adolescentes. Enquanto os adolescentes até 15 anos já estavam incluídos no Programa Bolsa Família (PBF), desde que cumprissem a condição obrigatória da frequência escolar, os adolescentes de 16 e 17 anos, que estejam estudando, foram incluídos, a partir de 2008, como aptos a receber o benefício, com limite de dois adolescentes por família.

Entre as famílias atendidas pelo programa (cerca de 11 milhões), estima-se que haja 1, 7 milhões de adolescentes em condições de receber o benefício.

O Programa Bolsa Família (PBF) (BRASIL, 2004) é a unificação dos programas de transferência de renda, anteriormente discriminados em Bolsa Escola (vinculado à educação), Cartão Alimentação (programa de acesso à alimentação), Bolsa Alimentação (vinculado à saúde) e Auxílio-Gás, que tiveram início em 2001.

O PBF prioriza a família como unidade de intervenção, sendo destinado àquelas que se encontram em situação de extrema pobreza (renda per capita mensal de até R\$ 70,00), tendo filhos ou não; às consideradas pobres (renda per capita mensal entre R\$ 70, 01 e R\$ 140,00) que apresentem em sua composição gestantes e adolescentes com idade até 15 anos e famílias com renda mensal entre R\$00,00 e R\$ 140,00 que apresentem em sua composição adolescentes de 16 e 17 anos. Os valores recebidos variam do benefício básico de R\$ 68,00 até o máximo de R\$ 200,00 por mês.

Em novembro de 2009, Novo Hamburgo contava com 9201 famílias recebendo o benefício.

O programa exige a participação efetiva das famílias no processo educacional e nos programas de saúde que promovam a melhoria das condições de vida na perspectiva da inclusão social, as chamadas condicionalidades.

Cabe às famílias beneficiárias do PBF manter as crianças e adolescentes na escola, cumprindo a exigência de 85% de frequência escolar. As famílias devem estar vinculadas aos serviços de saúde para acompanhamento de crianças de zero a seis anos, das gestantes e nutrizes em programas de saúde, estando prevista ainda a participação em atividades educativas sobre saúde e nutrição.

O programa vai acompanhar também a frequência daqueles que recebem o Benefício Variável Jovem (BVJ), que abrange a faixa etária de 16 e 17 anos. O

objetivo é estimular a permanência dos jovens no processo educacional, ampliando, desse modo, as perspectivas de qualidade de vida do aluno e sua família.

A comprovação de trabalho infantil na família leva à suspensão do benefício.

Segundo Patrus Ananias, Ministro do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o PBF objetiva assegurar, além da alimentação, dois direitos fundamentais: educação e saúde. Ao impor as condicionalidades que as famílias devem cumprir, impõe ao Estado o dever de assegurar as condições e o acesso a esses direitos. Considera que não é assistencialista um programa que assegura, em âmbito nacional e com critérios e normas públicas, o direito básico e constitutivo da alimentação (ANANIAS, 2006).

Sob a ótica dos direitos humanos, a um direito não se deve impor contrapartidas, exigências ou condicionalidades, já que a condição de pessoa é o requisito único para a titularidade de direitos.

Sendo assim, a obrigação do cumprimento das condicionalidades cabe aos poderes públicos e não às pessoas. Sob esta perspectiva, dever-se-ia responsabilizar os organismos governamentais pelo não cumprimento de sua obrigação de garantir o acesso aos direitos humanos atualmente impostos com condicionalidades (ZIMMERMANN, 2006).

As avaliações sobre a relação entre a participação no PBF e a frequência escolar, entre os adolescentes, não têm mostrado uma boa efetividade

O governo federal vem monitorando a frequência escolar das crianças e adolescentes beneficiados pelo PBF desde 2005. Em 2007, o Ministério adicionou um controle: toda vez que um aluno cadastrado no programa registra presença inferior a 85%, a escola tem que apontar o motivo dessa falta. No último relatório nacional, mais da metade desses registros são classificados como "[...] sem motivo identificado."

As principais causas identificadas que levaram os alunos beneficiados pelo PBF a faltar a escola no ano de 2008 foram: doenças dos alunos, negligência dos pais, gravidez, mendicância, trabalho infantil e violência doméstica.

Como as necessidades materiais das famílias não são supridas com o benefício, em situações de desemprego familiar os adolescentes deixam a escola para trabalhar ou assumem a responsabilidade pelo trabalho doméstico para que as mães se insiram no mercado de trabalho.

O mais importante programa social do governo Lula, o Bolsa - Família, atende hoje quase um quarto da população do país (45,8 milhões), mas não está conseguindo cumprir um de seus principais objetivos: fazer com que as crianças completem ao menos os oito anos do ensino fundamental. Cruzamento de informações feito pelo Estado, com dados dos Ministérios do Desenvolvimento Social e da Educação, revela que nos 200 municípios onde há mais famílias dependentes do Bolsa-Família a evasão escolar, contando os abandonos da 1ª a 8ª séries, cresceu entre 2002 e 2005. Em alguns casos, o número de crianças que deixam a escola mais do que dobrou. Em todas as cidades mais da metade é atendida pelo programa. Números do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que apenas 5% das crianças de 7 a 14 anos abandonam a escola. Entre 15 e 17 anos, essa evasão sobe para quase 20%. São quase 2 milhões de jovens que ficam sem escola, sem trabalho e sem futuro (PARAGUASSU, 2008,).

O controle do Programa tem feito com que escolares beneficiários do PBF compareçam na UBS, quando faltam às aulas, para solicitar atestado médico que justifique sua ausência.

Este comparecimento, que talvez não ocorresse sem a exigência da condicionalidade, propicia um acesso aos adolescentes que pode ser utilizado pelo profissional de saúde para avaliação da saúde, orientações de prevenção de doenças e educação em saúde, conferência das vacinas e informar sobre as possibilidades de utilização do serviço de saúde pelos adolescentes.

O adolescente que for atendido poderá agir como multiplicador de informações de saúde entre outros jovens e trazer outros componentes do grupo de amigos ou da escola para freqüentar a UBS.

O acesso a bens, serviços e espaços públicos de cultura e lazer também expressam os contrastes socioeconômicos da sociedade brasileira para a maioria da população jovem. Os adolescentes moradores das zonas periféricas, além de possuírem poucos recursos para o consumo de bens culturais, habitam espaços com baixíssima infra-estrutura social pública (BRENNER, 2005).

O reconhecimento destes determinantes sociais da saúde explicitados na Lei Orgânica da Saúde formalizou-se na criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), da qual são elementos estruturantes.

A CNDSS foi criada por decreto do presidente da República em 2006 e lançada na sede da Representação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em Brasília, tendo entre seus objetivos o incentivo a estudos sobre as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o

grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos (RADIS, 2006).

O texto gerado por esta comissão sugere um modelo explicativo para as condições de saúde ligadas a organização social:

Há muito se reconhece que os principais determinantes dessas iniquidades estão relacionados às formas como se organiza a vida social. Já em meados do século 19 Virchow entendia que a “ciência médica é intrínseca e essencialmente uma ciência social”, que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença e que tais relações devem submeter-se à pesquisa científica. Entendia também que o próprio termo “saúde pública” expressa seu caráter político e que sua prática deve conduzir necessariamente à intervenção na vida política e social para indicar e eliminar os obstáculos que dificultam a saúde da população. [...] Desde então muito se avançou na construção de modelos explicativos que analisam as relações entre a forma como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população. Um dos principais desafios destes modelos explicativos é o estabelecimento de uma hierarquia de determinações entre os fatores mais globais de natureza social, econômica, política e as mediações através das quais estes fatores incidem sobre a situação de saúde de grupos e pessoas. É este complexo de mediações que permite entender por que não há uma correlação constante entre os macroindicadores da riqueza de uma sociedade, como o PIB, com os indicadores de saúde. Evidentemente o volume de riqueza gerado por uma sociedade é elemento fundamental para proporcionar melhores condições de vida e de saúde, mas há inúmeros exemplos de países com PIB total ou per capita bem superior a outros que, apesar disso, detêm indicadores de saúde muito mais satisfatórios (RADIS, 2006).

Uma das participantes da CNDSS declarou que:

Num país cuja história teima em permanecer marcada por desigualdades de todos os tipos, tratar a questão da saúde a partir da análise de determinantes sociais é fundamental para a elaboração e a implementação de políticas públicas conseqüentes. Parece adequado que representantes da sociedade civil com atuação em setores diversos contribuam para a discussão, trazendo a visão desses setores. Certamente a educação tem e terá um papel fundamental, particularmente para a melhoria das condições de vida da população. Educação e informação são as melhores formas de prevenção da doença e garantia da saúde. Nesse sentido, devem ser buscados todos os instrumentos capazes não só de promover a saúde como de garantir igualdade de direitos a todos os brasileiros e brasileiras. Parece-me que o trabalho da comissão será muito importante para a identificação e a superação das desigualdades de etnia, gênero, idade etc., que comprometem o direito à atenção à saúde. (Gazzola, 2006).

No desenvolvimento desta pesquisa a perspectiva dos determinantes sociais da saúde foi fundamental para a compreensão das condições de educação e saúde das adolescentes.

3.2 ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

No mesmo ano (1990) da Lei Orgânica da Saúde, surgiu o Estatuto da Criança e do Adolescente, ratificando a Convenção sobre os Direitos da Criança, da Assembléia Geral das Nações Unidas (1989), um importante instrumento de proteção dos direitos humanos das crianças e adolescentes, superando concepções que consideram esse grupo etário como objeto de intervenção da família, do Estado e da sociedade.

Embora o Estatuto da Criança e do adolescente seja um instrumento legal que não é cumprido inteiramente, traz a compreensão de todos adolescentes como sujeitos das políticas públicas, na perspectiva da atenção integral.

A compreensão atual supera a interpretação do antigo Código de Menores, que via o adolescente apenas como objeto de restrições quando se tornava um menor infrator.

O reconhecimento pelas Nações Unidas da criança e do adolescente como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, estabeleceu obrigações diferenciadas para o Estado, para as famílias e para a sociedade em geral.

O artigo 5º da Lei nº 8069, de 1990, denominada "Estatuto da Criança e do Adolescente" e cognominada com carinho ECA logo em suas disposições preliminares, afirma: "Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais". A leitura dessa disposição pode nos encher de perplexidade. A primeira coisa que vem à mente é perguntar se uma legislação tão avançada não seria uma contradição a mais num país já tão cheio de contradições. É evidente que o dia-a-dia demonstra a grande distância que vai do que a lei dispõe para a realidade onde o dispõe. Basta ler os jornais para encontrar, cotidianamente, o relato da displicência com que são tratadas questões de cunho social envolvendo os jovens. Esse tema da contradição entre a concepção da lei e sua aplicação já é, em si, um tema fascinante para pesquisas. [...] Mesmo reconhecendo "a distância entre intenção e gesto" é preciso saudar o Estatuto, com suas concepções abrangentes dos direitos dos jovens, indo desde a criança como sujeito de direitos abstratos até as disposições jurídicas para a sua proteção em caso de delito. Também é importante que o poder público se estabeleça como zelador desses direitos, reconhecendo, implicitamente, que o futuro do país está guardado no coração e na mente das suas crianças (MELLO, 1999).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990b) reserva capítulo próprio ao direito à saúde, garantindo por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), ações preventivas na área de educação em saúde, no ambiente escolar:

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. [...]

Art. 14. O Sistema Único de Saúde promoverá programas de assistência médica e odontológica para a prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos. (BRASIL, 1990b).

Um dos principais pontos que prejudicam a fiscalização da aplicação das políticas de saúde e educação nas cidades é a falta de estrutura dos conselhos tutelares - pela lei, a prefeitura é responsável por manter os conselhos, executar as ações voltadas aos adolescentes, enfim, cumprir a lei.

Há um consenso de que a legislação (o ECA) é avançada porque traz para o interior do panorama legal brasileiro o que existe de melhor nas normas internacionais. [...] Mas tem um dissenso. De que é uma lei que o Brasil não tem condições de cumprir. Alguns acham que é preferível ter uma lei exequível, que possa ser cumprida. Mas tem outro lado que acha que lei é realidade, e o estatuto é a lei. E sabe que há uma diferença entre a lei e a realidade, ninguém nega. Uma parte acha que precisamos piorar a lei para ficar mais próxima. A outra facção, à qual me filio, acha que a realidade é que tem que melhorar.", afirma o pedagogo Antonio Carlos Gomes da Costa, que atuou na equipe responsável pela criação do ECA como da Unicef. (ECA, 2009).

3.3 PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS

O Ministério da Educação e do Desporto, por intermédio da Secretaria de Educação Fundamental, iniciou, em 1995, a elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN).

A proposta de organização do conhecimento contida nos PCNs está de acordo com o disposto no artigo 26 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional que diz "os currículos do ensino fundamental e médio devem ter uma base comum, a ser complementada, em cada sistema de ensino e estabelecimento escolar, por uma parte diversificada, exigida pelas características regionais e locais da sociedade, da cultura, da economia e da clientela."

Os PCNs constam de uma proposta de conteúdos que devem servir com referencial e orientação para que a estrutura curricular das escolas brasileiras possa fazer a inserção transversal aos denominados conteúdos curriculares tradicionais, tais como a Matemática, Ciências, História, etc. através de conteúdos como Ética,

Pluralidade Cultural, Saúde, Orientação Sexual, Meio Ambiente e Trabalho e Consumo.

Esses conteúdos não são concebidos como novas disciplinas, acrescentadas ao currículo escolar, mas que devem ser inseridos, de forma interdisciplinar, integrada e transversal aos conteúdos já trabalhados.

A aplicação dos PCN pretende proporcionar aos alunos o acesso aos conhecimentos considerados relevantes para o exercício da plena cidadania, que englobariam tanto os domínios do saber tradicionalmente presentes nas atividades escolares, quanto as preocupações contemporâneas com o meio-ambiente, com a saúde, com a sexualidade e com a ética, presente nas questões relativas à dignidade humana, a igualdade de direitos, ao repúdio às discriminações e ao incentivo à solidariedade.

Segundo o documento: “O mundo do trabalho também exige uma formação que capacite os estudantes a lidarem com novas tecnologias e linguagens, com novas relações entre o conhecimento e o trabalho, a partir de posturas éticas em sua ação coletiva”.

A iniciativa de elaborar os Parâmetros Curriculares Nacionais, segundo o documento introdutório, deriva da preocupação com as questões que dizem respeito diretamente à sala de aula: com aquilo que é o fundamental no trabalho do professor e que dá sentido ao seu esforço — a aprendizagem do aluno.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais pretendem trazer “uma contribuição efetiva que ajudará os educadores no direcionamento de sua prática pedagógica, levando em conta as demandas prementes numa sociedade em contínua transformação”.

A dissertação defendida em 2001 pela Profa. Anegleyce Teodoro Rodrigues, comentada por Souza (2006) discute a “*Gênese e sentidos dos Parâmetros Curriculares Nacionais e seus desdobramentos para a Educação Física escolar brasileira*”, apresentando uma discussão sobre a elaboração e o significado do documento, a qual vemos como fundamental para sua compreensão e reflexão:

A aprovação da Lei de Diretrizes e Bases da educação (LDB, 9.394/96) ocorreu em dezembro de 1996, no Brasil presidido pelo sociólogo Fernando Henrique Cardoso, depois de quase uma década de grandes embates teórico-metodológicos e político-ideológicos no país. [...] Aprovada a LDB, o Ministério da Educação se encarregou da elaboração dos programas e diretrizes que pudessem subsidiar a nova etapa da educação no país. [...]

Os PCNs constituíram-se no programa curricular oficial e foram apresentados para subsidiar as ações pedagógicas das Secretarias Estaduais e Municipais de Educação, das Escolas e dos professores na seleção e sistematização de conteúdos, assim como orientação da prática pedagógica. [...] A autora relaciona elementos macro-sociais, como a globalização, com elementos pontuais como a política educacional brasileira na década de 1990, derivada do neoliberalismo e cujo principal eixo é a livre concorrência no mercado, no qual o Estado aparece como regulador. [...] Acordos e documentos de organismos e encontros internacionais também subsidiaram a elaboração dos PCNs. Entre eles estão a Declaração Mundial sobre a Educação para Todos, Declaração de Nova Delhi, Relatório para a Unesco da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI, a Constituição de 1988, além do Plano Decenal de Educação para Todos. [...] Nestes documentos, o princípio “aprender a aprender” se constitui num dos pilares da educação. Aprender as competências necessárias para se adaptar à versatilidade do mercado e respeitar as diferenças e desigualdades como se estas estivessem dadas naturalmente. Aprender a aprender, isto é, desenvolver competências, se num dos princípios centrais nos PCNs. [...] De acordo com a autora, nos PCNs, “as relações sociais são reduzidas à competição entre indivíduos, sendo a competência considerada o passaporte para o sucesso. A desigualdade é considerada natural, assim como a existência de ganhadores e perdedores, integrados e excluídos. [...] Na medida em que os conflitos sociais são negligenciados, conceitos como cidadania, democracia, justiça social, são ressignificados, assim como a responsabilidade pela desigualdade, pela exclusão e por todas mazelas sociais continuam sendo dos indivíduos, ou seja, cada sujeito é responsável por se integrar na vida social ou não. [...] A essência conservadora dos documentos se destaca ainda por estar influenciada por organismos internacionais que historicamente desconsideram a educação voltada para a transformação social. Pelo contrário, difundem o consenso e a camuflagem dos conflitos sociais. [...] Apesar de os PCNs terem sido elaborados como orientações sugeridas, “o MEC os colocam em cena como modelo ou paradigma curricular para a reforma dos currículos escolares de estados e municípios, previsto nas diretrizes curriculares nacionais para o ensino fundamental através da resolução CEB nº 2/98” (p. 54). Assim apresentados não há dúvida de que a maioria das escolas públicas brasileiras, dado o sucateamento em que foram sujeitadas historicamente, aceitaria os PCNs como avanço para a educação. [...] No entanto, [...] é possível afirmar, primeiro, que essa política não é capaz de dar origem a transformações dentro da escola, como afirmou o MEC, por não favorecer condições concretas para se trabalhar o saber elaborado, necessário ao exercício da cidadania, tais como: sólida qualificação científica, cultural e política para os professores, desenvolvimento de projetos que estimulem a organização coletiva do trabalho pedagógico e a participação dos professores nos processos decisórios e na elaboração das políticas públicas. (SOUZA, 2006).

Identificada a fragilidade do documento, o estudo aponta como alternativa o diálogo crítico com os PCNs, utilizando-os como ponto de partida para reflexão sobre os compromissos que a prática pedagógica da Educação Física deve privilegiar, no sentido em que Freire acredita: “[...] os elementos de superação do opressor podem ser encontrados nele próprio, no desnudar de suas contradições.” Os conhecimentos que, adquiridos pelos jovens, os instrumentalizariam para a

compreensão sobre saúde e adotarem atitudes de cuidado e prevenção de doenças estão sintetizados nos PCN nos temas transversais saúde e orientação sexual (BRASIL,1998).

Nesta pesquisa, de acordo com a faixa etária e escolaridade das adolescentes, são destacados os conteúdos dos PCN para o período de 5ª a 8ª série.

No tema de Saúde, o enfoque principal deve estar na saúde e não na doença. No terceiro e quarto ciclo (a partir da 5ª série do ensino fundamental), o enfoque da educação para a saúde traz, com maior intensidade, a contextualização do processo saúde/doença.

Os blocos de conteúdo estão organizados nos seguintes eixos temáticos:

- Autoconhecimento para o autocuidado: entendimento de que saúde tem uma dimensão pessoal que se expressa, no espaço e tempo de uma vida, pelos meios de que cada ser humano dispõe para trilhar seu caminho em direção ao bem-estar físico, mental e social.

- Vida coletiva: indicadores de qualidade de vida e saúde, correlações entre meio ambiente e saúde, doenças transmissíveis, riscos por acidentes e uso indevido de drogas, assim como relações sociais, acordos e limites.

Os conteúdos de Orientação Sexual para terceiro e quarto ciclos foram organizados em três blocos ou eixos norteadores:

- Corpo: matriz da sexualidade: percepção das relações existentes entre sentimentos e expressões corporais; reações corporais diante de diferentes estimulações sensoriais; e observação das características do próprio corpo. Deve, ainda, abordar a participação diferenciada do homem e da mulher no processo da fecundação, na gestação e nascimento. A continuidade do trabalho se dá pela retomada desses conteúdos de forma ampliada e aprofundada. A ampliação é feita com a inclusão do estudo sobre as transformações globais da puberdade, vistas no plano corporal e no aspecto relacional/social. O aprofundamento será feito de forma a detalhar as questões já vistas, complementando-as com novas informações (por exemplo, no estudo da anatomia do corpo humano incluir o estudo dos órgãos internos do aparelho reprodutor e seu funcionamento, a amamentação etc.). Os educadores, de acordo com a abordagem proposta, voltam-se para a vivência dessas mudanças pelos alunos, acolhendo a necessidade de discussão dos medos provocados por essas mudanças, que variam bastante de jovem para jovem, o

respeito a essas diferenças, a acomodação necessária a esse novo corpo que muda. São também abordadas as mudanças socialmente estabelecidas e relacionadas à idade e sua repercussão nas relações familiares e sociais.

Os professores relacionam as mudanças corporais aos significados culturais que lhe atribui cada grupo familiar e social.

Também se constitui como conteúdo a ser trabalhado com os alunos a importância da saúde sexual e reprodutiva e os cuidados necessários para promovê-la em cada indivíduo.

O conhecimento do corpo e de seu funcionamento propicia maior conscientização da importância da saúde e da necessidade de ações não só curativas, mas também preventivas.

A escola pode, então, atuar de forma integrada com os serviços públicos de saúde da região.

Consultas regulares ao clínico geral ou ao ginecologista, para o acompanhamento da condição da saúde e do desenvolvimento, são atitudes de autocuidado que a escola tem a possibilidade de fomentar.

- **Relações de Gênero:** O trabalho sobre relações de gênero tem como propósito combater relações autoritárias, questionar a rigidez dos padrões de conduta estabelecidos para homens e mulheres e apontar para sua transformação. Desde muito cedo são transmitidos padrões de comportamento diferenciados para homens e mulheres. A flexibilização dos padrões visa a permitir a expressão de potencialidades existentes em cada ser humano e que são dificultadas pelos estereótipos de gênero;

- **Prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS:** Um dos aspectos centrais desse bloco é o trabalho quanto ao cuidado com a própria saúde e a dos outros, de forma geral e, especificamente, da saúde sexual. Há resistências, por parte de muitos adolescentes, em procurar os serviços de saúde e orientação médica. A escola pode interferir positivamente, criando uma ligação mais estreita e comunicação fluente com a unidade de saúde mais próxima. Isso favorece a diminuição dos receios dos adolescentes em buscar orientação clínica, preventiva ou terapêutica.

O trabalho com o terceiro e quarto ciclos, além da transversalização, pode ser realizado em um espaço específico. São sugeridas, a partir de experiências concretas em diferentes redes públicas e escolas particulares do país, a inclusão no

horário escolar de uma hora-aula semanal; oferta de hora-aula semanal optativa, para todas as séries; projeto-piloto limitado a poucas turmas, com uma etapa inicial de implantação e avaliação. É fundamental realizar uma avaliação contínua do processo de trabalho (BRASIL, 1998).

Mesmo compreendendo que a saúde faz parte de uma totalidade ampla, englobando determinantes e condicionantes a utilização destes parâmetros no currículo são ações possíveis para melhorar a saúde dos adolescentes, no âmbito de abrangência da escola.

A educação sexual escolar, tradicionalmente, é abordada como ensino da reprodução humana, sendo uma atribuição do professor de ciências, particularmente de biologia, visando, sobretudo, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez na adolescência. Uma abordagem mais complexa, que contemple os aspectos culturais e a subjetividade dos indivíduos, tem estado ausente nas escolas. Podemos dizer que tradicionalmente crianças e jovens têm sido tratados como seres assexuados e a sexualidade tem se constituído em tabu: falar sobre sexo nas salas de aula ainda hoje para muitos é considerado um estímulo à atividade sexual (SILVA, 2009).

Se as temáticas sugeridas pelos PCN forem desenvolvidas ao longo do Ensino Fundamental, a adolescente terá adquirido informações sobre saúde reprodutiva podem ter impacto nas condições de vulnerabilidade individuais, sociais ou programáticas que, junto com os outros conhecimentos adquiridos na educação formal, a capacitarão para uma maior autonomia e poder para relativos a diversos aspectos de seu cotidiano, como prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar, relações igualitárias com seu par, tomada de decisões relativas a sua saúde e desenvolvimento.

O papel do adolescente como multiplicador das informações junto à família, comunidade e seus pares também deve ser estimulado.

As ações comunitárias são fontes de informação, em especial quando a saída da escola é uma realidade freqüente antes da finalização do Ensino Fundamental.

As atividades escolares, como feiras de saúde, Programa da Escola Aberta, que propiciam a integração das escolas com a comunidade são espaços a serem ocupados para a divulgação de ações de saúde voltadas aos adolescentes.

Nos textos dos PCN (BRASIL, 1998) considera-se que o ensino de saúde tem sido um desafio para a educação no que se refere à possibilidade de garantir uma

aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida, que rompa com a concepção biológica de saúde, destacando os seus determinantes sociais, e assinala que a escola poderá fornecer importantes elementos para capacitar cidadãos para uma vida saudável, sugerindo a inclusão da promoção da saúde na grade curricular. Destacam que a escola, sozinha, não se responsabilizará pela saúde. A educação para a saúde é tratada como um tema transversal, permeando todas as áreas que compõem o currículo escolar.

O que devemos ter em conta é que nós podemos ensinar matérias diferentes, mas na cabeça do jovem tudo o que se ensina deve-se integrar com base numa realidade que é única, como cada um deles é único. É um pouco ilusório pressupor que eles vão, por si mesmos, fazer uma integração de algo que não lhes é dado de modo integrado: as disciplinas da educação básica obrigatória, que devem estar dirigidas a oferecer-lhes instrumentos de leitura, análise, compreensão e de atuação sobre a realidade. Isto se pode conseguir, integrando as contribuições disciplinares e não separando-as e estabelecendo fronteiras entre as disciplinas (COLL, 1999).

O conceito de vulnerabilidade surge como um modo de avaliação das condições que tornam a adolescente mais exposta aos problemas e dos elementos que favorecem a construção de alternativas reais para a sua proteção (BURAK, 1999).

Considerando as temáticas transversais Saúde e Orientação Sexual, entendemos que a aplicação destes conteúdos na educação formal exige um conhecimento aprofundado por parte dos professores, além de uma carga horária extensa para explicitar assuntos tão abrangentes e importantes na fase da adolescência.

A maior ênfase das orientações em saúde reprodutiva, no âmbito da escola e dos serviços de saúde, é sobre a AIDS e uso do preservativo masculino, de uma maneira normativa que não contempla as vulnerabilidades dos adolescentes.

O Programa "*Prevenção e Saúde na Escola*", lançado em 2003, em parceria entre os Ministérios da Saúde, da Educação, Unesco e Unicef, visa reduzir a vulnerabilidade dos adolescentes e jovens às doenças sexualmente transmissíveis, à infecção pelo HIV e à gravidez não-planejada, com ênfase na promoção da saúde, por meio de ações educativas de prevenção e ampliação do acesso dessa população ao preservativo masculino.

Pretende reforçar a qualificação e a formação continuada de professores do ensino fundamental e médio nos temas acima referidos, prevendo disponibilização

de preservativos masculinos a adolescentes e jovens de 13 a 24 anos, matriculados no ensino fundamental e médio da rede pública.

A aproximação entre as escolas e a rede de saúde pode proporcionar a maior capacitação teórica dos professores para os temas propostos e uma ampliação da prática dos profissionais de saúde para trabalhar com as reais necessidades da população escolar.

3.4 A PROMOÇÃO DA SAÚDE E SUAS LIGAÇÕES COM A EDUCAÇÃO

A Promoção da Saúde, como uma estratégia de saúde pública, consolidada a partir da Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde de Ottawa (1986), teve seu início com a divulgação do Relatório Lalonde (1974), do Ministério de Saúde e Bem-Estar do Canadá (BRASIL, 2006).

O Relatório Lalonde afirma que o sistema de assistência à saúde desempenha um papel na saúde das pessoas, mas sua contribuição é menor que os determinantes sociais, ambientais e de estilo de vida da saúde. Introduziu a idéia de promoção da saúde como uma forma de melhorar a qualidade de vida e saúde da população.

Outro documento importante que está na origem da promoção da saúde é a Declaração de Alma-Ata (1978), com a proposta de Saúde para Todos no ano 2000 e a recomendação da estratégia da Atenção Primária em Saúde:

[...] a conquista do mais alto grau de saúde exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde; a atenção primária compreende a educação sobre os principais problemas de saúde e sobre os métodos de prevenção e de luta correspondentes, inclui a participação, ademais do setor saúde, de todos os setores e campos de atividades conexas do desenvolvimento nacional e comunitário, em particular o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações e outros, exigindo os esforços coordenados de todos estes setores. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978).

A perspectiva da Promoção da saúde daí derivada propiciaria a construção de uma política que agregasse as áreas de saúde, educação, meio ambiente, assistência social, esporte, cultura, trabalho; organizações governamentais e não-governamentais que atuam na área social.

Visa melhorar os padrões de saúde e projetos que envolvem as crianças, adolescentes e adultos “[...] em um processo de reflexão sobre o cotidiano, sobre a adequação e conservação dos espaços físicos, entornos da escola e comunidade e outros fatores fundamentais para que, na prática, sejam desenvolvidas habilidades pessoais que contribuam para uma vivência mais comprometida com a qualidade de vida.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1978)

Este enfoque nas habilidades pessoais, as referências a mudanças dos espaços físicos, aparece desvinculada de uma investigação da produção da saúde, como se dependesse apenas do esforço de cada indivíduo a obtenção de boas condições de vida e saúde.

A Carta de Ottawa (1986), produzida na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em colaboração com a Organização Mundial da Saúde e a Associação Canadense de Saúde Pública, permanece como referência, mesmo após as demais Conferências que se seguiram e acrescentaram estratégias e novos determinantes. A Carta afirma que as condições e requisitos para a saúde são: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Delineou as cinco áreas-chave para a prática da promoção da saúde: política pública saudável, meio ambiente apoiador, ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais para a vida e reorientação dos serviços de saúde.

O tema da Promoção da Saúde é um tema político, que se dividiu em duas vertentes. Na América Latina, se relaciona com as raízes sociais, econômicas, políticas da saúde, enquanto na América do Norte é focada no indivíduo, marcada pelos aspectos tradicionais da educação em saúde (Mc QUEEN, 2005; RESTREPO, 2005).

No Brasil, a introdução do direito à universalização da saúde pública deu-se em processo distinto e em ambiente diferente daqueles dos países desenvolvidos.

O Brasil ao apenas inscrever esse direito na Constituição de 1988, constituiu-se um caso tardio, tanto em referência ao tempo como ao momento da própria história do capitalismo em âmbito mundial que o apoiou (MARQUES; MENDES, 2007).

A deficiência de cobertura e qualidade dos serviços públicos e a pobreza e desigualdade encontradas no Brasil representam um grande desafio na adequação

do sistema público de saúde às necessidades da população (STOLTZ e ARAUJO, 2004).

A Promoção da saúde utiliza a teoria do fortalecimento ou empoderamento, o “empowerment”, processo pelo qual pessoas e comunidades aprendem a identificar fatores determinantes de sua vida e exercer o poder de transformar sua vida e o ambiente de que fazem parte (PELICIONI, 2003).

Na visão da OMS e do Banco Mundial, promover a saúde das populações em países periféricos implica na focalização de políticas para segmentos mais pobres e excluídos. A participação desses segmentos sob a forma de “empowerment” não modifica as condições estruturais geradoras de sua pobreza e exclusão, mas legitima sob a ótica da equidade a soberania limitada na periferia do sistema capitalista.

Numa crítica a esta visão, Stotz e Araújo demonstram que o ‘empowerment’ não surge como um meio de fortalecer a ação coletiva contra as estruturas de poder e que os ‘empoderadores’ pertencentes aos serviços públicos estabelecem uma mediação entre as demandas dos grupos excluídos de poder e os interesses dos grupos socialmente poderosos, tornando-se referência para a reconstrução de identidades sociais (STOTZ; ARAUJO, 2004).

Breilh (2006) traz a imagem dos ‘sem poder’ como o estado de subordinação que afeta um grupo – de classe, étnico ou de gênero – e impede sua dominação sobre a propriedade dos bens e riqueza, a possibilidade de moldar a cultura e as formas de subjetividade, o acesso ao bem-estar. Esta situação traz repercussões sobre o estado de saúde, pois explicita a exposição aos riscos e a vulnerabilidade decorrentes de uma sociedade com desigual distribuição do poder.

A Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS - (BRASIL, 2006) é referência para as ações de saúde pública de maneira ampla, sendo adaptada na sua execução às diferentes realidades populacionais e de serviços de saúde.

Tem como objetivo geral promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidades e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

Entre os objetivos específicos da política, está a valorização da cooperação do setor saúde com outras áreas de governos, setores e atores sociais para a

gestão de políticas públicas e a criação e/ou fortalecimento de iniciativas que signifiquem redução das situações de desigualdades.

A prática da promoção da saúde pode ser exercida em muitos espaços da vida cotidiana, como serviços de saúde, escolas, indústrias e moradias.

Aos profissionais de saúde e de educação cabe um permanente trabalho de auto-reflexão crítica, para que não realizem programas de intervenção à margem do contexto econômico e sócio-cultural dos locais onde atuam, reproduzindo os tradicionais papéis de submissão e conformismo exigidos da população sujeito destes programas e até mesmo responsabilizando-a por sua situação existencial de precariedade (TRAVERSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2002).

O campo da Educação em Saúde é amplo na diversidade de enfoques e de práticas. Há concepções que concentram a perspectiva educativa no indivíduo, considerando-o único responsável pelas suas condições de vida e saúde, decorrentes de seu comportamento e opções em correr riscos. Essa perspectiva nega a determinação política e social que se impõe aos problemas de saúde.

Outras perspectivas situam os problemas de saúde e doença num contexto histórico-social, num viés mais crítico que entende a mudança das condições de saúde a partir de transformações socioeconômicas.

Stotz (1993), em considerações sobre os enfoques sobre Educação e saúde (por ele definida como uma área temática colocada no entrelaçamento de disciplinas das ciências sociais e das ciências da saúde), discrimina quatro vertentes: os enfoques educativo, preventivo, radical e de desenvolvimento pessoal.

O enfoque educativo prioriza o indivíduo em sua privacidade e dignidade, estando a ação do educador baseada na informação sobre saúde e discussão de suas implicações práticas. Para ser eficaz, pressupõe que o indivíduo compreenda bem sua situação, tenha amplo acesso a informações e se torne capaz de decidir as melhores opções para sua vida saudável.

O enfoque do desenvolvimento pessoal, além das proposições do modelo educativo, procura aumentar as potencialidades do indivíduo, desenvolvendo destrezas para a vida, como gestão do tempo e ser positivo consigo mesmo.

O enfoque ainda predominante nos serviços de saúde é o preventivo, que estabelece a associação do comportamento dos indivíduos com a causa das doenças, especialmente as crônico-degenerativas, onde a dieta, falta de exercício,

abuso de substâncias são fatores de risco e os gastos com assistência médica derivados de comportamentos inadequados são enfatizados.

Todos estes enfoques centram a responsabilização da saúde e doença no comportamento individual do ser humano.

O enfoque denominado radical, tendo em sua origem a medicina social do século XIX, coloca a perspectiva educativa orientada para a transformação das condições geradoras da doença, priorizando o coletivo, a perspectiva das políticas públicas na educação e saúde.

As necessidades individuais em saúde precisam ser atendidas, não havendo respostas gerais para muitos problemas apresentados neste campo. Por outro lado, as medidas de alcance coletivo trazem benefícios para a maioria da população. Portanto, a perspectiva educativa, com especial singularidade no atendimento aos adolescentes que atravessam transformações individuais, sociais e psíquicas, precisa dar conta de múltiplos aspectos, sendo mais resolutiva a integração de profissionais das áreas da saúde, educação, assistência social.

A saúde, como bem coletivo, não anula as características individuais das doenças e agravos. A dimensão social dos fenômenos de saúde é a síntese das necessidades, das exigências, das condições particulares de cada homem ou mulher (BERLINGUER, 1988).

É singular a responsabilidade da escola e do professor na formação dos alunos da periferia urbana que têm a escola como principal referência cultural.

Reconhecer esta responsabilidade não significa sobrecarregar ou culpabilizar os professores, mas, conhecendo a influência da educação, pensar maneiras de, conjuntamente, trabalhar os setores da educação e saúde.

Não devemos esquecer que as condições de trabalho e (im)possibilidades de aperfeiçoamento dos professores muitas vezes não lhes permitem cumprir a expectativa depositada na sua prática junto aos alunos.

Como aponta Colao (2005, p. x) em sua tese de doutoramento:

Não é a sociedade ou os professores os que fazem os currículos e determinam o tipo de profissionais que desejamos formar. É a classe social dominante a que estabelece direta ou indiretamente os princípios e conteúdos dos currículos de que necessitamos. Ela usa todos os meios que possui para alcançar seus objetivos: diminui verbas para a educação pública, forma professores com escasso nível de profundidade nas matérias que deverá ensinar, estimula a publicação de livros que estejam, em geral, de acordo com seus princípios; paga baixos salários que limitam o poder social e cultural do educador e atropela seu desejo de aperfeiçoamento, [...]

sucateia o ensino público, desenvolve o ensino privado formando profissionais em geral com ideologias que estão a seu serviço. (COLAO, 2005).

Quando se exerce a promoção da saúde na escola, esta pode fazer parte da proposta político-pedagógica para que envolva os professores de todas as áreas, demais trabalhadores, alunos e famílias.

Para que os professores e funcionários possam efetivar a implantação de promoção da saúde na escola, precisam participar da elaboração do projeto político-pedagógico da escola, conhecer os temas de saúde como sexualidade, DST/AIDS, gravidez precoce, drogas, alimentação saudável, saúde bucal, estilos de vida saudável, nas quais esteja presente a atividade física; entre estes temas deve se dar ênfase à prevenção e ao tratamento da obesidade, do tabagismo e do alcoolismo e suas conseqüências, como a violência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Se freqüentar a escola traz uma conseqüência direta nos conhecimentos sobre saúde, os blocos de conteúdo dos PCN, adaptados a realidade dos estudantes e às possibilidades de aplicação pelos professores, podem ser um instrumento para a Promoção da saúde dos adolescentes.

Para ampliar a abrangência, pode envolver outros setores, como serviços de saúde e organizações que trabalhem com crianças e adolescentes, tendo a proposta de ações integradas.

A comunidade, a família e a escola são segmentos que interagem em íntima relação com a totalidade em que estão inseridos, isto significando um processo educativo integral.

As ações, aplicadas de forma isolada das condições gerais de vida, como um programa vertical, não mudam significativamente a saúde da população, embora os escolares que vivem em regiões de pobreza possam se beneficiar com programas específicos

De acordo com Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006),

A promoção da saúde é um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do governo, o setor privado e não governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida. Vê-se, portanto, que a promoção da saúde realiza-se na articulação sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor

sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-doença e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem. (BRASIL, 2006),

Na prática dos serviços de saúde esta articulação ainda é pouco visível. Na atenção à saúde dos adolescentes, algumas ações interinstitucionais podem ser articuladas, como:

As escolas divulgando para seus alunos os serviços disponíveis nas unidades de saúde da comunidade; os profissionais de saúde apoiando as atividades de educação em saúde realizadas nas escolas; o serviço de saúde disponibilizando métodos anticoncepcionais e garantindo acesso a consultas e exames para adolescentes; os professores e as equipes de saúde realizando atividades em grupo com adolescentes para o debate de temas de saúde. [...] A escola é um espaço privilegiado para implementar estratégias de promoção da saúde e criar mecanismos que facilitem o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde para prevenção e tratamento de doenças, muitas vezes negligenciadas (BRASIL, 2005 b, p. x).

Os campos da educação e da saúde estão vinculados e a educação é primordial para o desenvolvimento de uma vida saudável, considerada sob a perspectiva da Promoção da Saúde, conceituada como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986).

A promoção da saúde é uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde, partindo de uma concepção ampliada do processo saúde/doença e de seus determinantes, por meio da articulação de saberes técnicos e populares, da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados (BUSS, 2000).

Nesta articulação, é vital a democracia, entendida como o reconhecimento de que todo indivíduo particular deve ser ouvido e respeitado em sua singularidade, além de uma forma de igualdade econômica ou meio para assegurar a solidariedade. Os movimentos de jovens voltados para a questão da sexualidade e de gênero são importantes e centrais porque reivindicam para uma população particular o direito de participar, de ser reconhecida pelo que é (ZIONI e WESTPHAL, 2007).

No espaço da escola e da UBS a referência dos profissionais de saúde e educação é significativa na construção da identidade adolescente, se houver a

formação de um vínculo positivo de relacionamento, baseado na ética e no respeito às características da população.

Os princípios fundamentais na atenção ao adolescente devem ser divulgados aos profissionais de saúde, para que não se criem barreiras ao atendimento nos serviços de saúde.

Estes princípios, além da ética incluem a privacidade - o direito dos adolescentes serem atendidos nos serviços de saúde sem a presença de acompanhantes - e a confidencialidade e sigilo – a garantia de que as informações reveladas no atendimento não serão repassadas aos seus pais ou responsáveis, sem sua concordância explícita, e de que serão informados das situações que requerem quebra de sigilo (quando houver risco de vida ou outros riscos relevantes para o adolescente ou para terceiros).

No programa das escolas municipais, a abordagem curricular das questões sobre desenvolvimento do corpo, reprodução e doenças sexualmente transmissíveis é feita pelos professores de Ciências na 7ª série (NOVO HAMBURGO, 2006).

Até atingir este nível de escolaridade, há muitas oportunidades perdidas de educação em saúde e o alto índice de abandono da escola faz com que os adolescentes não obtenham este aprendizado na sua trajetória escolar.

A evasão escolar nas escolas públicas ocorre com mais intensidade na 5ª e 6ª série e a gravidez na faixa da adolescência inicial (10 a 14 anos) tem aumentado, demonstrando que a orientação para a prevenção de gravidez não-planejada e doenças sexualmente transmissíveis, para ser efetiva, deve ocorrer mais cedo (NOVO HAMBURGO, 2008).

Na implementação de ações voltadas à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, proposta pelo Ministério da Saúde, a educação é destacada como *condição* para a saúde sexual e reprodutiva:

[...] a efetiva implantação dos temas sexualidade e saúde na Educação Brasileira na perspectiva dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos e da ação intersetorial exige articulação dos agentes das políticas de saúde e educação, e constituem-se em apoio fundamental para a implementação das políticas de saúde em âmbito nacional (BRASIL, 2006, p. x).

A baixa qualidade da educação somada às poucas oportunidades de trabalho e emprego, sobretudo para as adolescentes pobres, estão diretamente relacionadas

ao abandono da escola. Há muitas dificuldades para as mães adolescentes continuarem na escola, por despreparo da escola em abordá-las e acolhê-las.

Surgem muitas questões relevantes, ao abordarmos a saúde na adolescência, ligadas às vulnerabilidades individual, social e programática, tais como a gravidez na adolescência, aumento pela infecção pelo vírus HIV/AIDS, uso e abuso de álcool e outras drogas, alta mortalidade entre os jovens pelas causas externas: acidentes, homicídios, suicídio.

Trabalhar estas questões na adolescência difere da assistência clínica individual e da simples informação ou repressão.

A atenção à saúde deve permitir uma discussão sobre a prevenção de doenças e agravos, expressão de sentimentos, opiniões, dúvidas, inseguranças, medos e preconceitos, de forma a dar condições de enfrentamento e a resolução de problemas e dificuldades do dia-a-dia (BRASIL, 2005).

A educação aparece vinculada com a saúde, em vários aspectos:

- O nível educacional formal, em especial da mãe, influi nas condições de saúde da criança – quanto mais escolarizada a mãe, menos riscos de saúde o filho enfrenta;

- A escolaridade influi nos índices de gravidez na adolescência - mais de 50% das adolescentes sem escolaridade são mães, enquanto 4% das adolescentes com 9 anos de escolaridade têm filhos;

- A escola é o principal local de acesso à informação e cultura para os adolescentes de baixa condição socioeconômica.

Considera-se que os indivíduos mais escolarizados terão menos problemas de saúde que os não-escolarizados e os indivíduos saudáveis têm melhores resultados na aprendizagem que os não-saudáveis. Outros fatores interferem, como o determinante social de que o mais escolarizado também será o de maior renda e com mais acesso aos equipamentos sociais.

Entretanto, a educação é fator de proteção à saúde, mesmo quando outros condicionantes como a renda são desfavoráveis.

Dois aspectos, portanto, relacionam a saúde e a educação: a educação formal diretamente proporcional a um melhor nível de saúde e a educação em saúde como parte do processo terapêutico, onde o conhecimento sobre a saúde melhorará a qualidade da mesma.

4. A ABORDAGEM TEÓRICA E METODOLÓGICA DO ESTUDO

4.1 A NATUREZA E TIPO DE ESTUDO

Para desenvolver o estudo, que trata das condições de saúde e educação das adolescentes e da compreensão da influência da educação em saúde realizada na escola, foi feito um Estudo de Caso com a abordagem qualitativa com apoio quantitativo.

O Estudo de Caso é um tipo de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa em profundidade. Esta definição do Estudo de Caso determina duas condições básicas dele: a natureza e abrangência de sua unidade e também sua complexidade (TRIVIÑOS, 2001).

No estudo, enfoca-se a realidade das adolescentes da zona periférica urbana, que freqüentam uma Unidade Básica de Saúde, estabelecendo as relações destas com os pais, os professores, o ambiente (escola, serviço de saúde) e com o marco econômico e social mais amplo.

O importante é lembrar que no Estudo de Caso qualitativo, onde nem as hipóteses nem os esquemas de inquirição estão aprioristicamente estabelecidos, a complexidade do exame aumenta à medida que se aprofunda no assunto. [...] Este trabalho, marcado, mais que outros tipos de pesquisa qualitativa, pela implicação do sujeito no processo e pelos resultados do estudo, exige severidade maior na objetivação, originalidade, coerência e consistência das idéias. (TRIVIÑOS, 1987).

O ponto de partida deste estudo foi a dissertação de mestrado onde considerou-se uma totalidade de aspectos que envolviam a vida das adolescentes numa situação específica, a maternidade na adolescência.

Essa investigação atual, no nível de doutorado, trata também de adolescentes e a possível influência da educação formal nas suas condições de vida e saúde e nas vulnerabilidades específicas da faixa etária, que podem levar a situações como a evasão escolar, a gravidez na adolescência e outros agravos.

A abordagem qualitativa traz a consideração de que a qualidade é indissociável da quantidade, e vice-versa, o apoio quantitativo sendo fundamental na descrição da realidade apoiada nas informações epidemiológicas que permeiam a pesquisa.

É inegável que existe uma necessidade visceral de que saúde/doença, vida/morte, quando tratados do ponto de vista de sua compreensão cultural, sejam abordados tanto pela epidemiologia como pelas ciências sociais em sua vertente qualitativa. Porque no fundo o que está em jogo é a pergunta de como conseguir implementar uma atenção à saúde de grupos sociais específicos. No caso brasileiro, a diversidade, o pluralismo, as características de classe, os regionalismos, o multiculturalismo, as grandes desigualdades de uma sociedade assediada ao mesmo tempo por informações contraditórias e massificantes da mídia não são apenas assuntos teóricos para diletantismo acadêmico. São problemas desafiantes para a saúde coletiva. Ou seja, existem perguntas teóricas e existem perguntas da prática de saúde de um sistema que quer acertar. Mas que, frequentemente, encontra seus limites, não exatamente nos conhecimentos médicos sobre as doenças, mas na cultura e nas condições socioeconômicas [...] (MINAYO, 2003).

Para compreender a realidade dos determinantes sociais da saúde das adolescentes, é fundamental o aporte das informações quantitativas epidemiológicas que contextualizem sua situação no espaço dos territórios da cidade, estado, até a visão mundial da adolescência, suas características gerais e singulares.

Os indicadores de mortalidade e morbidade referentes à adolescência, as estatísticas de saúde materno-infantil entre as mães adolescentes contribuem para compreender as dificuldades e agravos sofridos por esta população.

A abordagem qualitativa se explicita no estudo de caso que aprofundou a compreensão de um grupo de adolescentes, moradoras de zona periférica urbana, pobre, que freqüentam a Unidade Básica de Saúde e as escolas públicas da região.

Com esta abordagem, pretende-se não apenas descrever os problemas e agravos das adolescentes, mas, com a maior compreensão das relações entre sua educação e condições de saúde, contribuir para aperfeiçoar o atendimento na perspectiva de uma atenção integral à saúde.

A produção de documentos, normas, proposições de atenção aos adolescentes que surgiu nos últimos anos foi estudada na intencionalidade de trazê-la para a prática dos serviços de saúde e educação que podem intervir na mudança das condições de vida da população.

4.2 A POPULAÇÃO E A AMOSTRA

A população, numa pesquisa qualitativa, é considerada uma referência, não pretende generalizar os resultados obtidos, mas obter generalidades, idéias predominantes, tendências que aparecem mais definidas entre as pessoas que participaram do estudo (TRIVIÑOS, 2001).

A população de referência são as adolescentes que freqüentam a UBS Santo Afonso, no Grupo de Mães, no Planejamento Reprodutivo e no Ambulatório de Adolescentes para consulta médica.

Como a UBS é um serviço público de saúde, todos os habitantes da cidade podem ter acesso às consultas, mas a frequência maior é dos moradores do próprio bairro Santo Afonso, dos bairros vizinhos que pertencem ao mesmo distrito sanitário e dos residentes no município vizinho de São Leopoldo na região em que as cidades fazem divisa.

O Grupo de Mães Adolescentes é organizado pelo encaminhamento das mães e seus filhos que nascem no Hospital Municipal para consulta na UBS.

A freqüência ao Grupo de Mães Adolescentes é quinzenal ou mensal, dependendo da faixa etária do bebê.

As consultas para o Planejamento Reprodutivo, que realiza orientação em saúde reprodutiva e dispensa métodos anticoncepcionais são feitas por livre demanda e agendamento, assim como as consultas médicas no ambulatório de adolescentes.

O atendimento no Planejamento Reprodutivo ocorre diariamente, no turno da manhã.

A marcação de consultas médicas é feita por agendamento, havendo dois turnos disponíveis para os adolescentes.

No Bairro Santo Afonso há uma população de 4.669 adolescentes, que correspondem a quase 10% da população desta faixa etária na cidade de Novo Hamburgo (47.395 adolescentes) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATISTICA, 2008).

Da população de adolescentes que freqüenta a UBS, uma amostra foi escolhida intencionalmente a partir dos critérios relacionados à idade, escolaridade, atividades profissionais e maternidade.

A faixa etária abrangeu dos 13 aos 16 anos, com adolescentes que cursassem no mínimo a 5ª série do Ensino Fundamental, o que possibilitaria conhecer a aplicação dos Parâmetros Curriculares Nacionais nas escolas.

A amostra foi composta por cinco adolescentes que apenas estudavam, duas adolescentes que estudavam e trabalhavam, uma adolescentes que apenas trabalhava e nove adolescentes que não estudavam nem trabalhavam, na época em que responderam as entrevistas.

Sete adolescentes tinham filhos e duas estavam grávidas.

O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Pesquisa de Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, projeto número 17370, em 25/08/2009.

As adolescentes foram convidadas a participar da pesquisa, esclarecidas quanto a seu objetivo e assinaram um termo de consentimento, juntamente com seu responsável (APÊNDICE A).

Foi garantida a não-identificação das mesmas no relatório de pesquisa.

A possível identificação de situações de risco à saúde em algum sujeito durante a pesquisa requereu a postura ética de encaminhar ao atendimento específico.

As generalidades resultantes deste estudo poderão ser utilizadas na compreensão de realidades semelhantes, em serviços de saúde e escolas de zonas periféricas das regiões metropolitanas.

4.3 A COLETA DE INFORMAÇÕES

A análise dos documentos oficiais que orientam a educação em saúde para adolescentes foi parte importante na elaboração da tese, que estuda a influência da educação formal na saúde das adolescentes e a possível implementação das ações de educação em saúde nas escolas públicas da zona periférica urbana.

Destacaram-se os Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1998) e o Marco teórico e referencial de saúde sexual e saúde reprodutiva (BRASIL, 2006b).

O Projeto Político Pedagógico de uma escola de ensino fundamental completo do bairro, onde a maioria dos adolescentes estuda, foi analisado, como exemplo da educação em saúde que é proposta no campo de pesquisa da tese.

Foram realizadas observações durante as reuniões dos Grupos de Mães Adolescentes, que são realizadas na Unidade Básica de Saúde, campo de pesquisa da tese.

A coleta de informações realizou-se com a aplicação de entrevistas semi-estruturada com adolescentes que freqüentam a UBS. (APÊNDICE B)

A entrevista semi-estruturada:

[...] parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVIÑOS, 1987).

As questões propostas podem evidenciar outros caminhos na entrevista, dando origem a outras perguntas ou tornando necessário retomar alguns pontos já vistos anteriormente.

As perguntas, com a finalidade de aprofundar a análise da realidade, explicativas imediatas e mediatas, dão origem a um conjunto de categorias, que deve ser exaustivo (permitir a inclusão de qualquer resposta numa das categorias do conjunto) e com a característica de ser mutuamente exclusivas (uma resposta não será incluída em duas categorias) (MINAYO, 1999).

As entrevistas das dezessete adolescentes, após o convite para participar na pesquisa, foram agendadas e ocorreram na UBS, em local separado da área de atendimento clínico, garantindo maior privacidade e sigilo.

As entrevistas foram transcritas e identificadas com a letra E e um número, na sequência de sua realização.

4.4 A ANÁLISE E A ORGANIZAÇÃO DAS INFORMAÇÕES, SIGNIFICADOS, EXPLICAÇÕES E COMPREENSÃO

Durante a coleta de informações, a análise já estava ocorrendo. Mas é na organização do material coletado que reconhecemos três finalidades para esta etapa (GOMES, 1994); estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado.

A partir da leitura em primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, busca-se atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material. Relacionam-se as estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados e articula-se a superfície dos enunciados dos textos com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem, visando dar consistência interna às operações.

Na análise temática, a noção do tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, comportando um feixe de relações. Pode ser apresentada por uma palavra, frase ou resumo. Procuram-se os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou freqüência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico.

A partir das informações obtidas, as interpretações e inferências são relacionadas com o quadro teórico inicial ou em novas dimensões teóricas e interpretativas (MINAYO, 2008).

A pesquisa não se encerra com a análise e elaboração dos resultados, pois neste momento surge uma proposta de mudança, baseada na prática da atenção à saúde e na convicção de que é possível uma ação transformadora nos campos da educação e saúde.

Reunindo as informações iniciais, sobre as condições de vida, saúde e educação tem-se uma idéia geral sobre quem são as adolescentes que foram entrevistadas:

Identificação	Idade	Estuda/última série cursada Defasagem série/idade	Reprovações	Trabalha	Estado civil (* idade marido)	Filho
E1	15	Sim /7ª/ 2 a	6ª e 7ª s	Sim/atendente em lancheria	Casada 16 a	Sim
E2	16	Sim / 8ª/ 2ª	6ª e 7ªs	Não	Solteira	Não
E3	14	Sim/ 1º EM	Não	Sim,cuida irmão mediante pagamento	Solteira	Não
E4	14	Não/ 6ª	6ªs	Não	Casada 22 a	Não
E5	15	Não/ 6ª	5ªs	Sim/componente de calçado em casa	Casada 17 a	Não
E6	16	Sim/6ª/ 4ª	6ª e 7ªs	Não	Solteira	Não
E7	16	Não/ 7ª	Não	Não	Casada 21 a	Grávida
E8	15	Não/6ª	Não	Não	Casada 22 a	Sim
E9	15	Não/5ª	2ª,3ª e 5ªs	Não	Casada 21 a	Sim
E10	15	Não/7ª	Não	Não	Casada 16 a	Sim
E11	13	Não/5ª	Não	Não	Casada 27 a	Sim
E12	15	Não/5ª	5ªs	Não	Viúva	Sim
E13	16	Não/6ª	2ªs	Não	Casada 17 a	Não
E14	14	Não/5ª	4ª e 5ªs(2 vezes)	Não	Casada 17 a	Sim
E15	16	Sim/6ª/4ª	Não sabe quantas reprovações	Não	Casada 20 a	Grávida
E16	13	Sim/5ª/1ª	2ª e 3ªs	Não	Solteira	Não
E17	15	Sim/1º II	Não	Não	Solteira	Não

Quadro 1 – Características das Adolescentes Quanto à Idade, Ocupação, Escolaridade, Estado Civil e Paridade, 2009

(*) No estado civil, foram consideradas casadas as adolescentes que moravam com o companheiro, independentemente da legalização da união.

Foram entrevistadas duas adolescentes com 13 anos, três com 14 anos, sete com 15 anos e cinco com 16 anos.

Para compreender a influência da educação formal na saúde reprodutiva na adolescência, inicia-se pelo geral, por conhecer a condições de vida e a representação da escola para as adolescentes.

Elas habitam o espaço da periferia urbana, em famílias que vivem do trabalho em fábricas e “ateliers” de calçado, no comércio, na limpeza de casas ou estabelecimentos, na construção civil, na reciclagem de materiais descartados no lixo.

Todas já haviam frequentado escolas públicas e onze tiveram reprovações, principalmente entre a 5ª e 7ª séries. Sete estão estudando, sendo que cinco com defasagem série/idade. Entre as adolescentes com filho ou com companheiro, a maioria não frequenta a escola, tendo deixado de estudar devido à gravidez ou ao casamento.

Em poucas ocasiões saem do bairro, os raros passeios ao centro da cidade dependem de ter dinheiro para a passagem de ônibus e são dirigidos ao shopping center. Passeiam nas casas de familiares e amigos, auxiliam nos serviços domésticos ou são as principais responsáveis por estes, não dispõem de locais públicos de lazer ou esporte, não vão ao cinema ou teatro; como entretenimento vêem televisão, ouvem música, vão a festas.

Entre os estudantes, conforme o PPP há poucas atividades fora da escola: “Questionados sobre o que fazem nas horas de lazer, 19% dos alunos cuida da casa e dos irmãos menores, 5% faz algum curso fora do horário de aula e 4% participa de algum grupo de jovens.” (NOVO HAMBURGO, 2006).

As adolescentes casadas compartilham a casa com outros familiares, em geral sogros ou pais. Há famílias extensas, como na casa de E6, que mora com 15 pessoas, entre irmãos, pai, mãe, sobrinhos, cunhado.

Algumas acessam a internet em lan-houses, duas dispõem de computador em suas casas.

As escolas do bairro não dispunham de laboratório de informática, no decorrer da pesquisa foi instalado um projeto de informática em uma escola, acessível à comunidade sob a forma de cursos e na Escola Aberta nos finais de semana.

As atividades de Escola Aberta, nos finais de semana, oferecem principalmente atividades esportivas.

Uma característica significativa da população adolescente que frequenta a UBS é o pouco contato com a internet, o que limita fortemente o seu acesso à informação e comunicação, sendo mais um fator de exclusão para estes jovens.

No entanto, os cursos de informática são valorizados pelos adolescentes e suas famílias como ferramenta importante na obtenção de um futuro trabalho, havendo disposição de pagamento destes cursos por entenderem sua exigência no mercado de trabalho.

Outros cursos, como padaria, jardinagem, promoção de vendas, artesanato, são oferecidos por organizações de assistência; não há cursos técnicos nas escolas do bairro.

As escolas técnicas existentes na cidade têm muitos candidatos ao ingresso e, além da barreira da seleção, têm um custo econômico que dificulta a presença dos adolescentes mais pobres.

As expectativas de trabalho estão voltadas à indústria calçadista, lojas, supermercados e escritórios. Poucos expressam a intenção de cursar graduações de nível superior, quadro que pode mudar com as políticas federais de ingresso nas universidades, se os jovens conseguirem a continuidade do estudo até o Ensino Médio, pouco freqüente nesta população estudada.

Quanto à escolaridade dos pais, apenas um pai e uma mãe haviam completado o Ensino Fundamental, três pais e sete mães ultrapassaram as séries iniciais. Seis adolescentes não souberam informar a escolaridade paterna, por não conviverem com o pai ou não terem perguntado a eles sobre o estudo. A maioria não soube informar a renda familiar.

Identificação	Escolaridade do Pai	Ocupação do Pai	Escolaridade da Mãe	Ocupação da Mãe
E1	Não sabe	Dono de lancheria	4ª s	Industriaria
E2	6ªsérie	Segurança	4ªsérie	Auxiliar de limpeza
E3	6ªsérie	Pedreiro	5ªsérie	Auxiliar de limpeza
E4	3ªsérie	Desempregado	6ªsérie	Desempregada
E5	4ªsérie	Falecido	6ªsérie	Saladeira
E6	4ªsérie	Servente de obra	3ªsérie	Do lar
E7	8ªsérie	Metalúrgico	7ªsérie	Cozinheira
E8	Não sabe	Não sabe, não convive com o pai	Não sabe	Industriaria
E9	Não sabe	Entregador de atelier	5ªsérie	Costureira em Atelier de bolsa
E10	Não sabe	Não sabe, não convive com o pai	1ºEM	Balconista
E11	Não conhece o pai	Não conhece o pai	5ª série	Não trabalha, está grávida
E12	Não sabe	Não sabe	4ªsérie	Reciclagem
E13	1ªsérie	Montador de calçado	5ªsérie	Do lar
E14	4ª série	Falecido	4ª série	Desempregada, Pensionista
E15	1ªsérie(não sabe ler e escrever)	Dono de bar	1ª série(não sabe ler e escrever)	Do lar
E16	3ª s	Pintor	4ªs	Cozinheira
E17	4ªsérie	Pintor	4ªsérie	Doméstica

Quadro 2 – Características das Adolescentes Quanto à Escolaridade e Ocupação dos Pais, 2009

Na organização das informações, que deram uma concretude mais lógica ao que já era conhecido de maneira sensível, pela prática de trabalho junto a população adolescente e suas famílias, emergiram alguns temas, que serão explicitados a seguir. A partir destes temas buscou-se analisar, explicar e compreender a realidade da educação e saúde das adolescentes que vivem na periferia urbana de uma cidade brasileira.

Na análise dos dados, portanto, surgiram as seguintes divisões de análise:

Como é a vida na escola, a partir da qual foram formadas as seguintes subdivisões:

- As relações com os amigos e os professores
- Violência e indisciplina no ambiente escolar

Motivos para deixar a escola, a partir da qual foram formadas as seguintes subdivisões:

- A gravidez na adolescência;

- Falta de vontade de estudar e reprovações.

Representações sobre a adolescência

O que se aprende na escola e para além dela: informações sobre adolescência e saúde reprodutiva,

- As fontes de informação: mãe, família, pré-natal, professores
- Os métodos anticonceptivos
- Conhecimento sobre AIDS e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis

O serviço de saúde que os adolescentes gostariam de frequentar - a atuação conjunta da escola e do serviço de saúde

A análise conjunta dessas divisões, no processo relacional, pode fornecer aproximação da trajetória das adolescentes na formação escolar, trazendo à tona as práticas e conhecendo as propostas presentes no campo de conhecimentos do processo educacional, nas séries finais do Ensino Fundamental.

4.4.1 Como é a Vida na Escola

- O Que é Bom na Escola: Conviver, Brincar e... Aprender:

As perguntas sobre as experiências vividas na escola procuraram esclarecer o papel da escolarização na vida das adolescentes, nos aspectos particulares e sociais, a importância dos conhecimentos adquiridos, os planos profissionais e de continuidade dos estudos, se havia apoio da família para a permanência na escola.

A escola foi relatada como um ambiente de socialização, local para estabelecer relacionamentos.

Ao falarem sobre a vida na escola, o que as adolescentes disseram mais gostar eram os amigos, as brincadeiras, o recreio.

O que mais gostava na escola era brincar, acho que é o que todos gostam. Não gostava dos colegas que brigavam. Se pudesse mudar alguma coisa na escola, a maneira de alguns professores, não sabem conversar (E8).

A escola é a referência na vida social e cultural dos alunos. A participação em atividades extra-classe e a convivência com os amigos parece ser mais valorizada e apreciada pelos alunos do que a assistência das aulas.

Eu era uma aluna muito boa, gosto muito de estudar e não era bagunceira. Gostava de tudo na escola, participava do teatro, interséries, desfiles (E11).
Minhas únicas amigas arranjei na escola, hoje só uma estuda, a outra também saiu, está grávida (E12).

Sposito, apud Siqueira (2004) mostra a escola como espaço importante de sociabilidade juvenil, além da busca por conseguir um bom emprego no futuro.

Este espaço é ainda mais importante em regiões onde não estão disponíveis locais de encontro para os jovens, como áreas de lazer, esporte e cultura: centros comunitários, quadras esportivas, praças. As atividades proporcionadas pelas escolas podem ser as principais vias de acesso a aquisição cultural dos jovens, mesmo entre os que não se encontram mais no ensino regular.

O estudo, a referência espontaneamente a alguma disciplina que goste de aprender, a leitura e a escrita pouco aparecem nas respostas das adolescentes.

- A Identificação com o Professor

Quando perguntado sobre a disciplina que mais gostava, a resposta em geral estava relacionada com uma maior identificação com a professora ou professor, levando a gostar mais da aula.

Gostava da professora de Geografia, que conversava bastante sobre adolescência, tirava dúvidas com ela (E10).

A identificação das alunas com a professora é um aspecto ressaltado por Quaresma da Silva (2007), em sua tese de doutoramento sobre as mães adolescentes:

A importância das professoras das adolescentes no âmbito educativo: as professoras são, via transferência, fundamentais nos processos identificatórios das alunas. Faz-se necessário que o próprio sujeito professor perceba sua importância e que tal (re) conhecimento produza efeitos significativos sobre si, para efetivamente ouvir os corpos de seus alunos, sua sexualidade, suas curiosidades, a vida que os move.

A relação entre o professor e aluno mostra que o adolescente espera amizade, compreensão, diálogo, limites e autoridade.

O professor é observado e criticado pelas adolescentes quando há dificuldades na aula que o professor não consegue resolver, sendo a mais citada a indisciplina, que prejudica o andamento da aula e a aprendizagem.

Quero voltar no próximo ano, o que não gostava na escola era a bagunça dos guris, atrapalhava para aprender, os colegas, os colegas eram chatos. Se pudesse mudar alguma coisa na escola era a educação dos alunos (E11).

O que mais gosto na escola são os amigos e as aulas de Português. Não gosto de alguns professores que não dão limite aos alunos, deixando que atrapalhem a aula e não se consegue entender. Acho que os professores tem medo dos alunos. Na escola, precisaria ter pessoas para auxiliar os alunos, orientar, são verdadeiros vândalos, quebram cadeiras, brigam, é difícil prestar atenção (E6).

- O Medo e a Violência Frequentam a Escola

A educação não está agindo como um elemento protetor da violência pois o ambiente da sala de aula, conforme os relatos, não é propício a aprendizagem, há agressão, indisciplina, falta de limites, medo no relacionamento entre alunos e professores.

Uma das escolas do bairro é percebida pela população como um local perigoso para seus filhos, já houve situações em que o diretor foi agredido por alunos ou seus pais, os alunos foram agredidos ou baleados na saída da escola e a escola sofreu depredações e invasão por gangues.

A relação da comunidade com as escolas tem apresentado episódios de danos ao prédio e as pessoas, roubos de materiais, pichações.

Segundo Stroili (2001), como a figura do professor é a representação da autoridade, se os alunos o percebem fragilizado a relação fica muito difícil e chega a interferir sobre o conteúdo de aprendizagem trabalhado. A violência e a agressividade expressam a falta de aceitação das regras e limites, as incoerências de valores, regras e expectativas entre escola, família e sociedade.

Uma pesquisa realizada em escolas públicas nos bairros periféricos de Campinas, buscando compreender as dimensões e significados dos episódios de depredação e violência, para jovens de 13 a 17 anos, apontou cinco elementos com grande repercussão sobre esses fenômenos:

- A falta de consciência ética e de cidadania acerca dos direitos destes jovens no convívio com seus grupos sociais de referência, resultando na falta de consciência de si mesmo, do outro e do bem público;
- A banalização das relações humanas, em especial dos meios de comunicação;
- A falta de perspectiva de futuro profissional gratificante, levando a uma desvalorização do estudo;
- O sentimento de “não pertencer” aos grupos de referência, gerando revolta, raiva e impulsos destrutivos;
- O abandono dos prédios escolares e a falta de preparo de equipe educacional para lidar com o aluno adolescente e com as questões que lhe interessam e instigam sua curiosidade e sua busca de conhecimento.

A autora verificou que a abertura de espaços de escrita nas escolas, em função da pesquisa, numa investigação/intervenção, melhorou as relações entre os grupos de alunos e o vínculo destes com os professores, pela possibilidade de se expressar e ser entendido, respeitar e ser respeitado em suas manifestações.

Os alunos e suas famílias talvez não considerem o espaço público da escola como algo que também lhes pertença, conforme relato no PPP (NOVO HAMBURGO, 2006,) avaliado:

A ausência de locais de lazer no bairro remete à escola esta possibilidade, sendo uma constante a procura pelo espaço disponível. Isto gera um movimento de invasão à escola, demandando investimento em manutenção de forma contínua. [...] Este movimento os remete a dois aspectos, que possibilitariam um estudo sociológico interessante. Se a depredação ocorre, provavelmente os alunos não se identificam com o espaço, não tem apropriação; por outro lado, a depredação perpassa pelo desejo e sentido humano de demarcação do espaço, do território.

Em outra escola, os relatos dos alunos apontam para o consumo de drogas ilícitas no interior do ginásio de esportes e nos banheiros. No acompanhamento clínico de uma adolescente usuária de crack, ela relatou que deixava a escola durante o período de aulas, para consumo da droga e retornava na saída da escola, não tendo o fato sido percebido pelos professores, ou, segundo ela, “nem deram atenção”. Entende-se que, mesmo na transgressão, o aluno está aguardando o olhar

do professor para dar um limite, apoiá-lo, assumir a função do cuidado e da orientação.

A violência também contribui para afastar crianças e adolescentes da escola e se manifesta de diferentes maneiras.

De acordo com o relatório *Aprender Sem Medo: a Campanha Global para Acabar com a Violência nas Escolas*, divulgado em 2008 pela Plan International, organização não governamental de origem inglesa voltada para a defesa dos direitos da infância e para o combate à violência e aos abusos contra crianças em todo o mundo, 84% dos 12 mil estudantes ouvidos em seis estados do Brasil apontam a existência de violência na sua escola. A pesquisa revelou ainda que 70% desses estudantes afirmaram ter sido vítimas de violência na escola e um terço deles disse estar envolvido em bullying, seja como agressor ou vítima. O bullying é um conjunto de atitudes agressivas, intencionais e repetidas, adotadas por um ou mais estudantes contra outros, em geral mais frágeis ou em situação desfavorável em relação aos agressores. Segundo o estudo *Sistemas de Notificação e Detecção da Violência em Escolas Públicas*, a violência afeta três quartos das 4.150 escolas públicas de Educação Infantil e Ensino Fundamental pesquisadas, em 20 municípios brasileiros. A pesquisa foi iniciada em 2004 e concluída em 2006 pelo Centro de Referência às Vítimas de Violência (CNRVV), do Instituto Sedes Sapientiae, de São Paulo, com o apoio do UNICEF.

A forma mais frequente de agressão é a que ocorre entre alunos (66%). Já os tipos mais comuns de agressão dos adultos em relação às crianças e aos adolescentes são verbais: xingamentos (28%) e comentários pejorativos (20%) (UNICEF, 2009).

O que não gostava da escola era ter que ler alto, na frente dos colegas, porque davam risada, gaguejava, deu vontade de sair da escola. Gostava na escola de jogar futebol (E13).

Não gosto dos professores que exigiam decoreba, xingavam quando fazia perguntas e diziam: "Mas eu já expliquei, tu não está entendendo?" (E7).

Os professores considerados bons são destacados como o que há de melhor na escola.

Não gostava muito da escola, era muita confusão, muita briga com as colegas, falavam mal de minha família. Tinha professores chatos que não entendiam a gente, mas o que mais gostava na escola eram os professores bons (E12).

O que acho melhor e pior na escola são os bons e maus professores (E4).

- Promovendo a Saúde na Escola

Molina (1991), em estudo sobre o esporte na escola, observou que os professores de Educação Física tinham dificuldade em relacionar sua prática com o contexto social, produzindo um ensino desprovido de reflexão, tendo uma visão funcionalista do esporte na escola desenvolvendo uma prática conservadora. Os professores destacavam a prevenção da saúde e do uso de drogas como as funções do esporte sobre as quais tinham maior clareza. Segundo o autor, a maior dificuldade dos professores é trabalhar com a liberdade de movimentos, daí o caráter disciplinar das práticas esportivas.

As conclusões do estudo, embora referidas ao ensino da Educação Física, podem se estender as outras áreas, definindo duas posições diferenciadas com relação à importância do esporte na escola para a sociedade: uma que faz a crítica ao caráter reprodutor do esporte na escola e outra que não se dá conta desta manipulação.

Na educação em saúde o professor também deve estar atento a não assumir esta função de reproduzir e manter conceitos e preconceitos, respeitando as diferenças culturais entre os alunos, mas trazendo a possibilidade de mudanças em seus hábitos e atitudes.

Nos cuidados à saúde dos alunos, a importância do professor é significativa, observando a adequação do crescimento e desenvolvimento dos alunos, suas dificuldades e aptidões, habilidades de relacionamento, capacidade de superação de dificuldades nas práticas desportivas.

Alguns agravos à saúde comuns na fase da adolescência, como os distúrbios nutricionais que levam a obesidade ou desnutrição podem ser abordados em parceria com os profissionais de saúde.

O lazer e a prática de esportes são fundamentais para o desenvolvimento da criança e do adolescente, pois, além de fazer bem à saúde, estimulam a aprendizagem, ampliam seu universo cultural, desenvolvem suas potencialidades e favorecem o relacionamento social, proporcionando condições para uma vida com mais qualidade. Por meio das atividades

esportivas e de lazer, é possível trabalhar a afetividade, as percepções, a expressão, o raciocínio e a criatividade das crianças e dos adolescentes. Assim, eles passam a ter mais controle sobre seu corpo e melhoram a capacidade de brincar em grupo e de fazer amigos. Além disso, conseguem aprender valores e habilidades necessários para a vida em sociedade, como o respeito a regras e limites, a aceitação da vitória ou da derrota e a importância da solidariedade. Por isso, o esporte é uma ferramenta eficiente de complemento à educação, aumentando o interesse e o desempenho na escola, além de ajudar a combater problemas como a violência doméstica, o trabalho infantil e a exploração sexual, e a promover a inclusão social e o respeito à diversidade. No entanto, as condições para a prática esportiva ainda são precárias no país. Segundo o Censo Escolar 2007, apenas 25% das escolas de Educação Básica brasileiras mantêm quadras para a prática de esportes. E, na maior parte das instituições que dispõem desses recursos, o acesso é limitado às aulas de Educação Física previstas no currículo. (UNICEF, 2009).

As condições materiais precárias das escolas não são objeto de críticas entre os alunos que vivem na periferia urbana, onde os equipamentos sociais são escassos, assim como as atividades culturais, esportivas e de lazer.

Perguntadas sobre o que mudariam na escola, não se destacaram as reivindicações quanto às condições materiais das escolas, como instalações melhores, equipamentos, computadores, mais áreas de esporte ou lazer. As atividades extra-curriculares, principalmente lúdicas, são solicitadas e elogiadas.

Algumas entrevistadas falaram sobre a merenda, que nas séries iniciais é oferecida em na rede pública e a partir da 5ª série não é disponível em todas as escolas, mostrando a importância da suplementação alimentar na escola para alguns alunos.

O que mais gosto na escola são os amigos e depois a disciplina de matemática. Antes da gravidez, gostava de jogar vôlei. Deixaria a escola com mais conforto, como ventiladores que não fizessem tanto barulho, do resto gosto (E1).

O que menos gosto são as colegas chatas e a merenda que é pouca. Acho que a escola deveria oferecer atividades que chamem a atenção, como dança, um recreio animado, com música (E2).

O que mais gosto na escola é quando passam filmes, não gosto da aula começar muito cedo e não ter merenda. Não frequento a Escola Aberta porque tem que pagar passagem para ir até a escola. Gostaria que a escola oferecesse atividades como música (E3).

Há uma expectativa de que o professor resolva problemas com sua autoridade, que interfira nos desentendimentos e crie uma situação de harmonia na escola, mas se expressa a compreensão de que as contradições, a violência e as dificuldades vividas fora da escola ali se reproduzem.

Algumas adolescentes criticam os limites impostos ou questionam a postura do professor ao ensinar:

Gosto da escola, menos por alguns professores que implicam porque converso demais e tenho opiniões, sou teimosa (E5).

Não gosto da bagunça na escola, os colegas só falta quebrar tudo, tomam conta se o professor é legal e muitos não tem autoridade, outros tem medo ou pena dos alunos (E15).

As declarações estão de acordo com o que é observado no PPP, referindo-se à motivação maior dos alunos, quando estes estão envolvidos no planejamento de atividades.

Constata-se que em atividades que os alunos planejam conjuntamente com os professores, realizando o planejado, o resultado, o envolvimento é muito positivo, constituindo-se como elemento de identidade e co-responsabilidade. Esta base, para novas construções, necessita ser fortalecida no currículo escolar. Nota-se que, nestes momentos, os alunos e alunas colocam para o professor seus conhecimentos e habilidades, sendo muito difícil ocorrer enfrentamentos por questões disciplinares. Já no espaço sala de aula, grande maioria dos alunos e alunas colocam-se na posição de ouvintes, copiantes, escreventes, passivos, ao invés de produtores de saberes, de relações, de análises, etc., apenas reproduzindo comportamentos. (NOVO HAMBURGO, 2006).

Professores que responderam a uma pesquisa em Nova Iorque, sobre o papel do professor na promoção da saúde dos adolescentes, reconheceram a escola como local importante para desenvolver diálogos sobre saúde, participavam de discussões sobre saúde e também eram solicitados a auxiliar em problemas pessoais relacionados a saúde de seus alunos. Expressaram habilidade para a abordagem de problemas de saúde mental, comportamental e de saúde reprodutiva dos alunos, mas desejavam complementar seus conhecimentos com oficinas. Para melhorar as interações entre alunos e professores na promoção da saúde, é importante desenvolver a capacidade e segurança dos professores a respeito dos assuntos de saúde dos adolescentes (COHALL, 2007).

A avaliação feita pelo PPP:

A questão do espaço é complexa: espaço enquanto ocupação num tempo e lugar e espaço como forma de propiciar a tomada de iniciativa, a ação que possibilitará um desenvolvimento pedagógico. São ações individuais e coletivas, ambas em relação direta e inversa. O conhecimento, objetivo da instituição escola, deve perpassar pelos nossos objetivos de ensino e aprendizagem. A humanização, como resgate da identidade da escola, tanto de alunos, como da comunidade, de professores e funcionários está

desestruturada pelas relações sociais que ali se desenrolam. Sujeitos que se constituem em situações diferenciadas se relacionam diariamente materializando conflitos entre estes. Tornar estas diferenças um movimento positivo e produtivo de ações coletivas que construam este espaço de convivência, pode ser encarado como um grande desafio (NOVO HAMBURGO, 2006).

Os professores, conforme demonstrado neste PPP, sentem-se tolhidos em desenvolver suas potencialidades no trabalho com os alunos, reconhecendo as limitações materiais das escolas e as condições precárias da vida das famílias. Mesmo assim, esta compreensão da realidade é toldada pelas críticas à pouca colaboração das famílias, ao comportamento desinteressado ou agressivo dos alunos.

Os profissionais que trabalham com as populações mais desassistidas, além de enfrentar as dificuldades externas, materiais, lutam contra a descrença nas mudanças desta realidade adversa. Convivem com sucessivos planos, projetos e programas oficiais que pretendem impactar a vida de diversos segmentos populacionais, mas que sofrem alterações a cada administração pública ou na submissão a liberação de verbas.

Entende-se que a modificação impactante nas condições de vida está relacionada a transformação do modelo socioeconômico predominante, que privilegia o capital e concede melhorias em serviços de educação e saúde, como a facilitação de acesso ao denominado usuário dos serviços, sem realmente permitir a plena realização da cidadania.

Observa-se que os professores necessitam estar preparados para uma escola que é responsável pela formação ampla de seus alunos, tentando compensar as dificuldades que estes trazem, decorrentes do contexto socioeconômico onde se incluem e de suas características individuais.

- Escola e Professores que a Realidade da Educação Pública Oferece

Minasi (2008), em sua tese doutoral, apresentada na Faculdade de Educação da UFRGS, enfatiza que

[...] a exigência de escolas de qualidade social configura-se hoje como valor a ser incorporado em qualquer proposta educacional que tenha como horizonte a inclusão social. As crianças, jovens e adultos que integram as diferentes camadas da população desprovidas de bens materiais essenciais ao seu trabalho têm também sido expurgadas de seus direitos como cidadãos brasileiros. As atitudes governamentais de descaso e desrespeito

atingem não só a população estudantil, mas bastante seriamente os trabalhadores da educação. A situação hoje vivida por todos os profissionais que atuam na área da educação mostra não haver qualquer reconhecimento destes profissionais, como mostram os indicadores dos problemas: esvaziamento dos cursos de formação básica, tratamento inadequado e insuficiente da educação continuada, condições inadequadas de trabalho, salários indignos, indefinição de carreira, entre outros. Torna-se cada vez mais crítica a necessidade de se assegurar uma educação com níveis adequados de qualidade, que garanta o acesso ao saber, a adequada preparação para a inserção no mundo do trabalho e, desse modo, a cidadania para cada brasileiro, independente da localidade em que tenha nascido ou da camada social de que faça parte.

A educação em saúde na educação formal, particularmente, na área da saúde reprodutiva, que seja efetiva e se reflita nas condições de vida das adolescentes, depende de uma escola atuante, com professores que tenham condições materiais e espirituais de trabalhar, que seja percebida pelos alunos como um local de ensino e aprendizagem, de cultura, além do reconhecido papel de sociabilização e estabelecimento de relações.

Há investimentos de recursos econômicos e de formação de pessoal dispendidos em variados projetos, que mudam a cada administração federal, estadual ou municipal, em ambientes extra-escolares.

Mesmo reconhecendo a importância destes projetos, é evidente que maiores recursos aplicados na escola, na carreira dos professores, conhecedores das comunidades onde estão inseridos e das necessidades e possibilidades dos alunos trariam benefício e maior segurança na continuidade da formação proposta aos alunos e professores.

4.4.2 Ir Embora da Escola: a vida que acontece lá fora

Entre as adolescentes entrevistadas, os principais motivos para parar de estudar foram a falta de interesse no estudo, a ocorrência de gravidez e do nascimento de um filho, além dos compromissos domésticos decorrentes do casamento; com menor representação a necessidade de trabalhar para o sustento da família, que é assumida pelo marido ou pela família de origem, enquanto a adolescente prioriza os cuidados com o filho.

- Casamento, Gravidez, Cuidar da Casa e do Filho Como Fator de Afastamento da Escola

Em torno de 14 milhões de adolescentes se tornam mães, a cada ano, no mundo, variado de 1% no Japão a 53% na Nigéria a proporção de mulheres que tem seu primeiro filho até os 18 anos de idade.

No Brasil, cerca de um milhão de adolescentes ficam grávidas a cada ano, sendo o parto a principal causa de internação das adolescentes no sistema público de saúde.

A gravidez na adolescência como uma das principais causas de evasão escolar está de acordo com o estudo Situação Educacional dos Jovens Brasileiros na Faixa Etária de 15 a 17 anos: 1,6% das meninas desse grupo que estudam são mães. Entre as jovens que estão fora da sala de aula, o índice é de 28,8% ,sugerindo que a evasão e o abandono podem estar relacionados à gravidez na adolescência, em especial entre as jovens de famílias de baixa renda (UNICEF, 2009).

A evasão escolar devido à gravidez entre as adolescentes tem sido relevante em diversos países.

Em Cuba, apesar dos esforços realizados na área da educação e promoção da saúde, estudos com adolescentes que freqüentam uma policlínica em Havana demonstraram que a maioria deles mantinham comportamentos de risco em relação a sexualidade que levaram a gestações não-planejadas, casamentos, divórcios e separações entre os jovens, incorporação precoce à vida laboral e abandono dos estudos (ALVAREZ, 2004).

No Chile, que apresentou um decréscimo notável na natalidade a partir da década de 1960, com o uso progressivo de anticoncepcionais, o número de nascidos vivos de mães adolescentes menores de 15 anos tem aumentado significativamente, muitas vezes levando ao abandono da escola e mostrando a necessidade de ter acesso à educação sexual antes do início da adolescência (SIÑA, VALDIVIESO e PINO, 2003).

Entre as adolescentes que freqüentam um ambulatório de ginecologia em Campinas, no Estado de São Paulo, com média de idade de 16 anos, 33 por cento relataram evasão escolar (COSTA-PAIVA, 2004).

A instrução formal adequada á idade e características de cada jovem constitui importante fonte de informação sobre sexualidade, gravidez, procriação, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Os governos, juntamente com outras instituições e a mídia, têm um papel a desempenhar no melhoramento da possibilidade das mulheres se protegerem contra a gravidez não desejada e as doenças sexualmente transmissíveis (ALLAN GUTTMACHER INSTITUTE, 2000).

- A Escola Acolhe a Adolescente Grávida ou com Filhos?

Uma ação integrada entre a escola, serviços de saúde e famílias pode auxiliar na manutenção das adolescentes grávidas e com filhos pequenos freqüentando a escola. Esta idéia deve ser disseminada nas consultas de pré-natal e da criança, incentivando o auxílio de familiares no cuidado da criança no horário de aula, o acolhimento da escola para liberar horários para a amamentação. Na área das políticas públicas, devem ser priorizadas as vagas em creches e escolas de Educação Infantil para crianças cujas mães estejam freqüentando a escola.

Há resistência entre as adolescentes em continuar na escola, para além das dificuldades apresentadas no ambiente escolar. A valorização da maternidade como o principal objetivo na vida, necessidade de trabalho para o sustento do filho e medo em deixar o filho com outras pessoas são alguns motivos citados para o afastamento dos estudos. Pelas características da pouca idade das mães, há intervenções freqüentes dos familiares, considerando-as incapazes de se responsabilizar pelos cuidados com o filho. O serviço de saúde e a escola têm papel importante na capacitação e empoderamento destas adolescentes para que se sintam seguras de desempenhar as funções maternas e darem continuidade a outros projetos de vida.

No Grupo de Mães Adolescentes houve relato de escolas que sugeriram que a mãe voltasse a estudar depois que o bebê fosse desmamado, ou que a mãe estudasse no turno da noite, assim como poucas tiveram orientação sobre a licença-maternidade para estudantes.

Poucos sistemas educacionais têm condições previstas para acomodar as jovens grávidas, mães e seus filhos, nas atividades normais da escola. Independente do meio social ou cultural, desejada ou não, a gravidez desempenha papel fundamental na determinação das futuras oportunidades da jovem. A falta de recursos pessoais e familiares e adequados equipamentos sociais de suporte

dificultam o exercício da maternidade entre as adolescentes, principalmente entre as mais pobres (SILVA, 2001).

Não obstante a gravidez na adolescência ser um evento frequente, com maior incidência entre as jovens mais pobres, a tendência é que a grávida deixe a escola. Entre os relatos das adolescentes que permaneceram na escola durante a gravidez, surgiu a sensação de estranhamento pela sua presença, levando ao afastamento de um trajeto escolar que em algumas situações já apresentava reprovações e falta de interesse:

E9 deixou de estudar durante a gravidez. Sentia-se envergonhada por ser a única estudante grávida na escola:

Estava na 5ª série, as colegas eram muito novinhas, eu tinha 14 anos. Não gostava dos olhares das pessoas, a maioria era de reprovação, umas mães me olhavam como se eu fosse contaminar as filhas delas. Mas os professores e as colegas me apoiavam (E9).

Não gostava de ir na aula quando estava grávida, era a única na escola, as outras param de estudar. A vice-diretora pegou no meu pé, não deixava eu ficar com o meu namorado no recreio, não podia encostar nele, ela vinha: “olha que tem criança pequena por perto (E10).

Quando estava grávida os professores tratavam diferente, não me sentia bem na escola. Tem muita gente preconceituosa, diziam que fiquei grávida pra segurar marido (E12).

Entre as adolescentes que deixaram a escola em função da gravidez, também não houve busca por parte de algumas escolas, ao não retornarem, mesmo deixando de estudar no decorrer do ano letivo.

Estava cursando a 6ª quando parei, devido a gravidez. Não fui procurada pela escola ao deixar as aulas. Não quero voltar a estudar, quero dar mais atenção para o meu filho e depois trabalhar (E11).

Além da classe social, que determina dificuldades em manter a escolarização, a questão de gênero também está presente, nas limitações que têm em sua vida cotidiana, na exploração de seu trabalho no ambiente doméstico, no relacionamento com pais, maridos e namorados, muitas vezes responsáveis pela interrupção da escolaridade das adolescentes.

E13 parou de estudar porque casou:

Ele (o marido) deixa estudar mas é ciumento, acho chato ir para a escola porque não vai dar pra conversar com ninguém. Casamento no início é assim. E é cansativo estudar e fazer todo trabalho de casa e quero ficar grávida já faz um ano, vou consultar para fazer tratamento para engravidar (E13).

A gravidez também influenciou a escolaridade dos maridos das adolescentes, pois todos os que estavam estudando saíram da escola para trabalhar e sustentar a nova família.

Entretanto, em relação ao gênero, as mulheres apresentam maior escolaridade e adequação aos estudos do que os homens. Segundo a análise Ipea/Pnad 2007, a taxa de frequência líquida no Ensino Médio é de 53,8% para as mulheres, enquanto entre os homens é de 42,4%.

O abandono da escola em razão da necessidade de trabalhar para ajudar na renda familiar fica evidente quando se analisa a taxa de escolarização dos adolescentes ocupados e não ocupados. De acordo com a Pnad 2007, dos adolescentes de 15 a 17 anos que trabalham, apenas 21,8% estão na escola (UNICEF, 2009).

Nas perguntas da entrevista referentes ao processo de saída da escola pelas adolescentes, não foi identificado um papel efetivo do Estado em manter as adolescentes na escola, que poderia se materializar pela busca dos alunos que não retornam à escola, avaliação dos motivos do abandono, acolhimento das alunas em situação específica como gravidez ou amamentação.

Parei de estudar durante a 8ª série, só por preguiça. não queria mais estudar, não adiantava ir a aula e gazar. A mãe aconselhou, mas acha que as vezes os filhos tem que cair para aprender. Quero estudar mais tarde, fazer supletivo porque é mais rápido e depois fazer uns cursos para trabalhar. Não fui procurada pela escola quando parei de estudar. A dificuldade para voltar a estudar é que estou grávida (E7).

Parei de estudar no ano passado, repetindo a 6ª. Parei de estudar porque me casei, mudei de casa e a escola ficou longe. Quando parei de estudar, a escola não me procurou para retornar, apenas disse que fosse buscar o histórico (E4).

Há pouca disponibilidade de tempo por parte dos professores para além das atividades na escola, realizarem visitas domiciliares aos alunos faltosos, dificuldade em se deslocar até as moradias, frequentemente em regiões que apresentam insegurança, territórios demarcados pelo tráfico de drogas onde os profissionais de educação, assim como os da saúde e segurança, são vistos como representantes de um Estado punitivo e repressor.

A presença de professores em busca de alunos que estão fora da escola já foi considerada como atraindo uma atenção indesejável para locais que abrigam foragidos da justiça e pontos de venda de drogas. Em relato de participantes de um

projeto municipal que levava atividades de brinquedoteca a uma das vilas do bairro, as professoras identificaram famílias com filhos fora da escola. A circulação de pessoas estranhas na vila, no caso os responsáveis pelo projeto, em visitas domiciliares às famílias dos estudantes faltosos, desagradaram alguns moradores, originando ameaças aos participantes do projeto e sua posterior retirada do local.

Quando acontece a procura do aluno que se afastou e a identificação do motivo que levou ao afastamento, a escola necessita criar estratégias, oferecer alternativas que possibilitem sua volta, numa reestruturação que tenha como objetivo primordial trazer o aluno de volta à escola, pelo que isto significa na proteção social e promoção de uma perspectiva de vida melhor para o adolescente.

Fui procurada pela escola quando parei de estudar. Gostaria de voltar, sinto falta de escrever e ler. É difícil por causa do nenê, os professores disseram que pode levar junto, mas o que vou fazer se ele chorar e atrapalhar? Meu marido também quer voltar a estudar, acho que vamos fazer supletivo (E9).

- Estudar é Obrigação, é Direito, é Necessidade?

A Lei de Diretrizes e Bases (LDB) (BRASIL, 1996), em seu art. 5º, diz que:

[...] o acesso ao ensino fundamental é direito público subjetivo, podendo qualquer cidadão, grupo de cidadãos, associação comunitária, organização sindical, entidade de classe ou outra legalmente constituída, e, ainda, o Ministério Público, acionar o Poder Público para exigí-lo.

Já o art. 32 afirma que :

[...] o ensino fundamental obrigatório, com duração de 9 (nove) anos, gratuito na escola pública, iniciando-se aos 6 (seis) anos de idade, terá por objetivo a formação básica do cidadão, mediante: I - o desenvolvimento da capacidade de aprender, tendo como meios básicos o pleno domínio da leitura, da escrita e do cálculo; II - a compreensão do ambiente natural e social, do sistema político, da tecnologia, das artes e dos valores em que se fundamenta a sociedade; III - o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, tendo em vista a aquisição de conhecimentos e habilidades e a formação de atitudes e valores; IV - o fortalecimento dos vínculos de família, dos laços de solidariedade humana e de tolerância recíproca em que se assenta a vida social (Lei n.º 11.274/2006).(BRASIL, 1996),

A legislação educacional demonstra ter assimilado as necessidades educacionais da população e apresenta dispositivos que, se cumpridos, podem traçar um caminho seguro nessa direção. Porém é sabido que qualquer política a ser implantada nacionalmente exige não só vontade, mas determinação política do

poder executivo de realizar. Exige, principalmente, também, sensibilidade ante as demandas sociais e, nesse enfoque, demandas educacionais (MINASI, 2008).

Entre os adolescentes mais pobres, a obrigatoriedade referente ao ensino fundamental não é aplicada, mesmo entre as famílias que recebem complementação de renda do governo federal e teriam como contrapartida a manutenção dos filhos na escola.

De acordo com a LDB da Educação Nacional, o controle da frequência escolar é responsabilidade da escola.

Além disso, segundo o artigo 56 do Estatuto da Criança e do Adolescente, os dirigentes de escolas de ensino fundamental têm a obrigação de comunicar ao Conselho Tutelar (CT) os casos de maus-tratos envolvendo seus alunos, de reiteradas faltas injustificadas, evasão escolar e elevados níveis de repetência (ADITAL, 2008).

Os Conselhos Tutelares, sobrecarregados de atendimento a casos graves de violência física, abuso sexual e dependência de drogas entre os adolescentes, não têm como priorizar os casos de evasão escolar, sendo a obrigatoriedade da frequência a escola mais uma disposição legal de difícil execução. O Conselho Tutelar é utilizado como uma ameaça aos alunos que deixam a escola, ainda que não tenham estrutura para exercer o controle sobre a evasão escolar.

Deixei de estudar pela gravidez, me mudei, fiquei morando muito longe da escola, mais de uma hora de caminhada. Quando a mãe avisou que não ia voltar, a escola disse que era obrigado estudar ou iam chamar o Conselho Tutelar, mas não deu nada, não foram na minha casa (E13).

Os programas de complementação de renda exigem a frequência das crianças e adolescentes na escola, as faltas devem ser justificadas com atestados médicos, não havendo controle sobre o aproveitamento ou rendimento escolar.

A progressiva obrigatoriedade do Ensino Médio está prevista na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB). Para fazer com que a totalidade de crianças e jovens tenha acesso a esse nível de ensino, é preciso conseguir a universalização da conclusão do Ensino Fundamental, tanto para os estudantes que estão na idade correta quanto para os jovens e adultos que ainda não tiveram oportunidade de fazê-lo (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS para a INFÂNCIA – UNICEF, 2009).

- Voltar à Escola mais Tarde: a expectativa de estudar e trabalhar

Há defasagem escolar idade/série, sendo freqüente a presença de adolescentes nas séries iniciais. Muitos deixam a escola por se acharem deslocados em estudar com crianças e preferem aguardar alguns anos para um possível retorno na Educação de Jovens e Adultos (EJA) (PMNH, 2008).

Muitas adolescentes demonstraram a intenção de voltar à escola mais tarde, quando pudessem fazer supletivo e o curso seja mais rápido.

Os cursos supletivos, referidos pelos alunos como tendo carga horária menor e conteúdos reduzidos, são considerados como uma vantagem na progressão da vida estudantil. Esta possibilidade, inclusive, é um fator que deixa de ser alternativa a quem teve impedimentos de cursar a escola em tempo regular e passa a ser um projeto para os alunos, que se evidencia na diminuição da faixa etária das turmas de EJA relatada pelos professores.

Tanto os alunos como os pais não demonstram muita preocupação com reprovações, consideradas comuns desde o ingresso na escola. Ao contrário, a ausência de reprovações é citada como um fator de aptidão para o estudo, bom desempenho escolar, merecendo destaque dos pais quando se referem a um adolescente como “o que nunca rodou”, quase como uma exceção à expectativa da vida escolar.

As famílias apoiavam o estudo das adolescentes, trazendo suas próprias experiências de baixa escolaridade como causa para trabalhar em “chão de fábrica” (como se referem ao trabalho não qualificado na indústria calçadista), na informalidade ou empregos domésticos.

Vou continuar estudando, o pai não deixa largar, diz para eu não ser burra que nem ele (E15).

Mas o apoio não era suficiente para mantê-las na escola, frente às dificuldades econômicas e aceitavam que deixassem de estudar se não havia bom aproveitamento, como múltiplas reprovações ou desinteresse pelas atividades escolares.

As reprovações, quando muito repetidas, são apontadas como causa para a desistência da escola.

E14. completou a 5ª série, tem 3 reprovações:

Foram na minha casa, eu não queria que dissessem que estava grávida, iam jogar na minha cara, mas a mãe contou e a professora disse que se eu quisesse voltar a vaga tava lá. Não quero voltar a estudar, talvez supletivo.(E14)

Não gosto de estudar, preferia ficar em casa, a mãe dizia que precisava estudar, mas não aprendia nada, parei por causa da gravidez. (E14)

Segundo a avaliação do PPP (NOVO HAMBURGO, 2006) da escola:

Os pais esperam da escola a concretização de seus ideais, a expectativa de ascensão social, de poder, de crescimento, de educação, de moralidade. A escola representa ou é para os pais o maior centro, núcleo de cultura que eles tem acesso. Ao mesmo tempo, transferem para a escola, instituição legal, toda sua decepção e dificuldade social, demonstrando e reproduzindo comportamentos de imediatismo, transgredindo limites e valores que lhes assegurariam equiparidade social. Há dificuldade de compreender a gama de diferenciações, o individual dentro do coletivo, a inclusão. Responsabilizam a escola pelo comportamento e atitudes dos alunos. Os pais tem desejo de uma escola que garanta segurança, conhecimento e espaço organizado, porém isentam-se das co-responsabilidades nesta construção. A participação nos aspectos pedagógicos ocorre com alguma incidência, através dos questionamentos que as famílias fazem à equipe diretiva e aos professores. Muitas vezes os pais solicitam diretamente a interferência de alguém da equipe ao invés do professor, com receio de que haja algum enfrentamento do aluno/aluna com o professor. [...] Em contrapartida, as crianças e adolescentes, pelo seu modo de relacionar-se com o espaço da escola, demonstram perdas de referência, identidade, inserção social e educativa. Isto se traduz através da forma de utilização, apropriação e cuidado com o espaço físico, na sua linguagem verbal, gráfica e gestual, perpassando pelo aproveitamento e rendimento escolar.

O papel da família na educação, o pouco envolvimento ou participação é destacado no discurso da escola. No entanto, a participação como controle social também é criticada, se com isso a família pretender interferir nas normas da escola ou questioná-las.

Um estranhamento semelhante acontece nos serviços de saúde. Embora a participação popular seja um dos fundamentos na implementação do SUS, ainda é esperado que os cidadãos tenham uma postura passiva como clientela “paciente”.

Uma expressão frequentemente ouvida, nos locais de atenção à saúde, refere-se à suposta gratuidade dos serviços, que impediria qualquer reivindicação ou crítica por parte dos chamados usuários: “eles tem tudo de graça, o que querem reclamar? Demonstra-se o desconhecimento do direito à saúde, expresso na Constituição Federal há mais de vinte anos, que indica como princípios do SUS a integralidade, equidade, controle social, universalidade de acesso na assistência à saúde.

O direito à educação, assim como à saúde, ainda não ultrapassou a área da garantia legal para incorporar-se à consciência de parte da população, que muitas vezes vê seus filhos saírem da escola por carências econômicas, como não terem como pagar passagem ou material escolar ou por sucessivas reprovações atribuídas à incapacidade do aluno em aprender ou a problemas de saúde que interferem no aprendizado e se conforma com esta situação que, em algumas famílias, repete a experiência vivenciada por gerações anteriores.

A cadeia de causalidade no discurso dos professores fica sempre muito restrita à “culpa da família”, desconsiderando, entre outros fatores, as relações sociais mais amplas e revelando pouco conhecimento das políticas públicas de saúde e de educação voltadas para os/as jovens, bem como do poder exercido pelas mídias sobre os comportamentos e valores da juventude brasileira (SILVA, 2009).

Mesmo as adolescentes que deixaram a escola se identificam com o discurso de que é necessário estudar para ter um bom emprego, mas adiam o reinício dos estudos para quando o filho crescer, ou quando elas tiverem idade para freqüentar o “supletivo”

Parece haver falta de interesse na educação formal, ou pouca percepção da importância do conhecimento possibilitado pela escolarização formal, enquanto a expectativa dos jovens se volta aos cursos que capacitem para o trabalho e não são oferecidos nas escolas públicas de ensino fundamental, onde grande número dos adolescentes se encontra mesmo nas fases finais da adolescência.

Não se verifica uma avaliação crítica destes cursos, qual seu conteúdo, se eles são reconhecidos legalmente, se há mercado de trabalho para as qualificações propostas, o “fazer cursos” é referido como uma mudança de status do adolescente.

Ainda são altas as taxas de reprovação e abandono escolar no Brasil:

Essas altas taxas de reprovação têm um grande impacto na adequação idade-série. Apesar de passar em média aproximadamente dez anos na escola, os estudantes brasileiros completam com sucesso pouco mais de sete séries, portanto menos do que a escolaridade obrigatória. [...] Apenas 64% das crianças conseguem finalizar o Ensino Fundamental com a idade esperada, 14 anos. As que concluem o Ensino Médio com 17 anos são menos ainda, 47%, de acordo com o estudo Situação Educacional dos Jovens Brasileiros na Faixa Etária de 15 a 17 anos. [...] Também é elevada a quantidade de crianças e jovens que abandonam a escola antes de concluir os estudos. De acordo com o Censo Escolar 2007, 4,8% dos alunos abandonaram a escola antes de completar o Ensino Fundamental e 13,2% antes de concluir o Ensino Médio (UNICEF, 2009).

A característica de gerações anteriores, de que estudos, conhecimentos e diploma sempre abriam acesso a melhores condições de vida e realização não é mais uma constante na economia globalizada atual. O jovem pode ver menos significado na escola regular, que não o conduziria a uma maior qualificação para o mercado de trabalho.

Diz Stroili (2001): Assim como o trabalho alienado pode por em risco a saúde mental e física dos jovens, o “estudo alienado” pode demover do jovem a capacidade de valorização do conhecimento como forma de estruturação psíquica e social do ser humano.

Há expectativa de cursar o “supletivo”, entendido como uma maneira mais rápida de obter a escolaridade pretendida, em geral o Ensino Fundamental.

O plano de vida das adolescentes de trabalhar e estudar terá como um dos obstáculos a dificuldade na conciliação dos horários. O trabalho aparece como prioridade, levando a atrasos em chegar á escola, perda de aulas e pouco tempo para estudar e realizar as tarefas escolares. As escolas permitem que os alunos se atrasem ou saiam mais cedo das aulas para que não sejam prejudicados no trabalho.

Siqueira (2004) em seu estudo sobre os jovens que estudam e trabalham nos traz a indagação de que, se a escola se submete ao mundo do trabalho, por que o trabalho é contraditório ao estudo? E demonstra que isto acontece porque os jovens e as pessoas em geral acreditam que o estudo os ajudará a sair da miséria material e intelectual. Como o trabalho predomina na vida dos jovens, leva-os a pensar que o que atrapalha é o estudo e não o trabalho. Refere que, ao mesmo tempo que a mídia passa a idéia da valorização do estudo, o sistema solapa por dentro as possibilidades de os jovens mais necessitados irem avante em seus estudos.

Segundo Soares (2006), em estudo sobre os alunos egressos do EJA (Ensino de Jovens e Adultos), estes colocam o estudo como necessário para arrumarem emprego, se manterem no trabalho e terem uma vida digna. Relatam que o EJA modificou suas vidas em muitos aspectos, menos na condição prioritária, que é o aspecto econômico. Percebeu-se que as contradições presentes em suas condições de vida e trabalho são profundas e de difícil superação individual.

- A Escola é a Referência Cultural na Região Periférica Urbana

Coll (2003), catedrático de Psicologia da Educação no Departamento de Psicologia Evolutiva e da Educação na Universidade de Barcelona, Espanha, que foi consultor do MEC na elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais, refere que;

Na escola, especialmente no Ensino Fundamental, encontramos limitações que nos impedem de satisfazer às necessidades formativas e de educação de todas as crianças. Fenômenos como o fracasso escolar, o abandono, o absenteísmo estão amplamente documentados em todos os sistemas educativos. [...] Creio que o que é realmente novo é a idéia de que as reformas educativas implantadas do último terço do século XX, por mais que as mudemos, não vão fazer muito para superar estas carências em educação. É a percepção de que o problema não pode ser superado simplesmente com mudanças curriculares ou no material didático - podemos seguir melhorando esses pontos, mas a idéia é de que há algo na organização dos sistemas educativos atuais que impede, de algum forma, que se chegue à satisfação das necessidades educativas da sociedade. [...] Ao longo do século XX, as sociedades ocidentais reduziram o conjunto de cenários, práticas e agentes educativos à educação escolar. A escola tem que cuidar de absolutamente tudo: ensinar a ler e escrever, ensinar o gosto pela leitura, despertar a sensibilidade, adaptar-se às novas tecnologias, tem que abraçar todos os temas transversais - a educação para a saúde, a educação sexual, tem que educar para a solidariedade. E cada novo programa que aparece imediatamente é a sua próxima missão. [...] Mas há outros fatores que estão por trás desse círculo perverso e da perda do protagonismo escolar, o surgimento de novas sociedades e agentes educativos. As escolas seguem com a responsabilidade de transmitir todos os valores, todas as informações que consideramos ter relevância para as crianças e jovens, quando é óbvio que cada vez mais há novos sistemas e novos agentes educativos que têm influência não apenas em nível de valores, mas também na aquisição de informações, através de meios de comunicação como a televisão e principalmente a Internet, possibilitando o desenvolvimento de cenários educativos que dão acesso a uma grande quantidade de informações que não respondem ao esperado pelo sistema escolar, mas que na prática atuam como cenários e como agentes educativos - ou deseducativos.

Observamos que a escola, na comunidade em que desenvolvemos a pesquisa, permanece com a centralidade na área da educação, pois a internet ainda é pouco disponível para esta população; a televisão em canais abertos tem um papel na aquisição de informações e valores, mas não está capacitada ao desempenho real de atividades educativas.

Nas classes sociais mais elevadas, cremos que estes novos cenários educativos já são presença influente, evidenciando mais um fator de desigualdade

na formação dos jovens e que determinará sua colocação no mundo do trabalho em diferentes níveis, de acordo com a classe social.

Entre as expectativas de trabalho, as adolescentes entrevistadas referem atividades pouco diferem das exercidas por seus pais, embora apresentem maior escolaridade que eles.

Existe um movimento no Brasil, chamado Todos pela Educação, formado por representantes da sociedade civil e da iniciativa privada, além de organizações sociais, educadores e gestores públicos, com o objetivo de garantir o cumprimento do direito a uma educação de qualidade para todos os brasileiros até 2022, ano do bicentenário da Independência do Brasil. Este movimento estabeleceu cinco metas, monitoradas por meio dos indicadores oficiais disponíveis e pelas quais se orientam os participantes ao desenvolver as ações. As metas são as seguintes: toda criança e jovem de 4 a 17 anos na escola; toda criança plenamente alfabetizada até os 8 anos; todo aluno com aprendizado adequado à sua série; todo jovem com Ensino Médio concluído até os 19 anos; e investimento em educação ampliado e bem gerido.

Este movimento lembra o programa “Saúde para Todos no Ano 2000” idealizado pela Organização Mundial da Saúde, que não alcançou o ambicioso objetivo. Traçar metas é importante para orientar ações, mas é também necessária uma perspectiva crítica da realidade da educação pública no Brasil.

Professores com baixos salários, famílias que não conseguem manter seus adolescentes na escola porque precisam de seu auxílio para manter a família, jovens que não vêem sentido em continuar estudando ou não podem conciliar com a escola as atribuições de trabalho e cuidados com os filhos, escolas encravadas em regiões violentas sofrendo o assédio dos traficantes de drogas, fazem parte do cotidiano de alunos e professores. Além do esforço para cumprir metas, a compreensão da origem dos problemas e obstáculos a escolarização é fundamental.

4.4.3 Representações Sobre a Adolescência

Durante a adolescência, as mudanças de ordem emocional são de extrema importância, como o desenvolvimento da auto-estima e da autocrítica; questionamento dos valores dos pais e da sociedade em geral. Estas mudanças são tão essenciais quanto as transformações físicas apresentadas a partir da puberdade.

Há maior autonomia nas relações sociais, sem a exigência de responsabilidades da vida adulta. O período da adolescência permite o delineamento da identidade sexual, familiar e laboral, parte de um processo de amadurecimento e aprendizado de vida.

Poder viver este período o mais plenamente em todas as suas dimensões, com suporte familiar, econômico e social facilitará ao adolescente superar as dificuldades que se apresentem e assumir a vida adulta.

Entretanto, as desigualdades da nossa sociedade estão manifestas nas representações da adolescência, na duração deste período e na maneira como vivem os adolescentes das diferentes classes sociais.

A adolescência nas classes populares, influenciada principalmente pela participação no mundo do trabalho e pela maternidade e paternidade precoces, levando a responsabilidades e experiências de vida adulta, tem uma duração mais breve que nas classes mais abastadas, entretanto as representações são semelhantes, influenciadas e veiculadas pela mídia, pela propaganda de artigos de consumo voltadas aos jovens, pelos grupos que se formam aglutinados por gostos musicais, práticas esportivas ou culturais.

Os referenciais das jovens entrevistadas para o conceito de adolescência são influenciados pela representação da adolescência presente nas classes média e alta, como um período onde estão presentes uma maior liberdade em relação à família, inovação, diversão, poucas responsabilidades e o estudo como principal ocupação.

Entre as entrevistadas, observa-se a diferença entre as adolescentes que têm uma organização familiar que lhes dá apoio, estudam, têm planos profissionais e acadêmicos, que referem a adolescência como uma fase de descobertas e inovações; e as adolescentes que já se colocam como participantes de um mundo adulto com exigências que talvez sua imaturidade não lhes permita cumprir.

Adolescência é saber aproveitar a vida, a minha está começando agora, que os pais deixam sair e tem mais diálogo (E3).

Adolescência é quando a gente se junta com pessoas da mesma idade, faz coisas novas. Pra mim a adolescência começou aos 12 anos (E6).

Adolescência é a fase de fazer burradas, as pessoas compreendem, depois dos 15 começa a amadurecer. Aos 11 anos comecei a sair, namorar (E9).

As modificações físicas e sociais próprias da puberdade definem as percepções sobre o início da adolescência e o surgimento de eventos como a maternidade podem significar o seu fim, como definido por algumas adolescentes que são mães.

A reflexão sobre o significado de ser adolescente, provocada pela entrevista, revela que, na faixa da adolescência inicial, algumas meninas ainda se consideram crianças, embora tenham a vivência e responsabilidades adultas, como aconteceu com E11, com 13 anos, que disse, enquanto conversava e amamentava seu bebê:

Nem me acho adolescente, me acho criança, pra mim adolescência é lá pelos 16 anos. Minhas amigas e primas dizem que sou nova mas também querem ter seus nenês logo (E11).

A sensação de ser criança está associada ao brincar, jogar, divertir-se:

Não gosto de não poder fazer Educação Física devido a gravidez. Gosto de jogar bola, meu marido brigava comigo porque eu não deixava de jogar, dizia que eu não deixava de ser criança (E15).

Na adolescência ocorrem atitudes contraditórias, quando o jovem alterna a vontade e a aceitação de ser tratado como adulto ou como criança, em busca do entendimento sobre a fase em que se encontra.

O nascimento de um filho é considerado como um fato positivo, que vai levar a constituição de uma nova família, valorizado principalmente quando a formação familiar original já não era presente para a jovem; mesmo assim, representa o final de um ciclo vivenciado como época de alegria, irresponsabilidade, diversão.

Nem sei definir o que é adolescência, mas a minha acabou com o nascimento da filha, me sinto uma mulher adulta (E8).

Algumas percepções trazem referências negativas ou de dificuldades ao atravessar esta fase da vida, se não se sentem apoiadas.

Nestas situações, quando falta o suporte familiar, torna-se mais visível a necessidade da ação de organizações voltadas a população adolescente, que criem condições de desenvolvimento saudável, enfrentamento de situações problemáticas, acolhimento e encaminhamento para as múltiplas demandas de quem atravessa uma fase de transformações profundas.

As ações preventivas são fundamentais, a partir da identificação da realidade dos grupos com que se trabalha nas áreas da educação e saúde.

A sensação de não ser vista nem ouvida quando necessitava apoio materno, e a expectativa de compensar esta falta com o seu próprio filho está expressa neste depoimento:

Tive dificuldade para saber as coisas da adolescência, não tinha com quem conversar, a mãe falou pouco, sobre menstruação e que não era para eu namorar cedo, mas eu comecei a namorar e ela nem viu, já estava envolvida com a gravidez dela. Eu perdi de ser adolescente, aproveitar a vida, mas agora penso em ensinar o bebê, dar carinho, dar o que eu não tive (E15).

Um ciclo de experiências que se repetem é observado no atendimento às mães adolescentes, quando suas próprias mães também vivenciaram a gravidez na adolescência. As diferentes gerações não estão bem definidas, o que se reflete com frequência na interferência excessiva da jovem avó na criação do neto e na dificuldade da mãe em exercer com segurança sua função materna junto ao filho.

Um resultado que pode acontecer a partir desta interferência é o abandono do bebê aos cuidados da avó e a tentativa da adolescente em realizar as vivências que não usufruiu pela maternidade precoce.

As adolescentes relatam a falta de informações sobre saúde por parte da família, com a indicação da mãe como a pessoa mais importante a fornecer (ou não) as orientações para as adolescentes.

A menstruação é sinalizada como o evento que dá início à adolescência.

Adolescência é mistura de criança e adulto, ebulição de hormônios, época de experimentar. Iniciei a adolescência na menstruação (E5).

A menarca (ocorrência da primeira menstruação) é o tema principal sobre o qual as meninas tem alguma informação, mas ainda se encontram depoimentos que indicam a precariedade do diálogo na família:

Acho que a adolescência começou com a menstruação, na véspera de completar 11 anos. A mãe tinha dito que um dia iria sangrar, não explicou mais nada. Quando menstruei, estava brincando, fiquei assustada, então a avó explicou e a mãe disse que só poderia namorar com 15 anos (E1).

A saída da infância pressupõe o contato com os problemas prevalentes na comunidade como violência e abuso de drogas.

Adolescência pra mim eu entendo como complicação. Minha adolescência começou no ano passado, o que foi marcante foi que minha irmã se envolveu com drogas(E17)

Experiências como a gravidez e casamento na adolescência são fenômenos comuns na comunidade. As mães, ao orientar as filhas para evitarem uma gravidez precoce, na maioria das vezes, estão falando a partir da sua própria experiência.

A entrada na vida adulta se fez pelo casamento ou nascimento do filho, às vezes antes que a sensação de ser adolescente se concretizasse:

Adolescência é aproveitar a vida, parece que a gente quer se mandar, sempre me achava certa, depois que casei vi que a mãe tinha razão, é bom mas é muita responsabilidade, trabalho (E13).

Não me sinto adolescente, que pode fazer o que quer eu não posso porque sou casada. Mas prefiro assim, apanhava muito da madrasta (E15).

A maior precocidade no início das relações sexuais é uma constante em todos os países. Na Turquia, um estudo entre adolescentes de um mesmo grau de escolaridade mostrou que, no período de sete anos, o índice de jovens que tiveram experiência sexual dobrou, de 11% para 22%.(YAMAZHAN et al, 2007).Em Portugal, a idade média de início das relações sexuais é de 16 anos, sendo a média de 15 anos nos países europeus.

No Brasil, na faixa etária de 13 a 15 anos, 30% dos adolescentes já tiveram relações sexuais. Em muitos casos, a união precoce vai acontecer, mesmo sem a presença de uma gravidez. Os jovens que já são responsáveis pelo seu sustento deixam a família, assim como a escola, para iniciar novos núcleos familiares:

Adolescência é se achar mais solta, dona da verdade, não escutar pai e mãe. Me senti adolescente entre os 12 e 13 anos. Aos 13 comecei a namorar e 6 meses depois fui morar com o namorado (E7).

Nas classes mais favorecidas, verifica-se a trajetória inversa: os jovens prolongam sua permanência na casa dos pais, mesmo com condições econômicas para viverem sozinhos.

Na década de 80 do século XX, conforme definição de Pagnocelli de Souza, o que caracterizava a finalização da adolescência era estabelecer uma identidade

estável; aceitar sua sexualidade e se ajustar gradativamente ao papel sexual adulto; se tornar independente dos pais e fazer a escolha de uma vocação e uma profissão.

Atualmente, na primeira década do século XXI, que mostram tanto a prorrogação da adolescência como sua abreviação, em relação estreita com as classes sociais a que os jovens pertencem, convivemos com realidades diversas,

[...] quando nas classes sociais marginalizadas encontramos avós cuidando sozinhas dos netos, pois o avô não está muito em casa, e os pais das crianças, adolescentes ainda, estão nas ruas. A passagem da infância ao mundo adulto, nesses espaços, é muito rápida (OUTEIRAL, 2008, p. 173).

Quando a escola aborda a saúde na adolescência, segundo Meyer e Soares (2008)

[...] em esquemas tradicionais de livro didático por exemplo, que dividem o corpo em partes trabalhadas conforme a série: cabeça, tronco e membros na 4ª série; órgãos e sentidos na 5ª série; meio ambiente na 6ª série e assim por diante, por que incluímos a temática sexualidade em nossas aulas somente a partir da 7ª série? Será porque é nessa idade que a voz encorpa, o corpo muda, a menstruação chega, os hormônios estão em ebulição, enfim os jovens estão “descobrimdo” a sexualidade? Deve conhecer para que adolescente está falando, que necessidades e experiências terá durante sua provavelmente curta adolescência, antes de ingressar precocemente num mundo adulto onde os conhecimentos adquiridos na escola poderão melhorar suas condições de vida.

No depoimento de E9, é presente o sentimento de que a escola precisa capacitar seus alunos na área da saúde reprodutiva e que muitos deles, no momento que a escola considera adequado, no final do ensino fundamental, não estarão lá para aprender:

Na escola não foi falado [...] (gravidez, anticoncepcional, doenças) aprendi com a mãe e no pré-natal. A escola fala muito tarde, na 8ª, 7ª série, as pessoas deviam estar lá com 14 anos, mas muita gente não está, nem vai chegar. Tem que ser pela idade, com 11 anos começar a falar com as adolescentes. Minha mãe me criou para ser uma mulher, fazer de tudo, não depender dos outros. Vejo gurias que não fazem nada, nem lavar a roupa delas, eu me sinto adulta (E9).

4.4.4 O Que se Aprende na Escola e Para Além Dela Informações Sobre Adolescência e Métodos Anticonceptivos

Numa visão histórica, a entrada da educação em saúde na escola aconteceu na perspectiva higienista, enfatizando a transmissão de noções de limpeza e cuidados pessoais com o corpo.

Nas escolas localizadas em regiões de pobreza, com estrutura sanitária deficiente, com alunos vivendo em habitações precárias, facilitando a disseminação de doenças infecto- parasitárias, a demanda dos professores por orientações na área de higiene ainda se fazem presentes. Entretanto, as orientações sanitárias precisam levar em consideração as condições socioeconômicas dos alunos, serem adequadas a sua realidade.

A compreensão de que o ambiente é determinante na produção de saúde propicia a que os alunos e suas famílias promovam e reivindiquem mudanças em suas comunidades, estabelecendo as relações entre as condições de vida e a promoção da saúde.

A solicitação por parte da escola da presença dos profissionais da saúde para tratar dos temas de higiene é uma oportunidade de ampliar a abordagem, trazendo a conceituação ampliada da saúde com seus diversos determinantes e a importância de ações conjuntas com o aluno, a família e a comunidade para um resultado mais efetivo na melhoria das condições de saúde, a partir da concretização das políticas sociais.

Para formalizar o aporte de conhecimentos em saúde no currículo escolar, foi criada a disciplina Programas de Saúde - de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases para o ensino de primeiro e segundo graus no Brasil – Lei 5692 de 11 de agosto de 1971, que sistematizava e organizava a Educação em Saúde na escola; ressaltando-se a orientação de incluir a educação sexual apenas no ensino de segundo grau.

O advento da AIDS no final da década de 1980 trouxe para o debate da sociedade a necessidade e importância da discussão da temática da sexualidade, tendo a escola, por iniciativa dos professores e mais tarde pelas diretrizes para uma Política Educacional em Sexualidade, incluído orientações de prevenção da doença presente nos currículos. Por ações conjuntas de organizações governamentais e

não – governamentais tem sido produzido farto material didático como cartilhas e folhetos explicativos com temas referentes a sexualidade e educação sexual.

A partir de 1996, os Parâmetros Curriculares Nacionais colocaram a transversalização de vários temas a ser abordados nas disciplinas do ensino fundamental e médio, entre eles a Saúde e Orientação Sexual.

Os temas fazem parte do currículo, mas a proposta é que possam ser desenvolvidos em várias oportunidades, conforme o interesse e a contextualização das aulas.

A presença dos temas relacionados à saúde reprodutiva nos programas não representa uma garantia de que o assunto será abordado, especialmente da forma aberta e participativa necessária para despertar o interesse dos adolescentes, mas é indicativo de um espaço possível a ser ocupado por profissionais motivados e capacitados na abordagem.

A competência da escola, segundo Azevedo, é complementar o que se inicia no lar, procurando suprir lacunas, combater preconceitos e rever questões distorcidas. Este desempenho da escola pode ser de difícil execução em situações onde estão presentes tabus, conceitos religiosos arraigados, rigidez ou autoritarismo exacerbado nas famílias.

A interação família – escola é fundamental na criação de um ambiente encorajador que possibilite levantar dúvidas e questionamentos. Mas tanto a família, a escola como a sociedade podem oferecer este estímulo ou obstruir a trajetória de descobertas (AZEVEDO, 2001).

O chamado “fracasso escolar” é outro motivo importante de solicitação e intervenção do setor saúde na escola. O desempenho escolar insatisfatório, dificuldades de aprendizagem, atraso e evasão escolar, problemas de adaptação, de concentração, agressividade e violência se constituem em motivo de encaminhamento aos serviços de saúde, ganhando uma abordagem clínica com explicações biológicas, que pode ser real em alguns casos, mas não expressa a maioria das situações.

A expressiva quantidade de encaminhamentos a profissionais de saúde como médicos pediatras, psiquiatras e neurologistas, psicólogos e terapeutas familiares em busca de solução aos problemas apresentados pelos alunos evidencia a necessidade da organização de equipes interdisciplinares que possam avaliar e

compreender o aluno em uma perspectiva mais abrangente, retirando o foco do fracasso para sua atenção integral na escola.

Os serviços organizados desta forma seriam parte da educação em saúde por envolver ativamente seus participantes, sendo preciso conhecer a dinâmica educacional para buscar soluções e propostas que melhorem as probabilidades de ensino e aprendizagem.

Os adolescentes são os mais afetados pelo processo de exclusão escolar, numa instituição escola cuja estrutura e ideologia contribui para o afastamento do aluno na fase de transformações e busca de identidade.

Por outro lado, os professores, especialmente os que atuam nas zonas periféricas das cidades, se deparam com a violência na escola e seu entorno, convivem diretamente com os problemas trazidos pelos alunos e suas famílias, são convocados pela realidade a assumir múltiplas funções que extrapolam a atividade de ensino na sala de aula; tentam compensar toda uma rede de profissionais que deveria participar da comunidade escolar: psicólogos, terapeutas familiares, médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicopedagogos.

Sentem-se fragilizados pela sua própria condição de trabalhadores com dificuldades econômicas, obstáculos ao aperfeiçoamento acadêmico, falta de estrutura material para desempenharem plenamente sua função de educadores.

A ligação entre a vida cotidiana dos alunos no seu contexto sociocultural e a organização do currículo pode redefinir o sentido e o papel da escola, criando condições para a produção e acesso a novos saberes e ao conhecimento socialmente produzido e sistematizado (SILVA, ROCHA e KATZ, 2008).

Os Parâmetros Curriculares Nacionais, com seus temas transversais saúde e orientação sexual, a serem trabalhados em todas as disciplinas, prevê a aplicação dos conteúdos na aprendizagem e sua utilização na prática de vida dos alunos.

Estes temas são relevantes na fase de intensas transformações da adolescência e se desenvolvidos de maneira participativa terão impacto na saúde dos adolescentes, capacitando-os na prevenção de doenças e promoção da saúde.

Tanto entre as adolescentes que estão na escola como entre as que não mais a frequentam, observa-se falta de informações sobre saúde, particularmente sobre saúde reprodutiva e métodos anticonceptivos.

- Falando Sobre Saúde na Aula de Ciências

Verificamos nas respostas das entrevistas que as aulas com a temática de saúde na adolescência, na escola, na quase totalidade, estão concentradas nas aulas de Ciências.

Foi falado sobre a adolescência nas aulas de Ciências e Religião, na 7ª e 8ª série, mas só ouvi. As palestras foram mais sobre drogas. (E17)

Citamos o conteúdo curricular de Ciências da 7ª série de uma escola do bairro estudado, no qual há abrangência dos principais assuntos relativos à saúde na adolescência, conforme as propostas dos PCN e do marco Teórico em Saúde Reprodutiva.

A aplicação destes conteúdos do currículo de Ciências, com as adaptações de sua aplicação à faixa etária, a partir das séries iniciais, desenvolveria uma construção de conhecimentos mais sedimentado. Se a aplicação for feita de forma a suscitem pesquisas, elaboração de materiais informativos, adequação a realidade dos alunos, resolução de problemas referentes à adolescência propiciariam um conhecimento compatível com as necessidades dos adolescentes.

A assimilação das informações é avaliada quando se constata que os adolescentes adquirem o manejo das situações que vão surgindo em sua vida ao utilizar os conhecimentos adquiridos.

A abordagem das questões de saúde reprodutiva realizada na disciplina de ciências na 7ª série, conforme o PPP (NOVO HAMBURGO, 2006), contemplaria os seguintes componentes curriculares:

Objetivo geral: reconhecer-se como sujeito sexuado, com características próprias da hereditariedade e dos efeitos da cultura, constituído por processos complexos e permanentes de transformações orgânicas e culturais, determinantes de modo de ser e de agir. [...] Alguns conhecimentos, habilidades e competências esperados: Valorizar o cuidado com o próprio corpo, com atenção para o desenvolvimento da sexualidade e para os bons hábitos de vida, considerando as especificidades de gênero, de idade, de etnia, de credo, de condições econômicas, problematizando as representações de 'modelo-padrão' e de "normalidade". [...] Reconhecer a responsabilidade da paternidade/maternidade, propondo-se a agir conscientemente sobre os riscos de uma gravidez inoportuna. [...] Identificar alguns aspectos sobre o desenvolvimento fetal, valorizando a importância dos cuidados do período pré e pós-natal, como período estruturante da vida do novo ser. Discutir planejamento familiar, buscando informações sobre os principais métodos contraceptivos assim como medidas de prevenção e tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Aproximar-se

de informações sobre a problemática da AIDS, desmistificando o preconceito em relação ao portador de HIV. Apropriar-se de informações sobre engenharia genética e reprodução humana, discutindo seus efeitos, os interesses políticos e as questões éticas. Identificar os efeitos das drogas no organismo e nas relações humanas, buscando adotar posturas pessoais e comportamentos sociais que lhe permitam viver numa relação construtiva consigo e com os outros. Desenvolver opinião crítica sobre as práticas abortivas e a prostituição, considerando os preceitos éticos de valorização da vida.

Reconhecendo-se que os temas curriculares devem servir como uma referência aos temas trabalhados em aula, atravessando várias disciplinas e mesmo atividades extra-curriculares, pela complexidade e extensão deveriam ser desenvolvidos em parceria com os serviços de saúde. Esta parceria pode acontecer tanto pelo desenvolvimento de educação permanente com os profissionais da educação como em contato direto com os alunos, em oficinas, grupos de discussão, palestras e participação em eventos como feiras de saúde.

A produção de material educativo em saúde pelos alunos pode auxiliar na circulação de informações na escola numa linguagem acessível e abordando temas de interesse, sugeridos pelos mesmos.

Alguns dos temas presentes nos currículos e PCN não foram identificados como parte dos conhecimentos referidos pelas adolescentes que haviam estudado nas escolas do bairro.

A ausência ou deficiência dos conhecimentos pode ter ocorrido porque não foram abordados todos os temas previstos ou o foram de maneira que não impactou na aquisição e fixação dos conceitos. Entende-se que as aulas sobre saúde na escola não trouxeram um ganho de qualidade nas informações de que dispunham as adolescentes.

Não se configurou uma sistematização do conhecimento nem houve relatos de problematização ocorrida na aula sobre questões emergentes nesta faixa etária, tais como as transformações corporais, relacionamentos afetivos, limites impostos pela família.

Estas questões estão presentes nas solicitações habituais da escola para as intervenções dos profissionais de saúde junto aos alunos, portanto parece haver uma lacuna entre o cotidiano do aprendizado na escola e as pontuais colaborações do serviço de saúde. Há resultados mais positivos, maior efetividade do trabalho de educação em saúde quando acontece produção de dúvidas e questionamentos dos

alunos sobre suas vivências e a interface entre os diversos atores que circulam e agem na educação.

O afastamento do professor quando a equipe de saúde comparece a escola também pode dar ao aluno a impressão (falsa) de uma dicotomia entre o que compete à saúde e à educação, quando o principal motivo da participação na escola é articular uma ligação entre a escola e a unidade de saúde que propicie a troca de saberes e o trânsito todos os locais que tem o adolescente como sujeito de suas intervenções.

A complementação dos conhecimentos na tríade professor/aluno/profissional de saúde enriquece culturalmente a todos e auxilia o adolescente a vencer suas barreiras e medos construídos na relação com o serviço de saúde.

A família também se beneficia com esta ampliação do conhecimento, pois a escola permanece como referência cultural para os adultos sem acesso a outras fontes de informação e com precariedades em sua própria educação formal. A escola, para eles, é a oportunidade que seus filhos têm de superar as condições de vida que os pais foram capazes de proporcionar e que visualizam como decorrentes da baixa escolaridade.

Quando o professor não se coloca na situação de participante das atividades e discussões sobre saúde, talvez isto ocorra porque ainda exista pouca apropriação do tema pelos professores, trazendo a necessidade de cursos ou capacitações, o que pode ser avaliado em cada escola, procurando valorizar todo o conhecimento disponível e as redes que se estabelecem com outros órgãos de atenção ao adolescente.

- As Palestras Informativas, Modelo Antigo que Persiste

Ainda persiste em algumas instituições a idéia de que há maior valorização pelos alunos e familiares de informações fornecidas por profissionais que não pertençam ao ambiente escolar, numa perspectiva que se torna fragmentada quando diferentes atores sociais agem junto ao adolescente, mas não se integram.

Não lembro de aulas que falassem da adolescência, apenas uma palestra sobre doenças, na 7ª série, com pessoa de fora da escola, uma enfermeira (E2).

A produção de saúde, como responsabilidade da sociedade, está presente em todas as ações de saúde propostas e executadas nos seus segmentos, destacando-se a escola como local preferencial para atividades com os adolescentes.

Sendo a maior escolaridade relacionada a maior aquisição de conhecimentos, figurando nas estatísticas de agravos à saúde da adolescência como inversamente proporcional à incidência de gravidez precoce, entre outras situações potencialmente adversas, surge a interrogação de como a escola está intervindo no processo de saúde – doença de seus alunos.

Vimos que aconteceram intervenções pontuais, diferentemente da orientação proposta nos PCN de transversalização em todas as disciplinas.

As intervenções são lembradas como acontecendo a partir da 5ª série, e a realização de algumas palestras com profissionais de saúde permanecem sendo os momentos de abordagem do tema da saúde, geralmente sob um enfoque biológico.

Não tive nada sobre saúde ou adolescência na escola, só de AIDS e agora esta doença nova (gripe A) (E16).

Foi falado sobre adolescência em Ciências e uma médica foi falar, na escola só se fala sobre adolescência da 5ª em diante (E4).

Quando abordada em outras disciplinas além de Ciências, a temática da adolescência foi pautada dependendo do interesse e da iniciativa do professor.

Na escola, na 7ª série tive aula de Ciências sobre sexualidade. Mas a professora de Geografia fez três aulas para tirarem dúvidas sobre adolescência, orientou sobre anticoncepcionais mas não disse onde poderiam buscar, que havia em alguns postos, mas não sabia em qual. Busquei informações sobre adolescência com os professores e em livros na biblioteca da escola, onde também li sobre gravidez e cuidados com o bebê. Não perguntei para familiares, um pouco com amigas (E1).

As adolescentes muitas vezes não lembram o que foi falado, não vinculam as falas em sala de aula com a sua realidade ou não compreendem a linguagem utilizada nas aulas, que utiliza termos e definições que necessitariam adaptações ao vocabulário de que as alunas dispõem.

Na 6ª e na 7ª série tive aulas que falavam sobre adolescência, também algumas palestras com enfermeira ou médico. Não lembro muito o que foi falado (E7).

- É Proibido Falar

Alguns projetos sobre a temática da adolescência foram interrompidos, por serem considerados por alguns pais e professores como estímulo ao início das relações sexuais:

Um professor iniciou um projeto sobre adolescência, mas uns professores acharam que iria estimular a começar a ter relações e não foi adiante (E3).

Na 5ª série foi falado sobre adolescência na escola, a professora de Ciências levou um filme sobre parto normal, mas muitos pais reclamaram, não aceitaram. Se não aprender na escola, muitos não tem onde aprender (E9).

Ao contrário, a informação adequada, acontecendo na família, na escola e na sociedade, além do avanço na escolarização, são fatores que postergam a gravidez, o casamento e o início precoce das relações sexuais, embora persista, em alguns pais ou professores, a idéia de que abordar temas de sexualidade pode antecipar ou estimular o início da vida sexual ativa entre os alunos.

Em estudo comparativo sobre adolescência e sexualidade nos Estados Unidos e Holanda, se destacam resultados importantes. Na Holanda, que possui as menores taxas do mundo de gravidez na adolescência, aborto e fecundidade, existe uma política que promove a aceitação da sexualidade dos adolescentes, facilitando o acesso aos contraceptivos. Além disso, os pais são amparados pelos provedores de cuidados de saúde, educadores e políticos quanto ao tema da sexualidade e seu exercício pelos adolescentes. Nos Estados Unidos, ao contrário, promove-se a abstinência sexual e o medo dos perigos que o exercício sexual pode comportar, estratégias pouco exitosas frente aos altos índices de gravidez e aborto. Tais resultados apontam a importância em desmistificar a sexualidade dos adolescentes e jovens como problema a ser solucionado a partir da proibição e do controle. O exercício da sexualidade pautado por conhecimentos e contando com a interlocução entre os jovens, seus pais, profissionais da saúde e da educação, resulta em práticas sexuais mais responsáveis, refletindo positivamente no uso de métodos contraceptivos, nas taxas de fecundidade e na proteção às DSTs/HIV. É possível concluir que existem situações de vulnerabilidade no uso dos métodos contraceptivos pelos adolescentes, uma vez que não se alteram as desigualdades de gênero e os obstáculos sociais para uma regulação da sexualidade que leve em conta o aprendizado da autonomia e da responsabilidade no exercício sexual. É preciso romper, através dos esforços políticos, assistenciais e educacionais, com as barreiras culturais que dificultam uma abertura maior da sociedade, nos serviços de saúde, nas escolas e no âmbito familiar, para que o tema seja trabalhado de maneira menos preconceituosa, para que a iniciação sexual não seja mais um processo repleto de silêncios, não-ditos e reprovação moral. (ALVES; BRANDÃO, 2009.)

Os professores, ampliando também a teoria e a prática das ações de saúde, facilitariam a circulação dos adolescentes pelo serviço de saúde, orientando para a presença em grupos e consultas onde pudessem acompanhar e avaliar a trajetória dos alunos nos caminhos da educação e atenção em saúde. A discussão conjunta de situações e problemas traria um ganho qualitativo ao atendimento aos adolescentes, com impacto positivo no seu desenvolvimento.

- Abrindo Espaço Para o Diálogo

A proximidade territorial entre as escolas e os serviços de saúde precisa avançar a uma real aproximação pelo diálogo e pelo avanço no conhecimento das condições de vida dos alunos e nas possibilidades de mudança protagonizadas por todos que a eles têm acesso.

Ao procurar os temas que mais mobilizam a atenção dos pais, refere o PPP da escola, em pesquisa realizada pelos professores:

Entre os assuntos citados que as famílias gostariam de ter mais conhecimento, destacam-se: o jovem e as drogas (44%), relacionamento familiar (28%), saúde na infância (23%) e sexualidade (12%) (PMNH, 2006).

Na abordagem das questões de saúde reprodutiva, que tratam de afeto, intimidade e relacionamentos, é fundamental que os adolescentes participem com a possibilidade de resolver suas dúvidas, ter apoio em suas decisões e sejam entendidos de acordo com as diferentes fases da adolescência que estejam atravessando. Numa mesma sala de aula, com idades próximas ou mesmo iguais, haverá grande diversidade entre os alunos, nas esferas biológicas, psíquicas, de experiências e de estruturas familiares, sociais, religiosas.

Não gostava dos professores que me tratavam como criança (E9).

Devemos nos perguntar sobre a efetiva capacidade dos docentes para desenvolverem com seus alunos e alunas um verdadeiro espaço de fala sobre os sentimentos, angústias e questões pessoais em torno da sexualidade humana. Deixando de lado as imposições legais que determinam que as escolas trabalhem questões relativas à sexualidade, às expectativas familiares existentes (ou não-

existentes) de que esta educação escolar da sexualidade aconteça, a verdade é que alunos e alunas trazem para casa uma demanda. Demanda de saber sobre si, sobre seu corpo, sobre o que fazer com ele, como dar sentido ao que já está fazendo. Na relação com alunos e alunas é necessário possibilitar que esses, a partir das informações recebidas e dos questionamentos ou das problematizações suscitados, realizem suas próprias escolhas, a partir das construções que podem fazer de um modo seu, único, de avaliar tais questões em suas vidas (QUARESMA, 2007).

Em muitos casos, as informações foram insuficientes ou foram transmitidas depois da ocorrência de fatos marcantes na vida das adolescentes, como a primeira menstruação, início das relações sexuais ou mesmo a gravidez e o nascimento de um filho.

Sobre adolescência, a escola a partir da 6ª série tem aulas de ciência que falam sobre tudo. Mas antes disso menstruei a primeira vez e fiquei muito assustada, a mãe não havia falado nada, tentei esconder e não fazia idéia do que era. Fiquei fechada no quarto e daí a mãe explicou (E6).

É recorrente a informação de que há um período fixado para começar a falar sobre sexualidade, entre a quinta e a sétima séries. Se não houver uma metodologia participativa, é mais difícil o envolvimento dos adolescentes e a conseqüente utilização das informações na vida cotidiana.

Foi falado sobre adolescência na aula de Ciências, na 5ª série, antes não podia.

- A Família Como Principal Fonte de Informação

A mãe, irmã e outras familiares femininas são citadas como principal fonte de informação para as adolescentes, reforçando a necessidade de participação dos familiares em atividades educativas, para que tenham segurança e consistência nas informações que venham a repassar às adolescentes.

Busco informações com a mãe, também em revistas, que leio no trabalho da mãe. Tenho internet em casa. Consultei no Posto quando iniciou a adolescência, fui sozinha (E3).

A mãe sempre explicou tudo, não tinha dúvidas. A mãe teve o primeiro filho com 14 anos. Também perguntei um pouco aos professores. Não acesso a internet. Fui ao Posto aos 13 anos, quando iniciei as relações. Vejo como problema precisar companhia de adulto para consultar (E5).

Todas as dúvidas foram explicadas pela mãe, que teve o 1º filho com 19 anos. Ela aconselhava a prevenir-se da gravidez. Quando ia a escola buscava informações sobre adolescência com amigos e fazia trabalhos com livros da escola, mas hoje pergunto as dúvidas ao marido (E8).

A mãe explicou tudo, eu até passava vergonha, deu camisinha para o meu namorado. Buscava informações com professores no núcleo extra-classe, revistas e livros de casa e na escola. Não tenho acesso a internet. Não procurei serviço de saúde ao iniciar a adolescência, mas quando iniciei a ter relações fui ao ginecologista, com a mãe, fiz pré-câncer, tinha uma doença, o HPV (E9).

A escola aparece nas entrevistas como alternativa quando não há receptividade ao assunto na família, quando a condição ideal é a complementação das atividades educativas por parte da família, escola e sociedade.

Os assuntos de adolescência tratei principalmente com a mãe, que explicou tudo. Além da mãe, me informei com livros da escola e livros de estudo dos irmãos. E também com amigas e amigos, mas não acreditava em tudo que diziam. Procurei a UBS depois de iniciar as relações, para fazer pré-câncer e consulta com ginecologista (E7).

A interação educativa da família e da escola traz como benefício adicional a possibilidade de identificar situações de violência, abusos físicos e psicológicos atingindo crianças e adolescentes, que demoram mais a surgir quando circunscritos a um ambiente doméstico fechado e sem diálogo.

Os temas abordados com os alunos repercutem no âmbito familiar, como no já consolidado exemplo da educação ambiental na escola levando aos cuidados com preservação da natureza, separação do lixo e campanhas pela reciclagem de materiais descartados.

A possibilidade de falar sobre seus problemas será bem aceita entre os adolescentes se estes tiverem assegurados seus direitos ao sigilo e privacidade.

Quando não há informação na família, as amigas e o namorado são referidos como as principais pessoas a quem as adolescentes procuram para obter esclarecimento sobre temas da adolescência.

Informações sobre adolescência tenho com o namorado, um pouco também com amigas. Muito raro acesso a internet, em lanhouse. Não leio jornais, revistas ou livros. Não procurei serviço de saúde no início da adolescência, nunca consultei, a dificuldade é que precisa ir acompanhada da mãe e tenho vergonha. Conheço comprimido, camisinha e injeção (E2).

A escola é uma referência que deve ser mais explorada com a utilização da biblioteca, disponibilização de material informativo, professores que abordem o assunto.

O estímulo à leitura, a frequência a biblioteca além da procura pelos livros obrigatórios, feiras de saúde, atividades com utilização da informática despertam o interesse dos alunos se houver uma programação atrativa em que eles possam se inserir.

Há adolescentes que raramente lêem, qualquer que seja o assunto. Entre as que já saíram da escola, a oportunidade perdida de despertar o interesse pela leitura dificilmente será recuperada.

Buscava informação com a mãe e a tia. Não lia, nem sei mexer em computador. Só consultei quando estava grávida (E14).

A presença de livros, revistas e jornais em casa foi rara entre as adolescentes entrevistadas. Sem o hábito de leitura formado na escola, somado à pouca disponibilidade econômica para adquirir material de leitura e ausência de biblioteca pública no bairro, perde-se assim um importante veículo para a educação, que poderia ser amplamente utilizado.

Frequentemente os livros e revistas da escola foram citados como fonte de informação. Torna-se interessante que as bibliotecas estejam organizadas e disponibilizem o acesso a livros para os adolescentes, mesmo os que já não freqüentam a escola.

Só perguntava as dúvidas para a mãe, sogra e agora para o marido. Lia livros na escola, em casa não tenho. Às vezes vou na lan-house, entro no Orkut, quando ia na aula fazia pesquisa. Não fui no médico para tomar anticoncepcional, uma amiga deu, amigas explicaram porque tinha vergonha de falar com a mãe, tomei só uma vez. A professora dizia que era importante tomar (E13).

Busco informações com as amigas, as gurias só o que falam é dos guris. E em jornais: a escola tem jornais na sala de aula e eu e as colegas lemos matérias que tratem de sexo, adolescência. Acesso a internet nos finais de semana, para bate papo, em lanhouse. Não conheço sites para informação (E6).

- A Díficil Trajetória ao Serviço de Saúde

É importante haver mais objetividade ao falar sobre a anticoncepção: onde consultar, onde retirar o anticoncepcional. O encaminhamento por parte da escola aos serviços de saúde pode dar mais segurança a adolescente, um apoio a busca pela consulta.

A pouca procura ao serviço de saúde ocorre por vergonha, pela exigência de um acompanhante adulto em muitos serviços, embora o atendimento ao adolescente esteja assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente.

Não fui no Posto, quando comecei a ter relações a mãe deu o nome do anticoncepcional e o namorado comprou na farmácia. Só consultei no pré-natal. Sentia vergonha de ser examinada (E11).

Entre os adolescentes matriculados numa UBS em São Paulo, os amigos foram apontados como os principais interlocutores dos adolescentes quando conversam sobre sexo, mas quando as questões eram consideradas mais complexas, os profissionais de saúde e professores eram mais procurados. Os pais foram referidos por 20 por cento dos adolescentes como fonte de esclarecimento de dúvidas. Conclui-se que todos esses sujeitos devem ser agregados como partícipes das ações de promoção das ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes (BORGES, NICHATA, SHOR, 2006).

Em estudo realizado com adolescentes grávidas no México, estas percebiam como barreiras de acesso aos serviços de saúde os longos tempos de espera pela consulta e o custo do transporte para ir ao centro de atendimento. A falta de informações adequadas sobre saúde reprodutiva também foram destaque nesta pesquisa, numa realidade similar à brasileira. A maioria das entrevistadas era consciente da problemática de estar grávida na adolescência, sendo este período propício a desenvolver atividades de reflexão e orientação em planejamento familiar, buscando o método anticonceptivo que melhor se adaptaria às adolescentes na prevenção de uma nova gravidez.

Entre as sugestões apresentadas, está a utilização do tempo de espera para aplicação de programas de educação (ROCHA, 2005).

Não houve diferença significativa quanto à idade de início das relações sexuais entre os jovens entrevistados em 1998 e 2005, entretanto houve aumento significativo do uso do preservativo na primeira relação sexual em relações estáveis (48,5 por cento em 1998 vs. 67,7 por cento em 2005) e casuais (47,2 por cento em

1998 e 62,2 por cento em 2005). O adiamento do início da vida sexual é mais freqüente em jovens mais escolarizados e deve estar incluído na educação dos adolescentes para sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (PAIVA, 2008).

A trajetória para a consulta, para obter os anticoncepcionais e utilizá-los adequadamente pode ser difícil, se a autonomia da adolescente não for estimulada e respeitada, pela família e pelos serviços de saúde.

Mesmo adolescentes que procuram o serviço de saúde não concretizam a expectativa da anticoncepção, como aconteceu com E1, de 16 anos, que tem um filho:

A mãe levou ao médico, que receitou anticoncepcional para regular a menstruação, quando o padrasto viu o que era não deixou tomar. E a mãe não contrariou o padrasto. A mãe não é de conversar, explicar. Fui novamente ao ginecologista com o pai, antes de ter relações, mas o pai não comprou a medicação; em nenhum dos locais (UBS) fui encaminhada para retirar o anticoncepcional, só receita (E1).

O acompanhamento aos adolescentes precisa ser individualizado, conhecendo-se suas características, o relacionamento com a família, possibilitando a discussão dos problemas e incentivando a autonomia.

Nos serviços de saúde pressionados por uma demanda elevada de doentes que não são atendidos na sua integralidade, a atenção aos adolescentes pode parecer secundária. A mobilização para implementar programas específicos de atendimento, que envolvam a escola e as unidades de saúde tem como motivação importante a prevenção para uma vida saudável, diminuindo a necessidade, no futuro, de investimentos em tratamentos curativos para doenças e agravos evitáveis. O argumento de melhor custo/benefício é prioridade para os gestores de saúde, que muitas vezes não estão tem entre suas prioridades a saúde da população, mas as ações e proposições que conduzam a manutenção de seus cargos e alianças políticas.

Procurei o Posto de Saúde no início da adolescência, no serviço de adolescentes, não tive dificuldade e sempre venho (E17).

A promoção da saúde e a prevenção de doenças devem ser a base dos modelos de atenção a saúde, sem deixar de atender a demanda das doenças.

Há dificuldade em mudar práticas e representações internalizadas, mas as parcerias entre Estado e sociedade civil, entre ações individuais e sociopolíticas, favorecem a construção ou adequação de comportamentos voltados a uma vida saudável, dependendo tanto de investimento macrossociais na educação, moradia e saúde como nas ações desenvolvidas nas escolas, com o olhar sensível às particularidades de cada aluno visto na sua complexidade de crescimento e transformações.

Uma atividade conjunta entre a escola e a UBS ressalta a importância da capacitação sobre adolescência para todos os profissionais envolvidos.

Os profissionais de saúde devem ampliar o conhecimento e a prática da educação, com metodologias que atraiam a participação dos adolescentes, realizadas em territórios onde eles se sintam à vontade

Conheço DIU (mãe usa), camisinha e comprimido. Tenho possibilidade de pegar camisinha nas UBS. Compro o Microvlar. Orientaram na escola que poderia pegar no Posto (E4).

Conheço os métodos: comprimido e camisinha. Fui orientada pela assistente social do posto, quando vinha buscar os comprimidos com as irmãs. As professoras também dizem que pode buscar anticoncepcional na UBS. Não tive dificuldades para consultar, sendo adolescente (E6).

- Consulta de Pré-natal: a visibilidade da adolescente durante a gravidez

O acompanhamento pré-natal aparece como primeiro contato com o serviço de saúde reprodutiva para algumas adolescentes que manifestaram dificuldades diversas em acessar o serviço antes da gravidez:

Na 5ª e 6ª série tive aula de Ciências, falavam de sexo e proteção. Mas acho que fui aprendendo tudo sozinha, a mãe não respondia nada, eu não perguntava pra mais ninguém, não lia. Só fui ao médico no pré-natal, tomava nada antes (E12).

As consultas de pré-natal ensejam oportunidades educativas como conhecer os métodos anticoncepcionais, as indicações mais adequadas às características das adolescentes, a escolha do método e o planejamento de sua futura utilização pela adolescente.

Para muitas adolescentes, a frequência aos serviços de saúde inicia ao ter o diagnóstico de gravidez. Em trabalho realizado por Sousa (2009), a variável número de gestações foi a única preditora para alto conhecimento objetivo em relação a

anticoncepcionais orais, significando que vivenciar uma gestação e o envolvimento da família, comunidade e serviços de saúde no período pré-natal aumenta o nível de informações de que a adolescente dispõe. A aceitação da gestante adolescente como participante de uma condição mais adulta como a gravidez faz emergir a discussão e participação em temas que não eram abordados anteriormente.

Se as adolescentes freqüentam ou já freqüentaram a escola, têm a possibilidade de acesso aos serviços públicos de saúde e não demonstram conhecimento suficiente sobre métodos anticoncepcionais, isto pode apontar para falhas nas políticas de saúde reprodutiva tanto no setor saúde como no educacional.

As oportunidades de disseminar informações sobre saúde reprodutiva e métodos anticoncepcionais nos ambientes da escola e do serviço de saúde não devem se restringir as aulas específicas sobre saúde ou às consultas especializadas, mas serem aproveitadas em todos os contatos com os adolescentes em que se observe o interesse ou necessidade destas informações.

Procurei a UBS , para fazer pré- cancer e consulta com ginecologista. Conheço os métodos, preservativo, comprimido, injeção, DIU, ligamento. A mãe orientou. Uma tia deu o nome do anticoncepcional, comprava na farmácia, sem receita ou consulta. Na escola, fui orientada a buscar comprimido na UBS (E7).

O acompanhamento pré-natal é um fator de proteção para nova gravidez não-planejada, a abordagem sobre anticoncepção é um tema que se torna necessário tanto nas consultas anteriores como no acompanhamento após o parto:

Só fui ao médico no pré-natal, tomava nada antes. Nunca fui no Posto por causa da adolescência. Conheço comprimido, camisinha, injeção, agora estou tomando injeção dada no Posto (E12).

Outros profissionais podem orientar a adolescente que procura a UBS, quando observa sua vulnerabilidade a uma gravidez não planejada. Um exemplo desta atitude pode ser o momento em que uma adolescente procura o serviço de saúde para realizar teste diagnóstico de gravidez. A profissional que agenda e recebe os exames, na Unidade de saúde, além de encaminhar as gestantes para o pré-natal, como é a rotina, oferece às adolescentes cujo exame foi negativo a possibilidade de encaminhá-la a uma consulta para orientação e possível prescrição de anticoncepcionais. Neste encaminhamento sempre precisa se observar a postura de respeito a autonomia da adolescente, proporcionando-lhe a chance de decidir

sobre as questões reprodutivas numa situação dialógica com os profissionais de saúde, onde a informação adequada permite decisões conscientes.

Nestas consultas observa-se que o uso do anticoncepcional é indicado para as adolescentes por amigas, familiares ou companheiro, levando a sua aquisição nas farmácias, sem prescrição ou orientação, possibilitando falhas ou efeitos colaterais do medicamento devido ao uso inadequado.

O receio, por parte da adolescente, de que os familiares ou outras pessoas saibam que está tomando anticoncepcional, por estar freqüentando o serviço de planejamento reprodutivo, é um fator que pode levar a interrupção da medicação ou mesmo a desistência de procurar a unidade de saúde:

Não fui no médico para tomar anticoncepcional, uma amiga deu, amigas explicaram porque tinha vergonha de falar com a mãe, tomei só uma vez. A professora dizia que era importante tomar (E13).

A abordagem das questões de saúde reprodutiva deve ser feita precocemente, adaptando-se o conteúdo e a linguagem utilizada de acordo com a fase de desenvolvimento físico e psicossocial dos adolescentes e, com isso, prevenir doenças e agravos e diminuir entre as adolescentes as gestações não planejadas e o pré-natal iniciado tardiamente.

Só consultei quando estava grávida. A mãe falou de anticoncepcional quando descobriu o namoro e me levou pra consultar, mas daí eu já estava grávida (E14).

Para maior efetividade, os programas de educação em saúde sexual devem ser desenvolvidos como um processo de colaboração entre famílias, profissionais de saúde, educadores, órgãos públicos e os próprios adolescentes (DELIGEOROGLOU, CHRISTOPOULOS, CREATSAS, 2006).

O início tardio do pré-natal também se deve a identificação da gravidez em fase avançada. As irregularidades menstruais são freqüentes na adolescência, as adolescentes muitas vezes não lembram a data das menstruações, desenvolvem reações de negação ao suspeitarem da gravidez, adiando o momento de revelar a situação à família ou ao namorado.

A dificuldade em procurar o serviço de saúde entre as adolescentes é constante, mesmo quando vivenciam uma gravidez planejada. Nesta fala, destaca-

se a noção de tempo que na adolescência tem outro significado (demora para engravidar), num sentimento de imediatismo em realizar a vontade de ser mãe.

Só vim no médico no pré-natal, tinha medo e vergonha de consultar. Não tomei comprimido, só tive um namorado, queria ter filho e custei a engravidar (6 meses) (E15).

Na adolescência é freqüente a ocorrência da gestação pela necessidade de testar a fertilidade, medo de não poder ter filhos, comprovar se as mudanças corporais observadas trazem consigo a capacidade reprodutiva.

O contexto cultural influencia quando a adolescente convive num meio em que gravidez adolescente é comum, uma experiência vivenciada pelas amigas e familiares e que dá destaque ao papel exercido pela maternidade como um plano de vida.

Tendo filho fica mais fácil, a família não pega no pé, a gente vira mulher, fica mais independente, tem sua vida (E15).

O relato de E16, com 13 anos, que buscou atendimento na UBS após realizar um teste de gravidez, com resultado negativo, demonstra que o início da vida sexual ocorreu sem que a adolescente tivesse o conhecimento sobre a prevenção da gravidez. Uma ação mais efetiva na escola poderá disseminar mais conhecimento e mesmo disponibilizar o acesso ao serviço de saúde. Quanto mais jovem a adolescente, mais possibilidade de que não tenha recebido orientação no ambiente escolar:

Só conheço comprimido de ouvir falar e nem sei como usa camisinha, mas meu namorado usava. Ele já tem um filho, então entende disso. Vou tomar comprimido, já que não estou grávida vou esperar mais (E16).

Conheço comprimido e camisinha, quem me orientou foram minha mãe e a médica. Na escola não foi falado sobre anticoncepcional (E17).

- Dúvidas Quanto a Anticoncepção

Poucas vezes se encontrará uma adolescente que não tenha qualquer conhecimento sobre os métodos anticoncepcionais existentes. Entretanto, o fato de conhecer os anticoncepcionais não significa que esteja fazendo uso dos mesmos ou planeje utilizá-los.

O uso correto dos anticoncepcionais por parte das adolescentes pressupõe uma orientação detalhada, esclarecimento de várias dúvidas, que passam pelo conhecimento anatômico e fisiológico do aparelho reprodutivo, possíveis efeitos colaterais, tabus e interdições culturais.

O relato de E10, que interrompeu o uso do anticoncepcional por um efeito colateral mostra as dificuldades das adolescentes lidarem com a medicação.

A avó explicou tudo. Mas também perguntava para uma professora, com quem gostava de conversar e para uma tia. A vó levou ao médico para tomar anticoncepcional, troquei muito, parei porque não menstruava. Tinha vergonha de ir no Posto (E10).

O acesso ao método anticoncepcional pode ser dificultado pela precariedade econômica, tornando essencial a sua disponibilidade nos serviços públicos de saúde.

Como processo educativo, o apoio da família e dos serviços de saúde e educação reforçam a informação disponibilizada, trazendo a discussão sobre o tema para a vivência cotidiana e multiplicando as ações de promoção da saúde.

O conhecimento sobre métodos anticonceptivos não determinará o seu uso pelos adolescentes se não forem acessíveis e de sua livre escolha (MARTINS, 2006).

- Conhecimento Sobre AIDS e Outras Doenças Sexualmente Transmissíveis

Este tema foi destacado como questão da pesquisa, dentre as outras informações sobre saúde, por entendermos que o conhecimento sobre AIDS deveria ser consistente, por ser objeto de intervenções junto aos jovens desde o início da epidemia de AIDS, na década de 1980.

A maioria dos textos voltados à saúde dos adolescentes, os conteúdos de aulas e palestras e as campanhas presentes na mídia privilegiam o tema da AIDS entre outras doenças, sejam ou não de transmissão sexual, enfatizando a prevenção pelo uso de preservativo, os meios de transmissão da doença, a aceitação e não-discriminação das pessoas que vivem com HIV/AIDS, os avanços das terapias e o prolongamento da vida dos doentes, enfatizando a melhor qualidade de vida que apresentam.

O uso de medicamentos nas mulheres grávidas portadoras do vírus HIV e o tratamento imediato do recém-nascido diminuiu drasticamente a incidência de crianças portadoras ou doentes, tendo um papel importante nesta diminuição a realização do exame para detecção do vírus na rotina do acompanhamento pré-natal.

Algumas situações de vulnerabilidade na adolescência, como a não-utilização de preservativos, às vezes relacionada ao abuso de álcool e outras drogas, aumentam as chances dos adolescentes de adquirirem a infecção por HIV. Outras vezes os jovens não usam o preservativo em "namoros firmes", justificando que seu uso pode gerar desconfiança em relação à fidelidade do casal.

Quase metade dos novos casos de AIDS ocorre entre os jovens com idade entre 15 e 24 anos. Considerando que a maioria dos doentes está na faixa dos 20 anos, conclui-se que a grande parte das infecções aconteceu no período da adolescência, uma vez que a doença pode ficar por longo tempo assintomática.

Atualmente, as mulheres representam quase metade dos jovens infectados.

Nos pacientes menores de 13 anos, a forma mais freqüente de transmissão é vertical, ou seja, ocorre no período gestacional, por contaminação da mãe.

Entre as mulheres maiores de 13 anos predomina a transmissão sexual (metade dos casos), seguida do contágio por uso de drogas injetáveis.

Entre os homens a transmissão por via sexual representa mais de 50% dos casos, sendo que a prática homossexual é responsável por cerca de 30% desses casos. O contágio por uso de drogas injetáveis representa cerca de 20% das infecções entre os homens.

Alguns fatores biológicos contribuem para o aumento da infecção entre as mulheres jovens, como a presença de células imaturas dentro da cavidade vaginal e no colo do útero que não impedem a infecção, como nas mulheres mais velhas. O grande número de DSTs assintomáticas, que faz com que grande parte dessas infecções não sejam tratadas, aumentam as chances de contrair o HIV.

O comportamento do adolescente é muito influenciado pela família, amigos, professores e principalmente pela mídia. Estes podem desempenhar um papel fundamental, e devem atuar aumentando a conscientização sobre as práticas que afetam a saúde do adolescente, como o abuso de drogas e de álcool e a prática do sexo inseguro (AIDS, 2008)

Há pouca informação sobre AIDS entre as adolescentes e ainda menos sobre as outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs).

O mesmo fator que leva a contaminação pela AIDS, a não-utilização do preservativo, possibilita a ocorrência das doenças sexualmente transmissíveis, principalmente o HPV (papiloma vírus humano), sífilis, gonorréia, clamídia e hepatite B.

A vacina contra a hepatite B é disponível na rede pública desde 1998 e realizada no primeiro mês de vida. A vacina contra o HPV tem prevista sua implantação na rede pública, ainda não realizada devido a seu alto custo.

Os exames para a detecção dessas doenças devem ser feitos logo no início do diagnóstico da infecção, incluem o exame preventivo do câncer de colo, exames para detecção da presença de clamídia, gonorréia, sífilis, herpes genital e hepatite B.

Destaca-se a importância do tratamento precoce das infecções, para evitar futuras complicações e diminuir a disseminação das doenças.

Os programas de educação em saúde precisam abordar estas doenças com os adolescentes e professores, enfatizando a prevenção, os sintomas clínicos, salientando que muitas destas doenças cursam sem apresentar sinais.

A freqüência aos exames preventivos, após o início da vida sexual ativa, contribui para o diagnóstico e tratamento precoce, estando os principais medicamentos acessíveis na rede pública.

Na escola, os temas principais nas aulas que tratam de adolescência e sexualidade são informações sobre AIDS e preservativo masculino.

Tenho informação só sobre AIDS, sei que não tem cura, uma tia morreu de AIDS. Na escola foi falado sobre usar camisinha (E4).

Das doenças, sei sobre AIDS, acho que tem cura. Prevenção das doenças, acho que usar camisinha, não compartilhar seringa (E2).

Entre as adolescentes entrevistadas, mesmo as que tinham algum conhecimento sobre as DST, não sabiam informar se há cura ou tratamento e quais sintomas levariam a pensar nestas doenças.

Sobre DST, só falaram sobre AIDS na escola, me informei sobre sífilis num folheto na UBS. Não foi falado sobre DST na escola, acho que os professores não sabem muito sobre isto,

precisam trazer gente de fora para falar e explicar mais. Acho que a camisinha previne as doenças (E5).

Tenho algumas informações sobre AIDS, sífilis, gonorréia. Acho que nenhuma destas doenças tem cura. A camisinha serve para prevenir as doenças. A mãe orientou sobre as doenças (E7).

Assim como aconteceu com o conhecimento sobre anticoncepcionais, as informações obtidas no pré-natal são relevantes, indicando este período em que as adolescentes freqüentam regularmente o serviço de saúde e tem uma atenção diferenciada como significativo na educação em saúde:

Tive informação sobre sífilis, hepatite B e AIDS na palestra da Vigilância, no pré-natal. Não tive orientação sobre DST antes da gravidez (E11).

Sobre DST, foi falado sobre AIDS na escola, mas acho que tem cura. Principalmente o que é falado é o uso de camisinha para evitar AIDS. Sobre sífilis, falaram na palestra da Vigilância no pré-natal, quando fiz exames de sangue (E1).

Entre as DST sei sobre AIDS e sífilis, acho que AIDS não tem cura e sífilis tem, isto aprendi numa palestra durante o pré-natal, quando fui fazer a testagem (E8).

- As Abordagens Educativas

Uma experiência de intervenção educativa com adolescentes para prevenção de gravidez e doenças sexualmente transmissíveis na Espanha mostrou que as intervenções em idades mais precoces, antes do início das relações sexuais, não seriam encaminhadas tanto a mudar de atitudes, mas a melhorar conhecimentos. Muitos dos adolescentes participantes da pesquisa viram inconvenientes em ser colegas de alunos infectados por HIV, desconhecendo que a AIDS não se transmite pelo contato com o doente, sem troca de secreções (PÉREZ, 2005).

A afirmação de que “*conhece uma doença*” pode ser apenas ter ouvido falar sobre ela, sem ter um conhecimento consistente. As entidades e pessoas que participam da educação em saúde com adolescentes devem fazer reforços periódicos nos ensinamentos e avaliar a absorção das informações pelos jovens, que muitas vezes não tem a prevenção entre seus interesses (ROMERO et al, 2007).

De doenças, só sei do HIV, acho que tem tratamento, foi falado na escola, mas não sou de perguntar muito, ouço as conversas e vou vendo (E13).

Fiquei sabendo de sífilis na palestra do pré-natal, na escola só falaram de AIDS, mas não lembro se essas doenças tem cura (E14).

A dificuldade em comparecer ao serviço de saúde, aliada ao desconhecimento sobre as doenças de transmissão sexual, colaboram para a expansão destas síndromes entre os jovens. A escola é um local propício a levantar as discussões sobre o tema, com a perspectiva de encaminhamento ao serviço de saúde dos alunos com possíveis diagnósticos.

As informações coletadas nas entrevistas demonstram que há dificuldades na aquisição de conhecimentos sobre saúde em todas as áreas sugeridas pelos diversos programas para educação em saúde na adolescência: mudanças corporais, psicossociais, gravidez não-planejada, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e uso correto dos métodos anticoncepcionais.

O desenvolvimento de metodologias que motivem a participação dos jovens poderá melhorar os níveis de conhecimento sobre estas temáticas e conseqüentemente sua aplicação nas demandas individuais dos adolescentes e como difusores de informações nos espaços onde vivem, estudam, trabalham e se divertem.

Diversas experiências mundiais com abordagens participativas são relatadas no livro organizado por Andrea Cornwall e Alice Welbourn (2006).

No Zimbábue, país da África assolado por uma das mais graves epidemias de AIDS, foi estabelecido o Projeto de Saúde Reprodutiva de Adolescentes, em conjunto por organizações governamentais e não-governamentais. A ênfase permanente do projeto foi priorizar as visões dos adolescentes em cada fase do programa. Inicialmente realizou-se uma pesquisa participante em quatro escolas, para uma análise mais aprofundada das percepções, preocupações e nível de informações dos adolescentes sobre sua saúde reprodutiva.

Ao discutir qual o meio de educação que mais os atraía, os grupos de adolescentes indicaram as cartas escritas para seções de ajuda das revistas, pois consideravam acessíveis e informativos o formato e o estilo de perguntas e respostas.

Criou-se um programa de educação denominado “Tia Stella”, baseado nas histórias, experiências e necessidades expressas pelos adolescentes e utilizando o formato de perguntas e respostas das cartas a revista. Consiste de trinta e três

cartões com perguntas e respostas, que são discutidos em pequenos grupos, com o apoio de textos chamados Pontos para a Ação, com o objetivo de discutir o futuro, a partir das questões propostas. Depois os alunos elaboravam suas próprias cartas e também respondiam cartas dos colegas.

Os resultados principais, avaliados após a aplicação em mais escolas, foram o aumento de comunicação com os pais, a comunidade e os colegas; uma maior confiança e capacidade de tomar decisões informadas; maior capacidade de aconselhar os colegas sobre saúde reprodutiva.

Este material não foi aceito para inclusão no currículo formal pelo Ministério da Educação, considerado explícito demais em suas abordagens sobre saúde, demonstrando a necessidade de estabelecer alianças com os dirigentes e outros elementos do campo da educação para a defesa de uma perspectiva participativa.

No entanto, o material está sendo amplamente utilizado por jovens fora da escola, em clínicas de atendimento a jovens, centros de planejamento familiar, grupos de apoio a pessoas com AIDS e clínicas de abuso sexual (KAIM, 2006).

Na África do Sul, foram utilizadas as rádios comunitárias; levando a unidade de transmissão externa para as vilas, tocavam música em volume muito alto e convidavam artistas de hip-hop conhecidos para participarem. Diversos praticantes do hip-hop escreveram letras que tratavam da questão do HIV e da AIDS. A população atraída pela música participava de oficinas sobre saúde reprodutiva.

O projeto evoluiu com a gravação de um CD, organização de concertos e vinculação com escolas, onde os alunos desenvolviam habilidades básicas sobre rádio e o tema da AIDS. A África do Sul historicamente teve governantes que negaram o problema da AIDS, propiciando o aumento progressivo da epidemia. (IBRAHIM, 2006) Ações que envolvam os jovens em atividades de ampla aceitação, como a música, têm seu impacto multiplicado.

Na Estônia, ex- componente da União Soviética, um projeto de pesquisa-ação foi desenvolvido, concentrando-se nas questões de gênero que afetam as crenças e o comportamento sexual. Inicialmente, foi formado um grupo central, por estudantes de psicologia, serviço social e estudos sobre mulheres, trabalhadores de centros de tratamento de AIDS, professores e estudiosos da questão de gênero, pessoas cujas vidas foram afetadas diretamente pelo HIV, trabalhadores com juventude, etc. O trabalho de capacitação, sob a forma de oficinas nos finais de semana, teve apresentação de pesquisas, discussões em grupo, análise de jornais e revistas,

vídeos e músicas, espetáculos teatrais. Como a educação no período soviético havia sido disciplinada e hierárquica, baseada em transmissão de conhecimentos (segundo a autora), os processos participativos eram estranhos ao grupo.

As pessoas capacitadas, juntamente com os coordenadores do projeto, desenvolveram novas oficinas participativas com adolescentes escolares de 15 a 16 anos, durante dois meses, com foco na construção de capacidade crítica sobre gênero e poder.

Os adolescentes, como produção das oficinas, desenvolveram projetos de vídeo e entrevistas sobre atitudes relacionadas a sexo e gênero; alguns estão finalizando uma brochura chamada “Como preencher lacunas entre nós?”, enquanto o grupo central deu origem a uma organização não-governamental com o objetivo de difundir seu trabalho no país (LEWIS, 2006).

Em Porto Alegre, RS, o Núcleo de Pesquisas em Antropologia do Corpo e Saúde (NUPACS), tem desenvolvido pesquisas sobre questões de saúde sexual e reprodutiva com grupos populares desde 1989.

O projeto trabalha com grupos focais, que evoluem para uma forma de intervenção denominada Grupo Focal de Intervenção. A metodologia é discutir questões de saúde sexual e reprodutiva de maneira informal, trocar informações e idéias e escolher uma forma de apresentá-las a outros grupos de pessoas. Os materiais não são considerados produtos finais, mas uma base para discussão em outros grupos e novas produções.

Foram produzidos jogos, vídeos, músicas e fotonovelas, sendo o jogo distribuído a outras escolas da rede pública, propagando-se os materiais e suscitando a produção de outros (HASSEN, 2006).

Na Secretaria de Saúde de Novo Hamburgo, uma equipe tem trabalhado com os alunos da rede pública realizando oficinas de saúde reprodutiva, com a metodologia participativa de jogos e representações artísticas.

Uma metodologia participativa que incorpore a expressão artística em processos de reflexão-ação, permite despertar o interesse e promover a sensibilização dos participantes sobre suas questões significativas.

Observou-se que a presença dos professores durante as oficinas era fundamental para que o tema seguisse sendo abordado no decorrer das aulas, não se tornando uma intervenção pontual.

De maneira geral, as atividades realizadas com escolares são mais produtivas e passíveis de continuidade quando acompanhadas pelos professores, gerando uma verdadeira integração entre os serviços de saúde e educação.

A compreensão das práticas a serem adotadas diante a epidemia de AIDS resultam de um processo interativo e dinâmico, que se construa a partir da experiência social e da visão de mundo dos sujeitos, conforme Monteiro (2003).

Um aspecto relevante a ser considerado é o que pesquisadoras em comunidades populares de Porto Alegre observaram: a banalização da AIDS em grupos onde a doença é comum, sugerem a diluição da noção de risco e vulnerabilidade ao HIV (KNAUTH, VICTORA e LEAL, 1998).

No contexto atual da prevalência de AIDS, com seu aumento significativo entre as populações empobrecidas e marginalizadas, as políticas de prevenção precisam considerar as conexões entre saúde pública, direitos humanos e transformações na estrutura social (MONTEIRO, 2003)

4.4.5 O Serviço de Saúde Que os Adolescentes Gostariam de Frequentar

Em experiência com grupos (BARBOSA; GIFFINS, 2007) confirmou-se que uma “escuta” acolhedora, compreensiva e solidária, o que requer dos facilitadores da equipe uma postura aberta e flexível, cria condições para que as difíceis e candentes questões trazidas pelos jovens possam se expressar sem medo de censura e/ou rejeição, e para que sua auto-estima e dignidade sejam reconhecidas e fortalecidas.

As instituições públicas de ensino e pesquisa têm importante papel a desempenhar na elaboração de metodologias que subsidiem as políticas públicas de saúde e educação para a população brasileira, com o envolvimento e a participação ativa dos jovens em todos os momentos do processo, da elaboração à implantação, monitoração e avaliação de programas e propostas de ação.

O aconselhamento em sexualidade pretende que os adolescentes compreendam que exercem controle sobre sua conduta, antecipando conseqüências e desenvolvendo capacidade para planejar a longo prazo. O conhecimento das características de comportamento dos adolescentes, com a investigação sobre condutas de risco como consumo de substâncias psicoativas, evasão escolar, múltiplos parceiros sexuais, permite aos profissionais de saúde

realizar intervenções específicas sobre cada caso, numa ação preventiva. Uma pesquisa realizada em um centro de saúde integral de adolescentes, no Chile, indicou que 66% dos adolescentes atendidos, com idade média de 15 anos, apresentavam pelo menos uma conduta de risco (GONZÁLEZ, AGUIRRE, TAPIA, 2005).

As estratégias de promoção da saúde e programas de saúde reprodutiva para adolescentes devem estar inseridas num projeto mais amplo, que envolva toda a sociedade, não apenas os serviços de saúde e escolas, mas respeite e se adéque às características socioculturais de cada grupo populacional atingido pelas ações de saúde (VIEIRA et al, 2006).

As principais sugestões das adolescentes sobre o que acham necessário num serviço de saúde foram:

Um atendimento a adolescentes tem que ter tudo bem explicado, em detalhes. Grupo também ajuda. Conversar mais (E1).

Num serviço para adolescentes, acho importante ter psicólogo (E2 e E3).

Gostaria de material informativo (E4).

Viria assistir palestras sobre adolescência e gosto também de material escrito (E6).

Acho que um serviço de saúde para adolescentes tem que ter muita explicação e folhetos informativos também (E7, E9 e E16).

Acho que um serviço de saúde para adolescentes deveria ter anticoncepcionais disponíveis (E8).

O mais importante no serviço de saúde para adolescente é conversar muito (E11).

Um serviço de saúde para adolescente tem que ter muita explicação, dizer o que pode e o que não pode (E13).

É importante conversar com adolescente (E14).

Mesmo que tenham acesso a outras fontes de informação, as adolescentes querem “ muitas explicações”, têm dúvidas sobre as transformações corporais que vão acontecendo, sobre eventos como menstruação e gravidez, relatam suas experiências e dificuldades, estabelecem relações de confiança com os profissionais de saúde que são fundamentais na promoção da saúde, pois permitem ações de prevenção e educação.

As sugestões e propostas das adolescentes foram similares aos resultados de uma pesquisa realizada na Inglaterra, sobre as visões dos jovens sobre serviços de saúde reprodutiva ideais e eficazes.

Os jovens disseram que o serviço *ideal* ofereceria diversos métodos anticoncepcionais; testes gratuitos (gravidez, HIV e outras DSTs e testes Papanicolau), indicação de como e onde fazer aborto; funcionários com habilidades variadas, incluindo enfermeiros, médicos, orientadores informais e conselheiros, todos com atitudes receptivas aos jovens; uma ampla gama de informações sobre recomendações; farmácia e atendimento telefônico gratuito, 24 horas por dia. A partir da visão ideal, foi solicitado que elegessem, numa perspectiva mais possível de realização, quais os aspectos mais eficazes a constarem num serviço de saúde reprodutiva.

Para que o serviço fosse considerado eficaz, deveria dispor de métodos de contracepção gratuita e funcionários com habilidades e experiência para lidar com as questões relativas aos jovens. Esta avaliação reafirma a importância da formação de profissionais voltados ao trabalho com adolescentes.

Outro resultado interessante nesta pesquisa foi a indicação pelos adolescentes de locais onde as informações e atendimentos deveriam estar disponíveis, como bibliotecas, escolas, clubes, que tradicionalmente não seriam considerados como atendimento de saúde sexual.

A utilização dos espaços de convivência e circulação é estratégica, considerando a resistência dos adolescentes em freqüentar os serviços de saúde, para a implementação de ações de saúde.

As sugestões evidenciam que com materiais informativos adequados a população que freqüenta a UBS, que possam ser elaborada em conjunto com os adolescentes, com profissionais de saúde e educação com disponibilidade para o atendimento, ações efetivas são realizadas.

Ações que complementem a educação recebida na família e na escola, capacitem a multiplicação de informações junto aos amigos, ajudem a superar preconceitos e tabus, sempre numa perspectiva de compreensão da adolescência no contexto que valoriza as determinações sociais e ambientais da saúde e ao mesmo tempo apura o olhar para as características particulares de cada jovem que chega ao serviço de saúde.

No campo da saúde pública, a estratégia de transmitir informações para a promoção de uma vida saudável, orientações sobre doenças, uso adequado de medicamentos e muitas outras demandas tem causado uma proliferação de material informativo, como folhetos, folders, manuais, posters e jogos. O material está presente em serviços públicos e privados de saúde, com origem desde organismos oficiais, não-governamentais, grupos específicos de doentes ou familiares, empresas que desenvolvem atividades sociais de educação.

O grande volume de informações aliado a uma resposta pobre no que diz respeito a utilização deste conhecimento na prática de vida, como mudança de atitudes, aquisição de hábitos saudáveis ou procura de serviços de saúde para detecção precoce de doenças ou prevenção das mesmas gera o que Castiel (2006) denomina “precariedades do excesso”. A proliferação do uso dos computadores e impressoras facilitando a produção e a cópia de informações, em muitas ocasiões substituem diálogos e o estabelecimento de relações de confiança no contexto do atendimento clínico ou de educação em saúde. Raramente há estudos de recepção das mensagens em saúde, que representam um investimento econômico, gastos em papel e outros materiais e muitas vezes não atinge o objetivo educativo, por inadequação de alguns fatores como a linguagem empregada ou a falta de continuidade da discussão do tema.

Segundo Castiel, a leitura de estudos com desfechos mais positivos no que tange aos objetivos educacionais sugere que estes aconteceram onde as aproximações pessoais foram ativas e enriquecedoras da informação fornecida.

Os ingredientes da boa comunicação textual são constituídos por conteúdos técnicos inteligíveis, adequação à faixa etária, perfil étnico e escolaridade, texto adornado com elementos de *design* gráfico, boa qualidade da impressão.

Observamos que, quando os adolescentes se sentem acolhidos com uma escuta compreensiva, procuram o serviço de saúde. Esta procura aumentará se a vinculação com a escola for desenvolvida de uma maneira aberta e participativa, com saberes compartilhados entre todos os atores sociais, com uma linguagem comum a todos os participantes, valorizando o conhecimento mais aprofundado que cada um tenha de sua área de atuação.

A reflexão que se provoque nos adolescentes sobre suas condições de vida e do que pensam como importante para transformá-la é uma valiosa contribuição a qualquer planejamento que pretenda atuar junto a eles.

Sem entender o adolescente como ser social e ter presente esta compreensão na elaboração de políticas públicas e programas, estaremos reproduzindo normas e prescrições que não atingem os objetivos e culpabilizam todos os segmentos participantes das ações, quando estas previsivelmente fracassam.

5. CONCLUSÕES E PROPOSTAS PARA EDUCAÇÃO E SAÚDE NA ESCOLA INTEGRADA AO SERVIÇO DE SAÚDE

As experiências escolares das adolescentes revelam que o maior vínculo que estabelecem é com seus colegas e amigos, assim como as melhores vivências são as brincadeiras e atividades esportivas.

A escola como referência cultural, de aprendizagem, com estímulo a prosseguir estudando e a manifestação de interesse por alguma área do conhecimento que conduza a uma carreira profissional pouco apareceram nas respostas. O interesse por algumas disciplinas foi vinculado a relação de admiração ou afeto pelos professores mais do que ao conteúdo estudado.

As adolescentes percebem como aspectos negativos no ambiente escolar a indisciplina e mesmo a violência, dificultando o desenvolvimento das aulas e a aprendizagem; atribuem aos professores sentimentos como pena ou medo dos alunos que impedem a imposição de limites e aos colegas a falta de educação vinda da família.

Esperam que a resolução para os problemas da escola seja dada pela direção e professores, evidenciando a ausência da participação da família na gestão escolar.

As sugestões referentes a atividades artísticas, musicais e esportivas, as necessidades voltadas à formação profissional com cursos complementares que preparem para o mercado de trabalho poderiam fazer parte de uma gestão compartilhada, que acolhesse a participação dos alunos e suas famílias.

Para a abordagem das questões de saúde reprodutiva na escola, os professores precisam ter um relacionamento aberto com os alunos, que inspire confiança e credibilidade. O domínio sobre o tema é fundamental, sendo percebida a insegurança do professor ou sua pouca habilidade na abordagem. O trabalho conjunto com os profissionais da saúde é produtivo quando se aliam o conhecimento das características dos alunos e de suas necessidades investigadas pelo professor e o compartilhamento dos conhecimentos específicos pelo profissional que comparece a escola.

A escola é reconhecida como o melhor local para desenvolver diálogos sobre a saúde, tendo presente a possibilidade do encaminhamento a um serviço de saúde

receptivo que responda as expectativas dos jovens e tenha condições materiais de atendê-lo.

A aplicação dos recursos de variados e nem sempre efetivos projetos que se sucedem nas administrações públicas deveria ser dirigida à escola, proporcionando melhores salários aos professores e funcionários, possibilidades de aperfeiçoamento, disponibilidade de tempo para elaboração de aulas e projetos e suas avaliações; criando condições aos alunos de se dedicarem plenamente aos estudos, tendo o suporte de material escolar, passagens, alimentação, atividades culturais e esportivas; investindo no aparelhamento da escola como centro de referência cultural às comunidades.

Com este apoio, talvez muitas situações de abandono da escola fossem superadas. Entre os motivos apresentados pelas adolescentes entrevistadas, a falta de interesse na educação formal nos leva a repensar o papel desta escola que está próxima territorialmente mas tantas vezes distante das comunidades no comprometimento com a cidadania de seus freqüentadores.

Os pais incentivam o estudo dos filhos porque acreditam que aprender vai fazer com que tenham uma vida melhor; e os jovens saem da escola porque não aprendem, são reprovados e não vêem a escola como impulsionadora de sua vida profissional; voltam suas esperanças para cursos desvinculados da educação formal e muitas vezes sem controle de sua real qualificação porque acenam com uma inserção no mundo do trabalho. Ou deixam a escola para realizar outras atribuições da vida pessoal em desenvolvimento, esperando voltar mais tarde para um curso supletivo que lhes ocupe menos tempo, não considerando o que irão aprender neste curso mais compacto e dividido com obrigações familiares e profissionais.

A gravidez e a maternidade foram outras causas importantes de abandono da escola. As adolescentes relataram desconforto e estranhamento ao freqüentarem a escola estando grávidas. O medo de que outras alunas sigam o "exemplo" parece assustar algumas professoras, assim como familiares.

O acolhimento destas alunas pode auxiliar na aceitação da gravidez e na realização do acompanhamento pré-natal, que costumam ser dificuldades presentes na gestação na adolescência. Após o nascimento do bebê, a prioridade em obter vagas em creche deveria ser uma realidade para as estudantes, mas também é importante a liberação para solicitações como a amamentação e acompanhamento de consultas médicas.

Para todos os alunos, é uma oportunidade de discutir temas, de acordo com seus interesses e faixa etária, como o planejamento reprodutivo, as dificuldades de acesso a anticoncepção, as responsabilidades no cuidado de uma criança e como conciliar a maternidade com a escola, certamente uma construção conjunta de toda a comunidade escolar.

Os questionamentos sobre os tradicionais papéis de gênero demonstram ser uma temática ainda atual, quando ouvimos relatos de adolescentes que deixam de ir à escola por proibição ou ciúmes dos companheiros, para cuidar de irmãos menores ou realizar tarefas domésticas, situações que dificilmente impediriam a frequência à escola de alunos do sexo masculino.

As percepções sobre a adolescência demonstram as diferenças originadas pela classe social. Há uma contradição entre as definições da adolescência como um período de descompromisso, liberdade e divertimento e uma realidade de vivências adultas, algumas já casadas e com filho, afastadas da escola, além das dificuldades econômicas enfrentadas.

Embora o nascimento do filho tenha sido referido como um evento que trouxe alegria e felicidade, também significou o encerramento do ciclo da adolescência, que para algumas ainda nem estava internalizado.

A falta de informações sobre saúde reprodutiva na escola foi uma constante, entretanto a mãe e outras familiares do sexo feminino foram as figuras mais importantes na orientação às adolescentes.

Este fato demonstra a importância de incluir a família nas atividades educativas em saúde, para complementar os conhecimentos, facilitar a multiplicação das informações, assim como para que aceitem a discussão de temas ainda considerados polêmicos ou subversivos em muitas comunidades.

A programação das aulas sobre saúde, que permanece tradicionalmente concentrada na disciplina de Ciências, inicia em torno da sétima série. Com a precocidade do início das relações sexuais e a incidência de grávidas adolescentes se mantendo elevada, a demanda sobre a abordagem dos temas referentes à saúde reprodutiva deveria seguir a proposta de transversalização dos PCN, com a adoção de metodologias participativas que levem à produção de conhecimentos e sua materialização na prática de vida dos adolescentes.

A capacitação dos docentes e dos profissionais de saúde deverá proporcionar sua ação conjunta na promoção da saúde dos adolescentes.

Mesmo temas tão presentes nas escolas como HIV e AIDS não são compreendidos pelos jovens, sujeitos destas intervenções educativas, quando o modo de trabalhar estas questões não se adequar à sua linguagem e vivência.

A relação dialógica no ensino, assim denominada por Paulo Freire considera possível incorporar a visão do aluno, permitindo o respeito à cultura do aluno e a valorização do conhecimento que o educando traz. Para o autor, “um dos eixos fundamentais sobre os quais deve se apoiar a prática pedagógica de professoras e professores é o trabalho a partir da visão do mundo do educando”. A valorização do conhecimento que o aluno traz, uma expressão da classe social à qual pertence, proporciona uma superação do mesmo, não anulando este conhecimento ou sobrepondo um conhecimento a outro, mas fazendo com que o conhecimento com o qual se trabalha na escola seja relevante e significativo para a formação do educando (FREIRE, 2001).

Para o conhecimento adquirido se transformar em ação efetiva, no âmbito da saúde reprodutiva, os serviços de saúde necessitam estar preparados para acolher os adolescentes e fornecer o que seja solicitado, tal com informações, métodos anticoncepcionais ou consultas de pré-natal.

O hábito de adquirir medicamentos em farmácias sem prescrição precisa ser combatido, pois leva muitas adolescentes a usar anticoncepcionais de maneira inadequada, causando uma falsa sensação de estar protegidas contra doenças ou gravidez indesejada. O tratamento contra doenças sexualmente transmissíveis feito de maneira inadequada é outra consequência da venda indiscriminada de medicamentos.

O acompanhamento pré-natal trouxe impacto positivo no conhecimento sobre saúde reprodutiva, demonstrando o atendimento de boa qualidade feito às gestantes adolescentes.

Se as adolescentes, com uma boa orientação advinda da escola, iniciarem precocemente a frequência ao serviço de saúde isto resultará em melhores condições de vida com importantes repercussões na saúde individual e na promoção em saúde na sociedade.

Os pressupostos da pesquisa, no que se refere à população de adolescentes da periferia urbana que entrevistamos, se confirmaram.

A educação em saúde reprodutiva na escola não respondeu às suas necessidades e o abandono da escola pelas adolescentes está relacionado às suas

difíceis condições de vida e perspectiva de futuro; mas conseguimos aprofundar nossos conhecimentos sobre a realidade de vida destas adolescentes e fortalecer a idéia de que a integração entre a Unidade Básica de Saúde e a escola possibilita uma reavaliação de práticas para todos os envolvidos e a possibilidade de produção de saúde e educação, objetivo de todos nós profissionais que vivem e trabalham na perspectiva das transformações sociais.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, A; KNOBEL, M. **Adolescência Normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981.
- ABRAMO, H.W.; BRANCO, P.P.M. (Orgs.). **Retratos da Juventude Brasileira**. São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2005.
- ABREU, V. J.S. de; VITALLE, M.S de S. Gravidez na Adolescência. In: VITALLE, M. S. de S; MEDEIROS, É.H.G da R. (Coords.). **Guia de Adolescência: uma abordagem ambulatorial**. Barueri, SP: Manole, 2008.
- ABREU, C.L.M. Necessidades e Recomendações Nutricionais. In: VITALLE, M. S. de S; MEDEIROS, É.H.G da R. (Coords.). **Guia de Adolescência: uma abordagem ambulatorial**. Barueri, SP: Manole, 2008.
- ADITAL. **Bolsa- Família: mais de 170 mil crianças com baixa frequência escolar**. Disponível em: <<http://www.adital.org.br/site/noticia.asp?lang=PT&cod=34470>>. Acesso em: 25 ago. 2008.
- AIDS na Adolescência. Disponível em: <<http://boasaude.uol.com.br/Lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=3867&ReturnCatID=59>>. Acesso em: 25 ago. 2008
- ALLAN GUTTMACHER INSTITUTE. **Saúde Reprodutiva na América Latina: uma questão de saúde pública**. Disponível em: <www.boasaude.uol.com.br/lib>. Acesso em: 28 dez. 2007.
- ALVAREZ, M.A.L. et al. Comportamientos Sobre Sexualidad em Adolescentes de um Policlínico cubano. **Revista Panamericana de infectología**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 28-33, 2004.
- ALVES, C.A; BRANDÃO, E.R. Vulnerabilidades no uso de Métodos Contraceptivos entre Adolescentes e Jvens: interseções entre políticas públicas e atenção à saúde **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n. 2, mar/abr. 2009.
- AMENDOLA, G. **Meninos Grávidos: o drama de ser pai adolescente**. São Paulo: Terceiro Nome, 2006.
- ANANIAS, P. **Construção de Direitos**. Disponível em: <www.revistaforum.com.br/VS2/.Artigos>. Acesso em 12mar 2006.
- ASMUS, CIRF. Trabalho de Crianças e Adolescentes: repercussões sobre a saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Saúde do Adolescente: competência e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- AYRES, J.R.C.M. AIDS: vulnerabilidade e prevenção. In: SEMINÁRIO DE SAÚDE REPRODUTIVA EM TEMPOS DE AIDS, 2., 1987, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABIA, 1997.

AYRES, J.R.C.M. et al. O Conceito de Vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

AZEVEDO, M.R.D. Educação Sexual: uma questão em aberto. In: SAITO, M.I.; SILVA, LE V.(Coords.). **Adolescência**: prevenção e risco. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

BANCO MUNDIAL. **Estudo Sobre Jovens em Situação de Risco no Brasil**. Brasília, jun. 2007. Disponível em: <<http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186331278301/21Vol2Port.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2008.

BARBOSA, R.S ; GIFFIN, K. Gênero, Saúde Reprodutiva e Vida Cotidiana em uma Experiência de Pesquisa-ação com Jovens da Maré, Rio de Janeiro. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 549-67, set./dez. 2007.

BERLINGUER, G. **A Doença**. São Paulo: Hucitec, 1988.

BORGES, A.L.V.; NICHATA, L.Y.I.; SHOR, N. Conversando Sobre Sexo: a rede sociofamiliar como base de promoção da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. **Revista Latino - Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.14, n. 3, p. 422-427, maio/jun. 2006.

BRASIL. Constituição. **Art. 196**: título VIII – da ordem social Seção II – da saúde. 1988. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm>>. Acesso em: 25 ago. 2008.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei 8.069, de 13 de julho de 1990: dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 16 jul 1990b.

BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 23 jul 1996. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>>. Acesso em: 26 ago. 2008.

BRASIL Ministério de Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais**: saúde e orientação sexual, terceiro e quarto ciclo. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Projeto Juventude e Prevenção da Violência**: primeiros resultados, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/blogs/mj-e-forum-apresentam-pesquisa-sobre-juventude>>. Acesso em: 25 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe as Condições, Para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, à Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 20 set. 1990a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco Teórico e Referencial de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva**. Brasília, 2006a. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/editora>>. Acesso em: 26 ago. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Saúde do Adolescente: competência e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde um direito de adolescentes**. Brasília. 2005a Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 2005b. Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/editora>>. Acesso em: 27 ago. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Portaria 687, de 30 de março de 2006. Brasília, 2006b Disponível em: <www.saude.gov.br/svs>. Acesso em: 26 ago. 2008.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Decreto n. 5209 de 17 de setembro de 2004. **Cria o Programa Bolsa Família e dá Outras Providências**. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/menusuperior/legislacaoeinstrucoes/decretos-1>>. Acesso em: 26 ago. 2008

BREILH, J. **Epidemiologia Crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

BRENNER, A.K.; DAYRELL, J.; CARRANO, P. Culturas do Lazer e do Tempo Livre dos Jovens Brasileiros. In: ABRAMO, H.W.; BRANCO, P.P.M.(Orgs.) **Retratos da Juventude Brasileira**. São Paulo. Editora Fundação Perseu Abramo, 2005.

BURAK, S.D. Proteção, Risco e Vulnerabilidade. **Adolescência Latinoamericana**, Porto Alegre, v. 1, n.4, dez. 1999.

BUSS, P.M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CALLIGARIS, C. **A Adolescência**. São Paulo: Publifolha, 2000. (Folha explica).

CAMARANO, A.A. As Novas Mulheres Brasileiras. **Revista Desafios do Desenvolvimento**, Rio de Janeiro, p. 2, Nov. 2007. Disponível em: <http://desafios2.ipea.gov.br/003/00301009.jsp?ttCD_CHAVE=3028>. Acesso em: 27 ago. 2008.

CASTIEL, L.D.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. **Precariedades do Excesso: informação e comunicação em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de Educação e de Promoção em Saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CHAMIS, N.M.A. **Estudo da Maternidade na Adolescência em Campo Bom, RS**. Canoas, 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Luterana do Brasil, Canoas, 2002.

COHALL, M. et al. Overheard in the Halls: what adolescents are saying, and what teachers are hearing, about health issues. **Journal of School Health**, Florida, USA, v. 77, n. 7, p. 344-350, sep. 2007.

COLAO, M M. **A Formação do Técnico e do Tecnólogo no Curso de Viticultura e Enologia do Centro Federal de Educação Tecnológica de Bento Gonçalves - RS e a Educação Profissional**: um estudo de caso. Porto Alegre, 2005. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

COLL, C.A. **Comunidades de Aprendizagem**. [Palestra realizada no dia 28 de agosto de 2003, como parte do programa de videoconferências da Rede do Saber]. Disponível em: <www.crmariocovas.sp.gov.br/grp_l.php?t=033>. Acesso em: 28 ago. 2008.

COLL, C.A. **Reforma Curricular Brasileira**. [Entrevista realizada em Barcelona, em 02 jun. 1999]. Disponível em: <<http://www.hottopos.com.harvard1/coll.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2008.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE POPULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO, 5 a 13 set. 1994, Cairo. **Relatório**: Brasil, CNPD/FNUAP, 1996.

CORNWALL, A.; WELBOURN, A. (Orgs). **Direitos Sexuais e Reprodutivos**: experiências com abordagens participativas. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2006.

COSTA, M.C.O; SOUZA, R.P. de. **Semiologia e Cuidados Primários da Criança e do Adolescente**. 2. ed. Porto Alegre: Revinter, 2005.

COSTA, A.M.C.O; BRIGAS, M. Mecanismos Pessoais e Coletivos de Proteção e Promoção da Qualidade de Vida Para a Infância e Adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, set./out. 2007.

COSTA-PAIVA, L. et al. Perfil Social, Reprodutivo e Sexual de Adolescentes Atendidas em um Ambulatório de Ginecologia. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 3, n. 4, p. 297-305, out./dez. 2004.

CUNHA, E.M.G.P. Especificidades da Raça/Etnia nas Questões de Saúde. In: GOLDENBERG, P.(Org.). **O Clássico e o Novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. P.239-250.

DAADORIAN, D. **Pronta para Voar**: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência. São Paulo: Rocco, 2000.

DELIGEOROGLOU, E; CHRISTOPOULOS, P; CREATSAS, G. Contraception in Adolescence. **Annals of the New York Academy of Sciences**, New York, USA v. 10, n. 92, p. 78- 90, 2006.

ECA é 'avançado', mas falta de estrutura obstrui aplicação, dizem especialistas. Disponível em: <<http://g1.globo.com/noticias/brasil/0,mul1354140-5598,00.html>>. Acesso em: 28 ago. 2008.

FREIRE, Paulo. **A Educação na Cidade**. SP: Cortez, 2001.

GALASSO, L. Recordação da Adolescência: um acidente de trabalho. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M.; BUSCHINELLI, J.T.P(Orgs.). **Isto é Trabalho de Gente?** : Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993.

GAZZOLA, A.L. **RADIS**: comunicação em saúde, Rio de Janeiro , n. 45, maio 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/45/pdf/radis45.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2008.

GIL, C.R.R. Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

GOMES, R. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade** . Petrópolis: Vozes, 1994.

GOMES, S.M.T. Atenção Integral à Saúde. In: COATES, V.; BEZNOS, G. W.; FRANÇOSO, L.A. (Coords). **Medicina do Adolescente**. São Paulo:SARVIER, 2003.

GONZALEZ T, M. Isabel; AGUIRRE C.M. Luisa; TAPIA C., Jaime. Caracterización de Asistentes a Consejería em Sexualidad em um Centro de Salud Integral de Adolescentes. **Review Child Ped**, v. 76, n. 6, p. 573-579, Nov./dic. 2005.

GUERRA, A. Sexualidade Humana. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual Escola Promotora de Saúde**. Rio de Janeiro, 2003.

HASSEN, M.N.A. Sexualidade e Reprodução: uma abordagem participativa no desenvolvimento de materiais educativos com jovens no Brasil. In: CORNWALL, Andrea; WELBOURN, Alice (Orgs.). **Direitos Sexuais e Reprodutivos: experiências com abordagens participativas**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2006.

HEILBORN, M.L. Articulado Gênero, Sexo e Sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.(Org.). **O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

HUFF, M.B. et al. It is More than just a Reproductive Healthcare Visit: experiences from an adolescent medicine clinic. **International Journal of Adolescent Medical Health**, Tel Aviv, Israel, v. 21, n. 2, p. 243-248, apr./jun. 2009.

IBRAHIM, Z. “Chega de Palestras Chatas”: bush radio e a música contemporânea nas campanhas de conscientização sobre AIDS. In: CORNWALL, Andrea; WELBOURN, Alice (Orgs.). **Direitos Sexuais e Reprodutivos**: experiências com abordagens participativas. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2000**: características da população e dos domicílios: resultados. Disponível em: < www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/default.shtm>. Acesso em: 28 ago. 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio**, 2006. Brasília, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **PNAD 2006**: primeiras Análises: demografia, educação, trabalho, previdência, desigualdade de renda e pobreza. Rio de Janeiro: IPEA, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População Residente por Sexo Segundo Faixa Etária Detalhada**. Brasília: IBGE, 2008.

JOVENS na área de risco. JORNAL NH, Novo Hamburgo, 3 dez. 2009.

KAIM, B. Lições da “Tia Stella”: educação sobre saúde reprodutiva nas escolas secundárias do Zimbábue. In: CORNWALL, Andrea; WELBOURN, Alice (Orgs.). **Direitos Sexuais e Reprodutivos**: experiências com abordagens participativas. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2006.

KNAUTH, D.; VICTORA, C.; LEAL, O. A Banalização da Aids. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 4, n. 9, p. 171-202, 1998.

LEWIS, Jill. Reaprendendo os Pressupostos: estratégias de gênero na Estônia. In: CORNWALL, Andrea; WELBOURN, Alice (Orgs.). **Direitos Sexuais e Reprodutivos**: experiências com abordagens participativas. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2006.

MARQUES, R.M; MENDES, A. Democracia, Saúde Pública e Universalidade: o difícil caminhar. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, set./dez. 2007.

MARTINS, L.B.M. et al. Conhecimento Sobre Métodos Anticoncepcionais por Estudantes Adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 57-64, 2006.

MATTOS, P.C.A. Ação Interdisciplinar em Saúde Escolar. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual Escola Promotora de Saúde**. Rio de Janeiro, 2003.

Mc QUEEN, D. Promocion de La Salud: evaluación y evidencias de su efectividad . In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL EVALUACION Y POLÍTICAS PÚBLICAS: respondendo a los determinantes de La salud, jun. 2005, Santiago de Cali, Colombia. **Anais...** Colombia, 2005.

MEDEIROS, E.H.G.R. Notas Históricas. In: VITALLE, M.S.S.; MEDEIROS. E.H.G.R. (Orgs.). **Guia de Adolescência**: uma abordagem ambulatorial. Barueri: Manole, 2008.

MELLO, S.L. Estatuto da Criança e do Adolescente: é possível torná-lo uma realidade psicológica? **Psicologia USP**, São Paulo, v. 10, n. 2, 1999.

MILNE, D; GLASIER. A Preventing Repeat Pregnancy in Adolescents. **Current Opinion in Obstetrics and Gynecology**, Stanford, USA, v. 20, n. 5, p. 442-446, oct. 2008.

MINASI, L.F. **Formação de Professores em Serviço** : contradições na prática pedagógica . Porto Alegre, 2008. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MINAYO, M.C.S (Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1999.

MINAYO, M.C.S (Org.). **Saúde e Ambiente Sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MINAYO, M.C.S. Difíceis e Possíveis Relações Entre Métodos Quantitativos e Qualitativos nos Estudos de Problemas de Saúde. In: GOLDENBERG, P. (Org.). **O Clássico e o Novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOLINA NETO, V. **Esporte na Escola**: contradições e alternativas. Porto Alegre, 1991. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1991.

MONTEIRO, S. Prevenção ao HIV/AIDS: lições e dilemas. In: GOLDENBERG, P. (Org.). **O Clássico e o Novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

MONTEIRO, S; CECCHETTO, F. Trayectorias juveniles e intervenciones sociales: repercusiones en las prácticas sociales y en la salud (Río de Janeiro, Brasil) **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22 n. 1, jan. 2006.

MULLER, R.C.L. Obesidade Exógena. In: COATES, V.; BEZNOS, G.W.; FRANÇOSO, L.A. (Coords). **Medicina do Adolescente**. São Paulo:SARVIER, 2003.

NAVARRO, V.L. **Trabalho e Trabalhadores do Calçado**: a indústria calçadista de Franca (SP): das origens artesanais a reestruturação produtiva. São Paulo: Expressão Popular, 2006.

NOVO HAMBURGO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Educação. EMEF Arnaldo Grin. **Projeto Político Pedagógico**. Novo Hamburgo, 2006.

NOVO HAMBURGO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de saúde. **SINASC-Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos**, 2008. Novo Hamburgo, 2008.

NOVO HAMBURGO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de saúde. **Plano de Prevenção da Violência, 2008**. Novo Hamburgo, 2008.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Pela Abolição do Trabalho Infantil**: perguntas e respostas. Brasília, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Carta de Ottawa. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública. **Promoção da Saúde e Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1986.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <http://www.paho.org/portuguese/ad/ths/os/phc2ppaper_10-ago-05_Por.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2008.

OUTEIRAL, J. **Adolescer**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

PAHO. Glossário **de Terminologia: Iniciativa “A Saúde Pública nas Américas”** Disponível em: <http://new.paho.org/bra/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=735&Itemid=614>. Acesso em: 10 jan. 2010.

PAIVA, V. et al. Idade e uso de Preservativo na Iniciação Sexual de Adolescentes Brasileiros. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl 1, p. 45-53, jun. 2008.

PARAGUASSU, L. Evasão Escolar Cresce Entre Beneficiados do Bolsa-Família. **Estado de São Paulo**, São Paulo, 8 mar. 2008.

PARKES, A; WIGHT, D.; HENDERSON, M. Teenagers' use of Sexual Health Services: perceived need, knowledge and ability to access. **Journal of Family Planning and Reproductive Health Care**; London, v. 30, n. 4, p. 217-224, oct. 2004.

PELICIONI, M.C.F. Trabalhando com os Fatores de Proteção. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual Escola Promotora de Saúde**. Rio de Janeiro, 2003.

PELICIONI, M.C.F; TORRES A.L. **A Escola Promotora de Saúde**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999.

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

PÉREZ , S.C. et al. Intervención Educativa Para la Prevención de Embarazos no Deseados y Enfermedades de Transmisión Sexual em Adolescentes de La Ciudad de Toledo. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 79, n. 5, set./oct. 2005.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRAGEM DE DOMICÍLIOS. **Síntese de Indicadores 2006**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/default>. Acesso em: 28 ago. 2008.

RADIS: Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, n. 45, maio 2006. Disponível em <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/45/pdf/radis45.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2008.

RESTREPO, H. **Promoción de la Salud**: desafíos y propuestas para el futuro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL EVALUACION Y POLÍTICAS PÚBLICAS: respondiendo a los determinantes de La salud, jun. 2005, Santiago de Cali, Colombia. **Anais...** Colombia, 2005.

ROCHA, G.M.N. et al. Diferencias em La Utilización de Métodos de Planificación Familiar por Mujeres Adolescentes em Monterrey, México. **Revista Española de la Salud Pública**, Madrid, v. 79, n.1, ene./feb. 2005.

ROMERO, K.T. et al. O Conhecimento das Adolescentes Sobre Questões Relacionadas ao Sexo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 53, n. 1, jan/fev 2007.

SACHS, A. **Metade das Crianças e Adolescentes Brasileiros Ajudam em Casa, Segundo o IBGE**. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://noticias.uol.com.br/ultnot/2008/03/28/ult23u1596.jhtm>>. Acesso em: 28 ago. 2008.

SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V. (Coords.). **Adolescência**: prevenção e risco. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

SAITO, M.I. Visão Histórica da Sexualidade: reflexões e desafios. In: SAITO, M. I. ; SILVA, L.E.V.(Coords). **Adolescência**: prevenção e risco. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

SALDANHA, A.A.W. et al. Comportamento Sexual e Vulnerabilidade à AIDS: um estudo descritivo com perspectiva de práticas de prevenção. **DST - Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 36-44 2008.

SANTOS, M. **O Espaço do Cidadão**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2007.

SANTOS, M. **A Urbanização Brasileira**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2009.

SAÚDE e Prevenção nas Escolas. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS10347757PTBRIE.htm>>. Acesso em: 13 jan. 2010.

SCAVONE, L. Das Diferenças às Desigualdades: reflexão sobre o conceito de saúde reprodutiva nas ciências sociais. In: GOLDENBERG, P. (Org.). **O Clássico e o Novo**: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SCHILLING, F.I. Educar, Condicionar ou Punir. In: ENCONTRO “EDUCAÇÃO CIDADÃ NUMA CIDADE EDUCADORA”, 2004, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2004.

SILVA, D.R. **Mães-menininhas**: a gravidez na adolescência escutada pela psicanálise e educação. Porto Alegre, 2007. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SILVA, I.O; SIQUEIRA, V.H.F; ROCHA, G.W. de F. Educação Sexual e Gravidez de Adolescentes: significados construídos por docentes do curso de formação de professores em uma escola pública do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias**, v. 8, n. 1 En <http://www.saum.uvigo.es/reec>, 2009.

SILVA, J.A.P.; ROCHA, C.R.M.; KATZ, R.A. Saúde e Cidadania no Espaço Escolar In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Saúde do Adolescente**: competência e habilidades. . Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. Série B. Textos Básicos de Saúde.

SILVA, J.L.P. A Gravidez na Adolescência: uma visão multidisciplinar. In: SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V. (Coords). **Adolescência**: prevenção e risco. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

SILVEIRA, J. Em um ano, Brasil tem Queda de 7,9% em Partos de Adolescentes. **Folha Online** [jornal da Internet]. 2009 set 23 [citado 25 set 2009]. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u627923.shtml>>. Acesso 26 set . 2009.

SIÑA, E.D.; VALDIVIESO, J.B.; PINO L.V. del. Natalidad e Riesgo Reproductivo em Adolescentes de Chile. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 14, n. 1, jul. 2003.

SIQUEIRA, J.T.F. **A Luta do Jovem Trabalhador e Estudante nas Escolas Estaduais de Porto Alegre/RS**: um estudo de caso. Porto Alegre, 2004. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SOARES, S.R. de S. **As Contradições na Vida e no Trabalho dos Alunos da EJA em Porto Alegre/RS**: um estudo de caso. Porto Alegre: UFRGS, 2006. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

SOUSA, M.C.R.; GOMES, K.R.O. Conhecimento Objetivo e Percebido Sobre Contraceptivos Hormonais orais Entre Adolescentes com Antecedentes

Gestacionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 645-654, mar 2009.

SOUZA, C.L. Resenha. (RODRIGUES, A.T. Gênese e sentidos dos parâmetros curriculares nacionais e seus desdobramentos para a Educação Física escolar brasileira. 2001. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2001). **Pensar a Prática**, Goiânia, v. 9, n. 2, 2006.

STOTZ, E.N. Enfoques Sobre Educação e Saúde. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.M. (Orgs.). **Participação Popular, Educação e Saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume; Dumará, 1993.

STOTZ, E.N.; ARAUJO, J.W.G. Promoção da Saúde e Cultura Política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, p. 5-19, maio/ago. 2004.

STROILI, M.H.M. Escola: o aprendizado em questão. In: SAITO, M. I. ; SILVA, L.E. V. (Coords.). **Adolescência: prevenção e risco**. São Paulo: Editora Atheneu, 2001.

TELES, M.A.A. **O que são os Direitos Humanos das Mulheres**. São Paulo: Brasiliense, 2006

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A; PINHEIRO, V.S. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicologia Social**, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, jul./dez. 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRIVIÑOS, A.N.S. Bases Teórico-Methodológicas da Pesquisa Qualitativa em Ciências Sociais. **Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis**, Porto Alegre, v. 4, 2001.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Pesquisa Qualitativa, Dialética e Educação**: polígrafo de aula no Seminário Avançado do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS, 2005.

UNICEF . **O Direito de Aprender**: potencializar avanços e reduzir desigualdades. Brasília, DF, 2009.

VENTURA, M. CHAVES JR.E.O. **Direitos da População jovem**: um marco para o desenvolvimento. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas, 2003.

VIEIRA, L.M. et al. Reflexões Sobre a Anticoncepção na Adolescência no Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materna Infantil**, Recife, v. 6, n. 1, jan./mar. 2006.

WOOD, E.M. **Democracia Contra Capitalismo**: a renovação do materialismo histórico. São Paulo: Boitempo, 2003.

YAMAZHAN, T. et al. Attitudes towards HIV/AIDS and Other Sexually Transmitted Diseases in Secondary School Students in Izmir, Turkey: changes in time. **Tropical Doctor**, London, v. 37, n. 1, p. 10-2, jan. 2007.

ZIMMERMANN, C. Os Programas Sociais Brasileiros na Ótica dos Direitos Humanos: o caso do Bolsa Família. **Revista Espaço Acadêmico**, n. 57, p. xx-xx, fev. 2006. Disponível em: <www.espacoacademico.com.br/057/57zimmermann.htm>. Acesso em: 30 mar 2006.

ZIONI, F; WESTPHAL, M.F. O Enfoque dos Determinantes Sociais de Saúde sob o Ponto de Vista da Teoria Social . **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 16, n. 3, set./dez. 2007. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Novo_Hamburgo>. Acesso em: 10 jan. 2010.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que, ao assinar esse documento, estarei ciente de que estou dando o meu consentimento para ser entrevistado pela Doutoranda Niva Maria Almeida Chamis, aluna do Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Fui informada de que se trata de uma pesquisa sobre educação e saúde na adolescência, realizada através de entrevista proposta pela autora.

Também fui informada que a entrevista é livre e, mesmo após seu início, posso recusar-me a responder qualquer pergunta e encerrá-la em qualquer parte da mesma, sem prejuízo para mim e que as informações por mim fornecidas não serão identificadas.

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do entrevistado

Assinatura do responsável

APÊNDICE B – Roteiro Para Entrevista Semi-Estruturada

Nome: _____

Data _____ de _____ nascimento: __/__/__ Idade: _____

Fone: _____

Filhos: () S () N

Se sim: DN: __/__/__ Idade no parto: _____

DN: __/__/__ Idade no parto: _____

DN: __/__/__ Idade no parto: _____

Trabalha: () S () N Ocupação/renda: _____

Escolaridade do pai: _____ Escolaridade da mãe: _____

Ocupação _____ do

pai: _____

Ocupação _____ da

mãe: _____

Escolaridade do marido: _____ Idade do marido: _____

Ocupação _____ do

marido: _____

Com quem mora: _____

Nº de pessoas na casa: _____ Renda

familiar: _____

Renda per capita:

Habitação: energia elétrica: () S () N

Água: na casa () fora de casa ()

Nº de quartos: _____

Observações: _____

Escolaridade: última série completa: _____ Está estudando: () S () N

Se SIM: série atual: _____ Defasagem idade/série: _____

Reprovações em que séries: _____

Não reprovou: _____

Com que idade iniciou a escola?

Foi cuidada por quem, quando era pequena?

Foi à creche ou escola infantil?

Como é (ou foi) sua vida na escola?

O que acha melhor na escola? Por que?

O que não gosta na escola? Por que?

De quais disciplinas você gosta mais?

De quais disciplinas não gosta?

A escola oferece outras atividades no turno contrário? Quais?

Participa de alguma destas atividades? Quais?

Se pudesse mudar alguma coisa na escola, o que você faria?

Se deixou a escola, qual foi o motivo?

Foi procurada pela escola para retornar?

Gostaria de voltar a estudar?

Que dificuldades vê para voltar a estudar?

Sua família apóia a volta a escola?

Teve aulas que tratavam sobre a saúde na adolescência?

Em que série e disciplina foi falado sobre adolescência na escola?

Algum professor ou professora falou sobre adolescência em atividades fora da aula?

O que entende como adolescência?

Quando iniciou a sua adolescência? O que foi marcante para considerar o início da adolescência?

Tem dúvidas ou dificuldades em relação aos assuntos de adolescência:

- mudanças do corpo
- namoro, relações afetivas
- métodos anticoncepcionais
- doenças sexualmente transmissíveis
- gravidez na adolescência

Com quem busca informações sobre a adolescência?

Familiares? Amigos? Professores? Jornais? Revistas? Livros? Televisão? Internet?
Onde procura material de leitura? Em casa? Na escola? Biblioteca pública?
Compra?

Tem acesso a internet? Em casa? Na escola? Em lan-house?

Teve suas dúvidas esclarecidas?

Procurou algum serviço de saúde (particular, convênio, público) quando iniciou a adolescência?

Sente alguma dificuldade em freqüentar o Posto de Saúde, sendo adolescente?

Como iniciou ou pretende iniciar o uso de métodos anticoncepcionais?

Que métodos conhece para evitar a gravidez?

Quem lhe orientou sobre os métodos anticoncepcionais?

Onde tem possibilidade de conseguir os métodos?

Consultou no Posto de saúde?

Teve dificuldade para consultar e conseguir os métodos, sendo adolescente?

Com quem foi na consulta?

Está usando algum método anticoncepcional? Qual?

Na escola, foi falado sobre métodos anticoncepcionais? Quem falou?

Se pudesse organizar um serviço de saúde só para adolescentes, o que acha importante que tenha no atendimento?

O que sabe sobre doenças transmitidas pela relação sexual?

Sobre quais doenças tem informação?

Acha que as doenças transmitidas pela relação sexual têm cura?

Acha que tem como prevenir doenças transmitidas pela relação sexual?

Na escola, foi falado sobre estas doenças?

Quem lhe orientou sobre as doenças?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)