

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**ADOLESCENTES GRÁVIDAS: PERCEPÇÕES E  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Guiomar Luciana Danieli**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2010**

# **ADOLESCENTES GRÁVIDAS: PERCEPÇÕES E EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

**por**

**Guiomar Luciana Danieli**

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Lourdes Denardin Budó  
Co-orientadora: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

**Santa Maria, RS, Brasil  
2010**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
Aprova a Dissertação de Mestrado

**Adolescentes Grávidas: Percepções e Educação em Saúde**

elaborada por  
**Guiomar Luciana Danieli**

como requisito parcial para obtenção de grau de  
**Mestre em Enfermagem**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

**Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Kenya Schmidt Reibnitz, Dra (UFSC)**


---

**Carmem Lúcia Colomé Beck, Dra (UFSM)**

---

**Lúcia Beatriz Ressel, Dra (UFSM)**

**Santa Maria, 30 de junho de 2010.**



*Dedico este trabalho às:  
Gestantes adolescentes que acolheram meu  
convite  
e participaram ativamente deste processo  
de construção e crescimento pessoal e  
profissional.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Agradeço a Deus por ter me dado a vida, uma família, amigos, amor e inúmeras oportunidades de crescimento.*

*Aos meus pais Moacir e Albina, pelo amor, incentivo, apoio e exemplos de conduta e dignidade.*

*Aos meus irmãos Marla, Marcel e Leisa pelo carinho, amizade, pelos melhores momentos da minha vida e pela compreensão de que eu sempre “tinha muita coisa para fazer”.*

*Ao meu marido Adelar, companheiro de anos, de momentos bons e ruins, que soube compreender minhas angústias e ansiedades e me auxiliou quando necessário. Obrigada pelo apoio, incentivo e pelas esperas na rodoviária, por diversas madrugadas.*

*Ao meu sobrinho Gabriel, que mesmo sem saber foi meu apoio mais precioso nos piores momentos, obrigada pelo sorriso, pelo riso, pela alegria, obrigada por ser luz, amor e serenidade em nossas vidas.*

*Ao meu cunhado Cláudio, amigo de anos e parceiro. Obrigada por tudo, sempre.*

*As minhas amigas de Santa Maria, em especial Dora e Cassiane, obrigada é pouco, vocês foram simplesmente essenciais para que eu chegasse até aqui.*

*À amiga Charline por dividir comigo as angústias e também os momentos felizes. Obrigada pelo apoio, incentivo, ajuda e companheirismo.*

*A minha amiga Inara, amiga de infância, de sempre. Obrigada amiga pelo incentivo, carinho e apoio.*

*Aos meus amigos de Caxias: Léia, Rosi, Fábio e todos os meus novos amigos que de uma forma ou de outra contribuíram para que eu chegasse até aqui.*

*À minha orientadora Maria de Lourdes pelo acolhimento, aprendizado, carinho, dedicação e exemplo. Obrigada pela compreensão, ajuda, ensinamentos e pelos bons momentos de convivência.*

*Às professoras da Banca Examinadora pelas contribuições nesse estudo.*

*À equipe da Unidade Básica de Saúde Vila Ipê, por compreender minhas ausências e me apoiar em diversos momentos.*

*Aos meus primos, tios, parentes em geral que sempre se preocuparam com minhas idas e vindas, com minha correria e sei que sempre torceram pelo melhor, obrigada de coração.*

*A acadêmica de enfermagem Laís, que além de estagiária foi amiga, colaboradora e incentivadora de meus sonhos e projetos. Obrigada querida.*

*Aos professores do Departamento de Enfermagem e especialmente do PPGEnf, pelo aprendizado, pela convivência e pela oportunidade de fazer parte desse curso.*

*Às funcionárias do Curso de Enfermagem e do PPGEnf Ellen e Zeli pela atenção, ajuda e dedicação.*

*As adolescentes*

*À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), enquanto bolsista, pelo apoio financeiro.*

*Enfim, a todos aqueles que contribuíram para que esse estudo fosse realizado e que estiveram comigo nessa trajetória. Muito obrigada pelo carinho.*

*Pessoas são Presentes!*

*Vamos falar de gente, de pessoas.*

*Existe, acaso, algo mais espetacular do que gente?*

*Pessoas são um presente.*

*Algumas vêm em embrulhos bonitos, como os presentes de Natal, Páscoa ou festa de aniversário.*

*Outras vêm em embalagem comum.*

*E há as que ficaram machucadas no correio...*

*De vez em quando chega uma registrada.*

*São os presentes valiosos.*

*Algumas trazem invólucros fáceis.*

*De outras, é difícilimo, quase impossível tirar a embalagem.*

*É fita durex que não acaba mais...*

*Mas... A embalagem não é o presente.*

*E tantas pessoas se enganam, confundindo a embalagem com o presente.*

*Por que será que alguns presentes são tão complicados para a gente abrir?*

*Talvez porque dentro da bonita embalagem haja muito pouco valor e bastante vazio, bastante solidão. A decepção seria grande.*

*Também você, amigo.*

*Também eu, sou um presente para os outros.*

*Você para mim. Eu para você.*

*Quando existe o verdadeiro encontro com alguém, no diálogo, na abertura, na fraternidade, deixamos de ser tão somente embalagens e passamos à categoria de reais presentes.*

*Nos verdadeiros encontros de fraternidade acontece alguma coisa comovente e essencial: mutuamente nós vamos desembrulhando, desempacotando, revelando...*

*Você já experimentou essa imensa alegria da vida?*

*A alegria profunda que nasce do fundo da alma, quando duas pessoas se encontram, virando presente uma para a outra?*

*Conteúdo interno é segredo para quem deseja tornar-se presente aos irmãos de estrada e não apenas embalagem...*

*A verdadeira alegria que a gente sente e não consegue descrever, só nasce no verdadeiro encontro com alguém!*

## **RESUMO**

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Maria

### **ADOLESCENTES GRÁVIDAS: PERCEPÇÕES E EDUCAÇÃO EM SAÚDE.**

AUTOR: GUIOMAR LUCIANA DANIELI  
ORIENTADOR: MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ  
Santa Maria, 25 de junho de 2010

A adolescência é período de transição entre a infância e a idade adulta, ocorrendo entre 10 e 19 anos de idade. O desenvolvimento da sexualidade faz parte do universo do adolescente e é essencial que ocorra de forma saudável, pois uma das consequências que pode advir desse desenvolvimento é a gestação precoce. A gestação na adolescência é uma realidade em nossa sociedade, causada por fatores como a falta de ações de educação em saúde, ausência de uma política de atenção específica para essa faixa etária, bem como por componentes sociais e culturais. Os resultados de uma gravidez nessa idade, desejada ou não, relacionam-se aos componentes físico, emocional, educacional e sociocultural das meninas. No entanto, identificam-se nos serviços de saúde várias adolescentes que referem o desejo de engravidar. Diante disso, os objetivos deste estudo foram compreender o significado desta gravidez para as adolescentes; conhecer a experiência das gestantes adolescentes em relação à educação em saúde; compreender como a prática educativa desenvolvida em um grupo de educação em saúde com as gestantes adolescentes pode contribuir na construção da emancipação das mesmas. Foi utilizada uma abordagem qualitativa por meio da Pesquisa Convergente-Assistencial, como método e como estratégia para a prática de educação em saúde. O estudo foi desenvolvido na UBS Vila Ipê, no Município de Caxias do Sul/RS. As participantes do estudo foram 13 gestantes com menos de 20 anos de idade que realizavam consulta de pré-natal na UBS. O período de coleta de dados e realização dos grupos educativos foi de junho a outubro de 2009. Identificaram-se sentimentos como felicidade, emoção, responsabilidade, medo, ansiedade, amadurecimento, insegurança, entre outros. A maioria abandonou os estudos em virtude da gestação, sendo que voltar a estudar não apareceu como prioridade. As reações familiares frente à gestação foram de surpresa, alegria e desagrado, dependendo de fatores como conhecimento ou desconhecimento da família em relação à vida sexual das adolescentes e existência de união estável. O principal apoio após o nascimento do bebê é de suas mães. Em relação às experiências anteriores de educação em saúde, a maioria das adolescentes tinha lembranças de palestras ou orientações recebidas na escola, cujos temas se relacionavam à sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez na adolescência. Na abordagem sobre a utilização de contraceptivos, a maioria demonstrou conhecimento dos métodos contraceptivos, no entanto, houve insuficiência de informações, não entendimento de seu uso ou mesmo o desejo consciente ou inconsciente de engravidar. Foi evidenciada também a importância dos grupos educativos como ferramenta de educação em saúde, principalmente no estímulo ou potencialização da autonomia para a tomada de decisões, em especial com a utilização de uma metodologia ativa. Acredita-se na relevância deste trabalho por permitir uma reflexão acerca das peculiaridades da adolescência, bem como da necessidade de se desenvolverem ações de educação em saúde baseadas não só nessas peculiaridades, mas também nas experiências e desejos dos adolescentes. Espera-se que o mesmo contribua na assistência da enfermagem, como instrumento para reflexão e reorganização da práxis, buscando uma aproximação cada vez maior com o universo da adolescência.

Palavras-chave: Adolescente; Gravidez na Adolescência; Educação em Saúde; Enfermagem.



## **ABSTRACT**

Master's Dissertation  
Post-Graduate Nursing Program  
Federal University of Santa Maria

### **PREGNANT TEENS: PERCEPTIONS, AND HEALTH EDUCATION.**

AUTHOR: GUIOMAR LUCIANA DANIELI  
ADVISOR: MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ  
Santa Maria, Jun 25, 2010.

Adolescence is the transitional period between childhood and adulthood, occurring between 10 and 19 years old. The development of sexuality is part of the adolescent's universe and it's essential that occurs in a healthy way, because one of the consequences that may result from this development is the early pregnancy. The teenage pregnancy is a reality in our society, caused by factors such as lack of education actions in health, absence of a specific attention policy to this age group as well as social and cultural components. The results of a pregnancy at that age, desired or not, are related to the girls's physical, emotional, educational and socio-cultural components. However, it identifies in the health services several adolescents who report a desire to become pregnant. Therefore, the objectives of this study were to understand the meaning of pregnancy for adolescents; to know the experience of pregnant teenagers related to health education; understand how the educational practices developed in a group of health education with pregnant teenagers may contribute to the construction of their emancipation. A qualitative approach was used by Convergent-Assistencial Research, as a method and a strategy for the practice of health education. The study was conducted at the Basic Health Unit Vila Ipe, in the city of Caxias do Sul / RS. The study participants were 13 pregnant under 20 years who were performing outpatient prenatal care at BHU. The period of data collection and implementation of educational groups was from June to October, 2009. It were identified feelings as happiness, excitement, responsibility, fear, anxiety, maturity, insecurity, among others. Most dropped out the studies because of pregnancy, and go back to school didn't appear as a priority. The family reactions to the pregnancy were surprise, joy and disgust, depending on factors such as knowledge or ignorance of the family in relation to the sexual activity of teenagers and existence of stable union. The main support after the birth of the baby is from their mothers. Related to previous experiences of health education, most teens had memories of lectures or guidance received at school, whose themes were related to sexuality, sexually transmitted diseases or teenage pregnancy. In addressing the use of contraceptives, the majority demonstrated knowledge of contraceptive methods, however, there was insufficient information, no understanding of their use or even the conscious or unconscious desire to become pregnant. It was also shown the importance of educational groups as a tool for health education, especially in the stimulation or enhancement of autonomy in decision making, particularly with the use of an active methodology. We believe in the relevance of this work by allowing a reflection of the peculiarities of adolescence, as well as the need to develop health education actions based not only on these peculiarities, but also on the experiences and desires of adolescents. We hope it will help in the care of nursing, as a tool for reflection and reorganization practice, seeking ever-closer relationship with the universe of adolescence.

Keywords: Adolescent; Teenage Pregnancy; Health Education; Nursing.

## **RESUMEN**

Disertación de Master  
Programa de Posgrado en Enfermería  
Universidad Federal de Santa Maria

### **ADOLESCENTES EMBARAZADAS: PERCEPCIONES Y EDUCACIÓN EN SALUD.**

AUTOR: GUIOMAR LUCIANA DANIELI  
ORIENTADOR: MARIA DE LOURDES DENARDIN BUDÓ  
Santa Maria, 25 de junio de 2010

La adolescencia es el período de transición entre la niñez y la edad adulta y se produce entre 10 y 19 años de edad. El desarrollo de la sexualidad es parte del universo del adolescente y es esencial que se produce de una manera saludable, porque una de las consecuencias que puedan derivarse de este desarrollo es el embarazo precoz. El embarazo en la adolescencia es una realidad en nuestra sociedad, causada por factores como la falta de acciones de educación en salud, la ausencia de una política específica para la atención de este grupo de edad, así como los componentes sociales y culturales. Los resultados de un embarazo a esa edad, deseado o no, se refieren a los componentes físicos, emocionales, educativos y socio-culturales de las niñas. Sin embargo, se identifican en los servicios de salud muchas adolescentes que desean el embarazo. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo comprender el significado del embarazo para las adolescentes, conocer la experiencia de las adolescentes embarazadas en relación a la educación sanitaria; comprender como la práctica educativa desarrollada en un grupo de educación para la salud a las adolescentes embarazadas puede contribuir en la construcción de la emancipación de ellas. Fue utilizado el abordaje cualitativo a través de la Investigación Convergente-Asistencial, como un método y una estrategia para la práctica de la educación en salud. El estudio se realizó en la Unidad Básica de Salud de Vila Ipe, en la ciudad de Caxias do Sul / RS. Participaron del estudio 13 mujeres embarazadas menores de 20 años de edad que se sometieron a cuidado prenatal en la UBS. El período de recogida de datos y la aplicación de los grupos educativos fue de junio a octubre de 2009. Se identificaron sentimientos como la felicidad, la emoción, la responsabilidad, el miedo, la ansiedad, la madurez, la inseguridad, entre otros. La mayoría había abandonado la escuela a causa de embarazo, y volver a los estudios no aparece como una prioridad. Las reacciones de la familia al embarazo fueron de sorpresa, alegría y disgusto, dependiendo de factores tales como el conocimiento o la ignorancia de la familia en relación con la vida sexual de los adolescentes y la existencia de la unión estable. El principal apoyo tras el nacimiento del bebé es de su madre. En relación con las experiencias anteriores de educación en salud, la mayoría de las adolescentes tenía recuerdos de lecturas o de la orientación recibida en la escuela, cuyos temas estaban relacionados con la sexualidad, enfermedades de transmisión sexual o el embarazo en la adolescencia. Al abordar el uso de anticonceptivos, la mayoría demostró conocimiento de métodos anticonceptivos, sin embargo, no había suficiente información, sin conocimiento de su uso o incluso el deseo consciente o inconsciente de quedar embarazada. Se puso de manifiesto también la importancia de los grupos educativos como una herramienta para la educación sanitaria, especialmente en la estimulación o la potenciación de la autonomía en la toma de decisiones, en particular con el uso de una metodología activa. Creemos en la importancia de este trabajo al permitir un reflejo de las peculiaridades de la adolescencia, y la necesidad de desarrollar acciones de educación sanitaria basadas no sólo en estas particularidades, sino también en las experiencias y deseos de los adolescentes. Esperamos que el estudio contribuya en el cuidado de la enfermería como una herramienta para la reflexión y reorganización de la práctica, buscando cada vez más estrecha relación con el universo de la adolescencia.

Palabras clave: Adolescente; Embarazo en la adolescencia; Educación Sanitaria; Enfermería.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 VISTA SUPERIOR DA UBS VILA IPÊ CAXIAS DO SUL .....	109
Figura 2 VISTA SUPERIOR DE PARTE DO BAIRRO VILA IPÊ CAXIAS DO SUL.....	109
Figura 3 VISTA SUPERIOR DO BAIRRO COM OS NOMES DAS RUAS.....	110
Figura 5 O QUE LEVAR PARA O HOSPITAL .....	111
Figura 6 O QUE FAZ MAL PARA O BEBÊ .....	111

## LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Assentimento.....	98
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	99
APÊNDICE C - Organização das Informações Qualitativas.....	101
APÊNDICE D - Autorização para o desenvolvimento da pesquisa.....	102
APÊNDICE E – Termo de Confidencialidade .....	103
APÊNDICE F – Roteiro da Entrevist .....	104
APÊNDICE F – Roteiro da Entrevista .....	104
APÊNDICE G – Roteiro dos Grupos .....	105
APÊNDICE H – Roteiro da Observação Participante.....	106

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO 1** Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFSM 107

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA .....	20
2.1 Gravidez na adolescência .....	20
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
3.1 Políticas públicas para os adolescentes .....	27
3.2 Educação em Saúde .....	32
4 CAMINHO METODOLÓGICO .....	42
4.1 Tipo de Estudo.....	42
4.2 Cenário do estudo .....	43
4.3 Participantes do estudo .....	46
4.4 Coleta de dados.....	46
4.4.1 Entrevista .....	48
4.4.2 Observação .....	52
4.5 Dimensão ética do estudo .....	53
4.6 Registro dos dados e o processo de análise .....	54
5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	56
5.1 Apresentação das adolescentes.....	56
5.2 Sentimentos das adolescentes em relação à gestação.....	58
5.3 Reação dos familiares frente à descoberta da gravidez .....	65
5.4 Experiências relacionadas à educação em saúde.....	69
5.5 Grupo de educação em saúde compartilhamento de saberes.....	75
6 REFLEXÕES SOBRE OS RESULTADOS REPERCUSSÕES PARA A ENFERMAGEM .....	81
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	86

# 1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, adolescente é todo o indivíduo que se encontra na faixa etária de 10 a 19 anos de idade, compreendendo o período de transição entre a infância e a idade adulta. No Brasil, segundo dados do IBGE, a população de adolescentes representa 21% da população total, número expressivo e que requer uma atenção especial (BRASIL, 2007a).

Ainda conforme o último censo do IBGE, a população de adolescentes no Brasil corresponde a 34.302.872 adolescentes, dos quais 50,4% são homens e 49,5% mulheres. (BRASIL, 2007b). De acordo com os estudos de Cardoso e Cocco (2003), há previsões de uma população de 43,3 milhões de jovens entre 10 e 24 anos de idade para o ano de 2020.

Este período de transição da infância para a fase adulta é marcado por transformações físicas e psicossociais, bem como por conflitos relacionados às incertezas, inseguranças, construção e conhecimento da imagem corporal e a identificação de pares, além das instabilidades familiares e sociais (GODINHO et al, 2000).

Todas essas transformações podem causar estranheza aos próprios adolescentes, que se percebem inseridos em um novo contexto de vida a cada dia. Também os seus pais, familiares e amigos geralmente não conseguem acompanhar alterações de humor e comportamento tão diversas, intensas ou distintas, para situações consideradas banais.

No que tange às transformações físicas, as novas características corporais causam um forte impacto na vida dos adolescentes, ao mesmo tempo em que eles têm dificuldades em lidar com as novidades relativas ao crescimento de pelos e órgãos sexuais. Além disso, apresentam dificuldade em viver cotidianamente, pois o crescimento expressivo de braços, pernas e pés acabam causando certos transtornos e constrangimentos em casa, na escola ou mesmo nos grupos de convívio. Dessa forma, os adolescentes têm que aprender a conviver com um novo corpo e também com o surgimento de uma gama de novos sentimentos que nem sempre são adequados aos acontecimentos diários.

A vida adolescente e as necessidades envolvidas são processos produzidos no âmbito das sociedades, se definindo e se modificando na interação de diversos componentes – econômicos, institucionais, político-éticos, culturais, físico-ambientais. É na interação desses fatores com processos somáticos, genéticos e físico-ambientais, no concreto da vida, que se definem os modos de vida e saúde dos adolescentes (RAMOS, 2001). Por isso, a experiência de adolecer exige da família e dos profissionais de saúde e educação uma análise do mundo

adolescente e dos fatores capazes de causar danos e agravos à sua saúde e à sua vida, elaborando uma sistematização de ações com características de promoção e prevenção (HEIDMANN, 2006).

Os profissionais da saúde que realizam a atenção aos adolescentes têm o compromisso de desenvolver ações assistenciais e educativas capazes de abranger este turbilhão de sensações e novas emoções. E, portanto, necessitam de uma política de educação permanente que os qualifique para atuar neste universo complexo, bem como os instrumentalize para desenvolver suas atividades de maneira adequada às necessidades e demandas dessa população. Para tanto, são necessárias buscas de referenciais teóricos e metodológicos que fundamentem novas proposições de cuidado e atenção à adolescência, contemplando uma abordagem específica, voltada às necessidades e particularidades dessa faixa etária.

Para Ramos, (2001), torna-se essencial compreender a adolescência além de sua demarcação temporal, incorporando a idéia do adolescente como protagonista na construção de seu processo de vida pessoal e coletivo, conferindo-lhe um potencial de emancipação, autonomia e responsabilidade social. Trabalhos realizados com adolescentes demonstram a complexidade desse universo e o quanto fatores relacionados com as percepções que os mesmos têm do mundo, sua maturidade, ou onipotência e, principalmente, a falta de orientação, apoio e cuidado podem se refletir em prejuízos para a vida e a saúde dos mesmos.

O significado desse período pode ser diferente para cada adolescente e isso se evidencia em pesquisas em que são questionados sobre como se percebem ou o que entendem sobre ser adolescente. São encontradas visões diferentes e determinantes em relação ao assunto. Cardoso e Cocco (2003), questionando os adolescentes sobre o que significa a adolescência, encontraram respostas como: experimentar drogas e álcool, conviver com um grupo, experimentar o sexo, usar contraceptivo, ter valores próprios e um grande amor, relacionar-se com a família, participar de discussões em grupos e conviver com a violência.

Apesar dos vários componentes envolvidos nas respostas obtidas, estas demonstram que a percepção e o entendimento que os adolescentes têm sobre si e sobre o período em que estão vivendo podem também ser considerados fatores de vulnerabilidade, pois suas atitudes se relacionam diretamente às suas condições de saúde e à sua qualidade de vida. Decorrente das escolhas, hábitos, cuidados ou descuidos, podem surgir conseqüências indesejadas e, no tocante à descoberta da sexualidade, mais especificamente, podem culminar com alguma doença sexualmente transmissível ou uma gestação não planejada.

A falta de respeito aos direitos dos adolescentes, bem como a ausência de diálogo e uma dificuldade em enxergar os adolescentes como pessoas que necessitam de um olhar, uma



escuta e um acolhimento especial podem gerar uma série de prejuízos na vida e na saúde dos mesmos, contribuindo também para uma gestação precoce e não desejada.

A gestação na adolescência é uma realidade em nossa sociedade, originada por fatores relacionados com a falta de implementação de uma política de atenção específica para essa faixa etária e de componentes sociais e culturais característicos de determinadas regiões ou grupos populacionais. As conseqüências de uma gravidez, desejada ou não, para as adolescentes podem ser diversas, relacionando-se aos componentes físicos, socioculturais e emocionais, entre outros.

Sabendo que a gestação nem sempre é considerada um evento negativo na vida das adolescentes, acreditamos que elas, como cidadãs, devem ter o direito de escolher em que momento da vida pretendem engravidar. Mas, para isso, sabemos também que são necessárias condições de atenção, cuidado e educação que lhes proporcionem autonomia e emancipação, bem como possibilidades de escolha.

Acreditamos que, para que seja possível criar essas condições, precisamos conhecer e entender os adolescentes com quem trabalhamos e para quem devemos propiciar espaços democráticos. Precisamos saber quem são as adolescentes que estão engravidando, quais os aspectos emocionais, a estrutura familiar e as condições econômicas e financeiras relacionadas às adolescentes que engravidam. Além disso, é importante conhecer quais são os subsídios, e ferramentas de conhecimentos, disponíveis para realizarem suas escolhas e como se sentem em relação à responsabilidade e transformações advindas na gestação.

Ao refletir sobre os componentes encontrados, percebemos como essencial a adoção de uma política efetiva de educação em saúde que possa compreender e acolher todas as expectativas, dúvidas e medos dos adolescentes, mas que também tenha respeito em aceitar e valorizar suas vivências, opiniões e desejos. Uma política embasada no diálogo, disposta a promover a conscientização e a autonomia dos adolescentes na tomada de decisões tão importantes para suas vidas e das pessoas do seu convívio.

A educação em saúde deve pressupor a perspectiva de um trabalho com indivíduos e grupos, acentuando a condição de sujeitos plenos e plurais, utilizando metodologias participativas e fundamentando-se no entendimento do adolescente como protagonista, como fonte de iniciativa, de liberdade e compromisso, valorizando a dignidade plena e a possibilidade de uma construção coletiva do conhecimento em saúde (RAMOS, 2001).

Durante minha atuação profissional, como enfermeira de uma das Equipes de Saúde da Família inseridas na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Ipê, no Município de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul, realizava diversas atividades de assistência aos adolescentes. O que

me chamou a atenção, nesse cenário, foi a quantidade de adolescentes que acessavam a UBS para realizar exames de confirmação de gravidez ou, já se sabendo grávidas, para a realização das consultas no pré-natal.

Uma consulta aos registros do pré-natal dessa unidade, realizada no mês de fevereiro de 2009, evidenciou que, das 79 gestantes cadastradas, 23 possuíam menos de 20 anos de idade, sendo consideradas adolescentes gestantes, representando 29% do total. Esse índice encontra-se acima do pactuado pelo Município de Caxias do Sul, que seria de 16% de adolescentes grávidas em relação ao total, segundo dados obtidos junto à coordenação da política de atenção à saúde da mulher da Secretaria Municipal de Saúde.

Na época desta consulta aos registros, eu realizava a primeira consulta das gestantes ou a captação e o cadastro das mesmas e tinha a oportunidade de compartilhar das emoções da descoberta da gravidez e das novas sensações e transformações que começavam a surgir. Ao perguntar, principalmente para as adolescentes, como se sentiam estando grávidas, ouvia respostas diferentes e interessantes, demonstrando não só o significado que a gestação tinha para elas, mas também o grau de maturidade e consciência quanto ao seu futuro e o do novo ser em formação, que dependeria do seu cuidado e amor.

Observamos que, apesar de uma gestação nessa faixa etária representar um evento difícil para as mesmas, considerando todas as peculiaridades relacionadas às suas vidas pessoais, sociais e familiares, essa gravidez também está repleta de outros significados. Eles dizem respeito à possibilidade de um novo amor, de alguém que será amado e cuidado e que desenvolverá uma relação de afeto, de carinho, sorrisos e alegrias que, em geral, está faltando na vida destas adolescentes.

Diante dessas informações, percebemos como necessária uma reflexão muito mais aprofundada sobre o universo da adolescência e sobre a nossa função como profissionais da saúde e educadores por natureza, em relação à forma ou maneira como estamos realizando nossas ações de educação em saúde junto aos adolescentes.

Os métodos de educação em saúde que utilizamos geram uma aproximação ou um distanciamento desses adolescentes, favorecendo ou impedindo a obtenção dos objetivos propostos, que são a instrumentalização e a conscientização dos mesmos para fazer escolhas e tomar decisões com liberdade e autonomia.

Frente a atual realidade, de tantas meninas engravidando, talvez possamos inferir que as ações desenvolvidas, os projetos, palestras e capacitações realizadas atualmente não são adequadas para a conquista dos objetivos citados anteriormente.

A partir dessa constatação, nos questionamos sobre a eficiência da atenção e das ações de educação em saúde, sobre as possíveis falhas cometidas no propósito de ajudar e instrumentalizar as adolescentes, para que iniciem sua vida sexual ciente de que podem fazer descobertas e sentir prazer, sem a ocorrência de uma gravidez. Nos questionamos sobre como proporcionar a elas uma opção, uma escolha quanto ao melhor período para ser mãe, como orientá-las a se relacionar sexualmente sem que necessariamente desta relação os reflexos sejam o desenvolvimento de patologias, a maternidade precoce e provavelmente o abandono da escola, das brincadeiras de criança, das diversões e do contato com os amigos.

As avaliações e questionamentos em relação aos métodos utilizados até hoje para se trabalhar com os adolescentes demonstram que eles não estão alcançando o impacto desejado e, principalmente, não estão conseguindo atrair a população de adolescentes aos serviços de saúde numa fase anterior à ocorrência de patologias, agravos e ou gestação.

Existem ainda muitas dúvidas relativas a forma para se trabalhar com a adolescência, aos melhores métodos, abordagens, estratégias para se conseguir mudar efetivamente a atual realidade. Também é importante conhecer as ferramentas que devemos utilizar nas nossas ações de educação em saúde que possibilitem a conscientização, a liberdade e a autonomia dos adolescentes.

Na tentativa de obter respostas às nossas reflexões e questionamentos, partimos do entendimento de que a educação em saúde é um processo amplo e importante na construção e troca de conhecimentos e práticas relacionados aos modos como cada cultura e cada cidadão concebem o viver de forma saudável e o processo saúde/doença (Meyer et al, 2006). Assim, lançamos mão de um estudo, uma instância de produção de conhecimentos, procurando desenvolvê-lo no intuito de verificar junto às gestantes adolescentes que buscam assistência na UBS Vila Ipê a seguinte questão de pesquisa:

**Quais as percepções das gestantes adolescentes que buscam assistência na UBS Vila Ipê em relação aos programas de educação em saúde voltados para a gravidez na adolescência?**

Para responder a essa questão, propõem-se os seguintes objetivos:

- **Conhecer a experiência das gestantes adolescentes da UBS Vila Ipê em relação à educação em saúde;**
- **Compreender o significado desta gravidez para as adolescentes;**
- **Compreender como a prática educativa desenvolvida com um grupo de educação em saúde de gestantes adolescentes pode contribuir na construção da emancipação das mesmas.**

## 2 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

### 2.1 Gravidez na adolescência

Ao falarmos sobre a adolescência, não podemos esquecer o processo de construção da identidade do adolescente, das experiências, ensinamentos e exemplos que recebeu em casa, na escola e no convívio social. A partir dessa construção e da forma como vivenciarão a adolescência, serão delineadas as características e os caminhos seguidos na fase adulta.

Assim como os aspectos emocionais, intelectuais e psicológicos, as escolhas relacionadas com a sexualidade também serão reflexos dessa construção. A importância desse processo aparece nos estudos de Brêtas e Silva (2005), quando escrevem que a adolescência é um momento de (re) descoberta, pois a sexualidade é construída ao longo da vida, da história pessoal de cada indivíduo, das experiências e influências do ambiente no qual vive, sendo permeadas de ideologias e visões de mundo diferenciadas.

O desenvolvimento da sexualidade faz parte do universo da adolescência e é essencial que ela ocorra em um nível de maturidade adequado, pois dela dependerão o crescimento do indivíduo em direção à sua identidade adulta, sua inserção na sociedade, a estruturação de sua auto-estima e os padrões de relacionamento afetivo que virá a desenvolver no decorrer de toda a sua vida.

Nesse sentido, tornam-se importantes as discussões referentes ao desenvolvimento da sexualidade entre os adolescentes, pois aspectos relacionados à saúde e à qualidade de vida dos mesmos estão intimamente associados com as atitudes e práticas adotadas em suas relações de amor, prazer, curiosidades e descobrimentos.

Costa e Bigras (2007, p. 1105) ressaltam a importância da consideração e valorização de vários fatores, ao se avaliar a vulnerabilidade dos adolescentes, afirmando que:

No que diz respeito à infância e adolescência, as peculiaridades biopsicossociais relacionadas ao processo de crescimento, desenvolvimento pessoal (maturidade emocional e intelectual) e inserção social caracterizam este grupo como de alta vulnerabilidade aos agravos sociais [...]

A sexualidade faz parte de todas as etapas da vida, envolvendo práticas e desejos relacionados a tabus, mitos, preconceitos e relações de poder, impedindo diálogos, conversas, e entendimentos como algo saudável e natural (BRASIL, 2007b).

Para os adolescentes a sexualidade significa descobertas, novas experiências, sensação de liberdade, de capacidade e responsabilidade para tomar decisões na busca de afirmação e identidade. No entanto, a sociedade e as políticas de saúde desconsideram aspectos importantes da sexualidade no desenvolvimento humano e também nos conceitos de amor, emoções e desejos, deixando-os totalmente à margem nas ações e intervenções de saúde e desvalorizando os significados que esses sentimentos têm para os adolescentes.

Nesse sentido, Borges e Schor (2005) reforçam que, comumente, sendo o início da vida sexual na adolescência, esse início torna-se muitas vezes um marco na vida reprodutiva dos indivíduos, fazendo-se necessário conhecer os aspectos que o antecedem, pois estes assumem grande importância na trajetória afetivo-amorosa.

Quando pesquisaram sobre o aprendizado da sexualidade, Heilborn et al. (2006), trouxeram grandes contribuições para a compreensão dos significados da sexualidade no mundo dos adolescentes. É importante demonstrar aqui como a descoberta da sexualidade relaciona-se a vários aspectos e não somente à experimentação da relação sexual em si. Dessa forma, Heilborn et al, (2006, p.35) referem que:

a adolescência caracteriza-se por diversas transições, sendo a passagem à sexualidade com o parceiro a de maior repercussão. O aprendizado da sexualidade, contudo, não se restringe àquele da genitalidade, tampouco ao acontecimento da primeira relação sexual. Trata-se de um processo de experimentação pessoal e de impregnação pela cultura sexual do grupo, que se acelera na adolescência e na juventude. O aprendizado constitui-se na familiarização de representações, valores, papéis de gênero, rituais de interação e de práticas, presentes na noção de cultura sexual.

Diante do exposto torna-se relevante discutir sobre os fatores envolvidos no aprendizado da sexualidade, e a forma como estes interferem no desenvolvimento da mesma.

As transformações na vida sociocultural das últimas décadas têm proporcionado à adoção de novos comportamentos, hábitos e atitudes. A inserção da mulher no mercado de trabalho, o advento da pílula anticoncepcional e a liberdade de optar, ou não, por uma gestação, ocasionaram uma mudança significativa nos padrões sexuais das mulheres.

Ainda, a influência da mídia e de seus programas tem interferido diretamente na sexualidade humana, culminando inclusive com o início precoce da vida sexual, muitas vezes ainda na pré-adolescência. No entanto, essa experiência ocorre de maneira diferente entre os adolescentes, pois existem as desigualdades de gênero, de condições socioeconômicas e culturais e as de etnia, e também de discriminação pela orientação sexual (COSTA E BIGRAS, 2007).

A importância do contexto em que o adolescente está inserido reflete diretamente no desenvolvimento de sua sexualidade, fato que pode ser percebido em Damiani (2005, p. 37), ao afirmar que:

[...] as atitudes e comportamentos relativos à sexualidade relacionam-se diretamente à cultura do indivíduo, que varia com o local, a época e as circunstâncias. Os papéis sexuais designados ao indivíduo para que ele se porte são determinados pela sociedade, que rotula o “moral” e o “certo”.

Dessa forma, podemos inferir que, dependendo do contexto ou ambiente em que se encontram, das experiências prévias, do suporte emocional, do cuidado, das orientações, da aprendizagem e da confiança em si e no mundo, a descoberta da sexualidade poderá ser um evento sadio e agradável, contribuindo positivamente na aquisição de maturidade e segurança emocional. No entanto, se ocorrer num contexto oposto, a descoberta da sexualidade poderá ser associada a experiências frustrantes e desagradáveis, que intensificam a instabilidade psicoemocional e acarretam prejuízos na autoestima dos adolescentes.

Ramos (2001) defende que os adolescentes precisam ter seus direitos sexuais e reprodutivos respeitados, considerando os aspectos necessários para o desenvolvimento de uma sexualidade saudável. E cita os direitos baseados na Declaração aprovada no XV Congresso Mundial de Sexologia (Hong Kong, 1999), que são: O direito à liberdade sexual, à autonomia sexual, à privacidade sexual, à igualdade sexual, ao prazer sexual, à expressão sexual, à livre associação sexual, às escolhas reprodutivas livres e responsáveis, à informação baseada no conhecimento científico, à educação sexual compreensiva, à saúde sexual.

Além desses, considerando suas especificidades e necessidades, os adolescentes têm o direito de decidir livre e responsabilmente sobre o número de filhos e o espaçamento entre os nascimentos; o direito de adotar decisões relativas à reprodução sem sofrer quaisquer discriminações, coações ou violência; o direito a serviços de saúde reprodutiva integral e de boa qualidade, com enfoque integrado de necessidades, em matéria de nutrição, saúde reprodutiva, educação, orientação e promoção de capacidades criativas, permeáveis ao acesso a informações e meios para alcançar o nível mais elevado de saúde reprodutiva, incluindo medidas de apoio ao autocontrole da fertilidade e proteção da gravidez, parto e puerpério, com relações baseadas no respeito aos valores culturais e religiosos (Direitos sexuais e reprodutivos do XV Congresso Mundial de Sexologia, 1999, in Ramos, 2001).

O desrespeito a esses direitos, a falta de diálogo e de valorização dos potenciais e das necessidades dos adolescentes podem causar danos aos mesmos, resultando em eventos que, possivelmente, não aconteceriam se eles tivessem oportunidades diferentes.

No que se refere à gestação na adolescência, sabemos que ela pode ser decorrente da descoberta da sexualidade por meio de experiências ou vivências baseadas na carência afetiva, instabilidade emocional, necessidade de auto-afirmação, desconfiança, “prova de amor” ao parceiro, entre outros, sem uma consciência de todos os componentes envolvidos e sem a adoção de cuidados, de proteção. As relações sexuais realizadas nesses contextos poderão levar a uma gestação que não foi desejada ou planejada.

Apesar de vários estudos demonstrando uma queda na taxa de fecundidade feminina, este processo de declínio não acompanhou todas as faixas etárias, observando-se um aumento nas taxas específicas de fecundidade entre adolescentes, principalmente naquelas entre 15 e 19 anos, conforme demonstram Leite, Rodrigues e Fonseca (2004), concordando com os demais estudos. Segundo um estudo realizado em 2009, pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a tendência foi de aumento nos anos de 1990, entre 1997 e 2001, e de queda desde então. Em 1992, para cada mil adolescentes, observaram-se 91 filhos nascidos vivos e, em 2007, 70 por mil.

Esteves e Menandro (2005) indicam que, segundo diversos registros existentes no Brasil, há uma expressiva e crescente ocorrência de gestação na adolescência, sendo que, no Censo de 2000, constatou-se que 20,33% das mulheres que haviam gestado nos doze meses anteriores tinham entre 10 e 19 anos.

Ainda que o IPEA (2009) aponte para um declínio na fecundidade das adolescentes, duas questões merecem destaque, que são, no caso da fecundidade, o novo regime demográfico com baixíssima fecundidade nos demais grupos etários, e o fato de os nascimentos terem progressivamente se concentrado entre mulheres menores de 30 anos, ou seja, na faixa que se convencionou chamar de juventude. No Brasil, em 2007, aproximadamente 71% dos nascidos vivos eram filhos de mulheres entre 15 e 29 anos, e os filhos nascidos vivos das mulheres de 15 a 19 anos respondiam por cerca de 20% do total de nascimentos.

Já, no Estado do Rio Grande do Sul, em 2007, o SINASC/RS registrou 23.736 nascidos vivos de mães com idades entre 10 e 19 anos, sendo 1.027 de mães na faixa etária de 10 a 14 anos e 22.709 de mães na faixa de 15 a 19 anos. Na faixa etária de 20 a 24 anos, foram 33.646 nascimentos. A proporção de nascidos vivos filhos de mães na faixa de 10 a 19 anos, em relação à totalidade de nascimentos, é de 17,8% (SES-RS, 2009).



Em virtude disso, numa realidade em que as taxas de fecundidade estão controladas ou até em declínio, o fato de muitas adolescentes estarem gestando, inclusive com um aumento dos índices em relação aos anos anteriores, chama a atenção para as possíveis causas desse fenômeno. Corroborando com o que já foi mencionado quanto à influência do meio e dos fatores socioculturais, autores como Borges e Schor (2005), em seus estudos, indicam que esse aumento está presente principalmente entre as meninas menos escolarizadas, negras e mais pobres, de regiões urbanas, levando a um aumento na contribuição relativa das mais jovens para a fecundidade em geral. Outras possíveis causas relacionadas à gravidez na adolescência se devem ao início precoce das relações sexuais e as características do parceiro.

Godinho et al, (2000) também apontam para possíveis “causas” da gravidez na adolescência: a falta de lazer, a desestruturação familiar, a necessidade de expressar amor e confiança, entre outros, podem levar a adolescente a iniciar uma vida sexual precoce e sem “cuidados”, aumentando o risco de uma gestação indesejada. Também referem à ausência de educação sexual nas escolas e a falta de programas de planejamento familiar nos serviços públicos de saúde como fatores potenciais de gravidez na adolescência.

No mesmo estudo, esses autores ainda encontraram características que traçam um perfil destas adolescentes gestantes, como renda familiar baixa e escolaridade abaixo da esperada para a idade. Também referem à falta de orientações em relação à sexualidade e métodos anticoncepcionais e o desejo de ter um filho para dar mais sentido à vida como fatores predisponentes para uma gestação na adolescência.

Em relação à escolaridade, encontramos outros autores que reforçam o baixo nível educacional das adolescentes como um dos principais geradores de uma gestação precoce. Estudando o comportamento sexual e reprodutivo das adolescentes, Leite, Rodrigues e Fonseca (2004, p. 477) relatam que:

o nível educacional das adolescentes aparece como o mais importante determinante do seu comportamento sexual e reprodutivo. Adolescentes com cinco ou mais anos de escolaridade são menos propensas a ter a primeira relação sexual; mais propensas a usarem algum método anticoncepcional na primeira relação; e apresentam riscos mais baixos de ter filhos, em comparação com adolescentes com até quatro anos de estudo [...]

A partir dessas leituras, podemos concluir que a ocorrência de uma gravidez durante a adolescência está relacionada a uma soma de fatores, devendo-se considerar também aspectos relativos às aspirações e curiosidades das adolescentes, pois, dependendo da forma

como as mesmas serão supridas, os resultados serão mais ou menos significativos na vida delas.

Torna-se relevante retomar aqui a discussão quanto ao papel da primeira relação sexual, da percepção da genitalidade, das sensações decorrentes do toque e da consciência do corpo na descoberta da sexualidade. Esses acontecimentos são marcantes, mas não são os únicos que representam as transformações e as atitudes relacionadas à vida sexual dos indivíduos. É imprescindível que se valorizem os fatores relacionados à família, educação, amigos e sociedade, entre outros.

Sabendo que a mídia e a sociedade interferem diretamente nas escolhas pessoais, na medida em que divulgam informações, histórias e fantasias como sendo fatos concretos, despertando a vontade do consumo, o desejo do conhecimento, a necessidade da experimentação, vendendo a ideia de uma felicidade fácil, mas superficial e obtida a partir de um prazer efêmero, não podemos desconsiderar sua interferência direta nas questões relacionadas com a adolescência. Dessa forma, Meyer et al, (2007, p. 221) refletem que:

nessa cultura, de forma muito ampla, o prazer, a felicidade e a saúde, por exemplo, tornaram-se imperativos, sendo o amor e a sexualidade definidos como ingredientes indispensáveis para que esse prazer, essa felicidade e essa saúde se realizem. E a vivência deste prazer muito frequentemente, está associada à disposição e à capacidade de enfrentar e de correr determinados riscos, que atualizam uma relação que, historicamente, se faz entre prazer e perigo.

Persona, Shimo e Tarallo (2004) referem que o desejo consciente ou inconsciente de engravidar também está relacionado ou pode ser influenciado por fatores como não perder o namorado, desejo de sair da casa dos pais, afirmação da feminilidade através da fertilidade, expectativa de encontrar no filho um objetivo para sua vida e uma companhia. No entanto, esses autores também reforçam questões relacionadas ao desconhecimento ou uso inadequado dos métodos contraceptivos, ausência de orientações sobre fisiologia e sexualidade, além de interferência do uso de substâncias como álcool e drogas.

Em relação à falta de informações, Borges e Schor (2005) trazem que existe ainda uma lacuna entre o acesso à informação e a promoção de uma mudança de comportamento. Eles acreditam que aspectos relacionados com as experiências pré-sexuais merecem um enfoque maior e devem ser valorizados, pois é no beijo, no namoro e no início das relações sexuais que se delinearão os rumos de como será a vida sexual dos envolvidos.

Quanto às conseqüências decorrentes de uma gestação na fase da adolescência, vale ressaltar que ela pode ter efeitos significativos para o futuro dessas meninas. Esteves e

Meandro (2005) referem que a gestação na adolescência está relacionada com a impossibilidade de completar a função adolescente, antecipando escolhas e abreviando experiências. Também acarreta no abandono da vida escolar, menor chance de qualificação profissional e, conseqüentemente, menos oportunidades de inserção no mundo do trabalho.

Várias pesquisas demonstram que o abandono escolar, o afastamento dos amigos, a culpabilização, o desrespeito e agressividade familiar, bem como a perda de oportunidades de trabalho e emprego promissores, e até a diminuição da chance de relacionamentos afetivos maduros, duradouros e felizes estão presentes na trajetória das mesmas, concordando com o que Godinho et al, (2000, p. 28) encontraram, ou seja:

o expressivo número de adolescentes que abandonam seus estudos devido à gravidez pode ter relação com a vergonha destas meninas mais jovens em assumirem-na, de enfrentarem os colegas e professores, pois estão muitas vezes sozinhas. A saída mais fácil acaba sendo o abandono escolar já no início da gravidez [...]. Essas garotas, com baixa escolaridade, têm menor chance frente a um mercado de trabalho cada vez mais competitivo e, mesmo quando conseguem colocação, isso se dá em atividades com baixa remuneração [...]

Além do abandono escolar e da diminuição das chances no mercado de trabalho, Damiani (2005, p.17) enfatiza as conseqüências negativas de uma gravidez nessa faixa etária, ao referir que “uma gestante jovem pode apresentar insatisfação, baixa auto-estima, rejeição social, ansiedade, depressão, frustração”.

Esteves e Menandro (2005) trazem também um aumento das dificuldades para restabelecer a vida sexual e controlar a fecundidade, surgindo a impossibilidade de formar uma família bem-estabilizada, dependência financeira, instabilidade conjugal, alguns casos de abandono familiar, além de vivência de situações de preconceito.

Ainda, além do impacto emocional e social, essas conseqüências trazem sérias preocupações em relação à saúde da mãe e da criança, estando associadas às altas taxas de morbimortalidade materna, maiores riscos de aborto, complicações no parto e trabalho de parto prematuro e prematuridade, conforme descrito por Leite et al, (2004).

Ao realizar a atenção e assistência a essas adolescentes, devemos analisar todos os fatores envolvidos no contexto da gestação, buscando diminuir os riscos, reconhecendo a complexidade de suas vidas e valorizando o significado da gravidez para as mesmas, proporcionando o desenvolvimento de um amadurecimento e de uma vida saudável.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão apresentadas as Políticas Públicas existentes no Brasil relativas à adolescência, bem como a Educação em Saúde, conceitos, ações e sua relação com a prática assistencial dos profissionais de saúde no cuidado aos adolescentes.

#### 3.1 Políticas públicas para os adolescentes

Em relação aos aspectos legais, Ferreira et al, (2007) lembram que, no art. 277 da Constituição Federal de 1988, ressalta-se que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida, saúde e educação. Também que, em julho de 1990, foi sancionada a Lei 8.069 e em outubro do mesmo ano entrou em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), cujo objetivo principal foi colocar “os direitos da criança e do jovem numa perspectiva condizente com sua condição de pessoa em desenvolvimento e que, por sua vulnerabilidade, merecem proteção integral: física, psíquica e moral” (BRASIL, 1996).

No ECA, em relação à saúde, no Título II que trata dos Direitos Fundamentais, o Capítulo I, referente ao Direito à Vida e à Saúde, no art. 7º, refere que: “a criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (BRASIL, 1996).

O Estatuto da Criança e do Adolescente regulamentou o artigo 227 da Constituição Federal, que atribui à criança e ao adolescente prioridade absoluta no atendimento aos seus direitos como cidadãos brasileiros. A aprovação dessa Lei representa um esforço coletivo dos mais diversos setores da sociedade organizada e revela um projeto marcado pela igualdade de direitos e de condições que devem ser construídas, para assegurar acesso a esses direitos (Lei nº 8.069/1990).

No que tange à área da saúde, surge em 21 de dezembro de 1989 o PROSAD- Programa de Saúde do Adolescente, regulamentado através da Portaria nº. 980/GM do Ministério da Saúde. O PROSAD se fundamenta em uma política de promoção de saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, com tratamento adequado e

reabilitação. Suas ações são baseadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e garantidas pela Constituição Brasileira de 1988 (LIMA, 2007).

Segundo Ferreira et al, (2000) o PROSAD elegeu como áreas prioritárias o crescimento e desenvolvimento, a sexualidade, a saúde bucal, a saúde mental, a saúde reprodutiva, a saúde do escolar adolescente e a prevenção de acidentes, orientadas pelo princípio de integralidade das ações de saúde, da multidisciplinaridade e na integração intersetorial e interinstitucional dos órgãos envolvidos, alicerçando-se numa política de promoção da saúde, desenvolvimento de práticas educativas, identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, tratamento e reabilitação.

Imbuído na filosofia desse Programa, o MS construiu uma série de manuais, textos técnicos e afins, com o intuito de instrumentalizar os profissionais da saúde na realização de atividades de assistência aos adolescentes. Um desses manuais é o “Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens”, que traz uma reflexão a respeito das características e das especificidades do universo da adolescência. Inclusos nessa reflexão existem questões relativas à legislação e aos direitos dos adolescentes, aspectos relativos à sexualidade e um panorama da situação atual em relação à gestação na adolescência, além de políticas de planejamento familiar e de redução da mortalidade materna (BRASIL, 2007).

A Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, através do Departamento de Ações em Saúde, na Seção de Saúde da Criança e do Adolescente, lançou a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, em julho de 2009, no sentido de promover a saúde de adolescentes e jovens, sobretudo nas áreas essenciais, para o desenvolvimento integral dessa população. Para tanto, privilegiou o princípio da intersetorialidade, procurando intervir junto a eventos da vida dos adolescentes que impossibilitam ou dificultam seu desenvolvimento físico, psicológico e social (SES-RS, 2009).

Entre suas prioridades encontram-se a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens. Procurando atuar nesse contexto, o Estado articulou medidas consideradas essenciais para a intervenção e desenvolvimento de ações, como o desenvolvimento da igualdade nas relações de gênero, de acordo com as especificidades e vulnerabilidades por faixas etárias e grupos populacionais; o estímulo à participação de adolescentes e jovens como promotores de saúde sexual e reprodutiva; a sensibilização dos profissionais de saúde para a realização de ações que fortaleçam a identidade pessoal e cultural de adolescentes e jovens, na perspectiva da construção de um projeto de vida.

Também foi lançada a Caderneta de Saúde de Adolescentes para a faixa etária de 10 a 16 anos, uma proposta do Ministério da Saúde que, além de servir de apoio aos profissionais de saúde, contribuirá para que os próprios adolescentes acompanhem as transformações que ocorrem em seu corpo e tenham informações qualificadas sobre saúde, direitos e relações afetivas saudáveis. A implantação da Caderneta está sendo de forma gradativa, com capacitação dos profissionais de saúde para o acolhimento dos adolescentes, suas demandas e necessidades específicas, facilitando o vínculo com a equipe e ampliando o acesso aos serviços (SES - RS, 2009).

Este e vários outros documentos, protocolos e manuais servem como base teórica e fornecem um bom subsídio para a realização de ações relativas ao atendimento sobre anticoncepção, às consultas de pré-natal e ao diagnóstico precoce de patologias ou intercorrências que possam ocasionar riscos à saúde da mãe e do bebê. No entanto, sente-se na prática das ações de saúde a falta da implementação de uma política de educação em saúde que permita uma ação efetiva de diálogo com os adolescentes, favorecendo o desenvolvimento da sua autonomia.

Reforçamos que uma característica essencial é a humanização das relações entre a equipe de saúde e os usuários, de forma a ouvir com atenção todos os adolescentes que procuram os serviços de saúde, ofertando informação, atendimento e encaminhamentos adequados (OLIVEIRA, CARVALHO E SILVA, 2008).

Entendemos como condição indispensável para o bom atendimento ao adolescente a dedicação, disponibilidade e a criatividade do profissional da saúde ao realizar suas ações junto aos mesmos. Além disso, também são necessários interesse, tempo e experiência, obtidos a partir de um contínuo trabalho e da interação e troca entre diferentes profissões da área da saúde.

Os serviços de atenção integral ao adolescente devem ser disponíveis, acessíveis, acolhedores e competentes, aspectos fundamentais para que o adolescente tenha o seu primeiro contato de uma forma tranquila e confiante. Também é muito importante que o adolescente queira e aceite o atendimento, sendo receptivo ao processo (MINAS GERAIS, 2006).

Considerando as peculiaridades do adolescente e objetivando a maior procura dos mesmos aos serviços de saúde, dentro do princípio de atendimento humanizado, é mister que existam espaço próprio, horário definido para o atendimento, formação de vínculo de empatia e respeito, disponibilidade para ouvir, observação da confidencialidade, linguagem adequada

e paciência. Requisitos que devem ser observados por todos os integrantes da equipe, desde a recepção até os profissionais encarregados da atenção integral (MINAS GERAIS, 2006).

Em relação ao atendimento de adolescentes para orientações sobre sexualidade ou métodos contraceptivos, também existem diversos estudos demonstrando uma série de cuidados e ações a serem adotados pelas instituições e profissionais de saúde, com vistas a prestar um atendimento adequado e satisfatório às suas demandas e necessidades.

Para alguns autores, o adolescente que procura aconselhamento quanto à anticoncepção deseja saber o método a escolher, sua eficácia e os riscos decorrentes. Para tanto, torna-se essencial que os profissionais da saúde tenham conhecimento sobre o assunto e se disponham a um aconselhamento amplo, claro, honesto, ressaltando a importância dos métodos de contracepção não apenas em relação à gravidez indesejada, mas também em relação à DST e AIDS, proporcionando aos próprios adolescentes condições e o direito de escolha (ALDRIGHI e PETTA, 2004).

Eles ainda trazem que, segundo a OMS, antes de discutir as opções contraceptivas com o adolescente, deve-se oportunizar-lhe ao mesmo um espaço onde ele expresse suas necessidades, que podem ser a prevenção de uma gravidez ou a proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Se o adolescente optar pela proteção, devem ser apresentadas e disponibilizadas as opções que, se utilizadas consistentemente e corretamente, irão prevenir a gravidez e também as DSTs e AIDS.

Encontramos, em Aldrighi e Petta (2004), que um serviço de orientação em saúde sexual e reprodutiva para adolescentes deve estar preparado para entender e atender suas especificidades, proporcionando uma atenção eficaz e de qualidade, com uma boa comunicação, utilizando linguagem simples e sem julgamento moral, fornecendo a garantia da confidencialidade das informações, privacidade no atendimento, disponibilidade de insumos, levando-se em consideração a necessidade de dupla proteção.

Os mesmos autores ressaltam ainda a facilidade de acesso aos serviços, a presença de profissionais qualificados para as demandas do atendimento, a ênfase no processo educativo, a realização de grupos com a utilização de metodologias que motivem mudanças de atividade e comportamento, avaliação integral incluindo a avaliação psicossocial, além do exame físico, e novamente a privacidade para os adolescentes, sendo que os pais ou familiares só estarão presentes se ele permitir ou solicitar (ALDRIGHI e PETTA, 2004).

Discutir com o adolescente questões relativas ao planejamento familiar e sexualidade é uma das atribuições do profissional da saúde, especificamente daqueles da Atenção Básica e

da Estratégia de Saúde da Família, e essa discussão deve ser democrática, desprovida de qualquer tipo de preconceito.

Nesse contexto, torna-se relevante a implementação de estratégias que permitam aos adolescentes um espaço de aprendizagem sobre sua saúde sexual e reprodutiva, sem prejuízo de valor ou moralidade, proporcionando escolhas saudáveis e um desenvolvimento que leve a uma vida plena e feliz.

Brêtas e Silva (2005) lembram que a sexualidade continua sendo um tabu no qual se acentua apenas o que é negativo e prejudicial no sexo; o que é biológica e psicologicamente positivo, que constitui a base do amor, da convivência, da família e da própria sobrevivência humana é relegado. Para eles, a prática libertária que compreende e valoriza o interesse e a necessidade sexual do adolescente não significa libertinagem, mas facilitar o contato sadio e protegido entre adolescentes de ambos os sexos, acreditando que a sexualidade, quando compreendida e adequadamente canalizada, se traduz em amor, criatividade, potência geradora de progresso e de desenvolvimento.

Em relação à enfermagem, Ferreira et al, (2000) ressaltam que, ao considerar os conceitos com os quais trabalha, o enfermeiro deve realizar suas ações e valorizar os sujeitos de sua prática, orientado pelo princípio do compromisso social, considerando propósitos que possibilitem o bem-estar do ser humano, individual e coletivamente, desenvolvendo ações que ajudem a sociedade a alcançar um bom nível de saúde, cumprindo o seu papel social e político.

Uma alternativa que tem demonstrado excelentes resultados é o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), que surge como proposta de viabilizar uma aprendizagem compartilhada por trabalhadores da educação, saúde e algumas instituições públicas. Com esse objetivo, os profissionais realizam ações relacionadas à vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DSTs e AIDS, gestação na adolescência, uso de substâncias psicoativas e outras intercorrências. A Escola e as Unidades de Saúde tornam-se, portanto, um espaço para a realização de políticas voltadas aos adolescentes e jovens, com a participação dos sujeitos neste processo: estudantes, famílias e profissionais da educação e saúde (BRASIL, 2008).

Quando o tema é a gestação na adolescência, Mandu (2000) lembra que grande parte dos estudos focaliza as consequências médico-sociais da gravidez entre adolescentes desconsiderando as diferenças derivadas da sua inserção social. Muitas investigações não consideram o fato de as complicações decorrentes da gravidez na adolescência surgirem de condições inadequadas de vida, da exposição à violência, das desigualdades no exercício cotidiano do poder e no limitado acesso a serviços e recursos sociais.



Nesse sentido, reforça-se a necessidade de espaços e serviços que considerem como primordiais a realização de uma atenção adequada aos adolescentes, respeitando suas necessidades e especificidades. Para a autora, uma abordagem apropriada requer o reconhecimento das desigualdades relativas ao acesso a bens e recursos sociais, confrontando-se as deficiências nas políticas públicas, a violência crescente e a falta de perspectivas futuras com que se defrontam a grande maioria dos adolescentes e jovens (MANDU, 2000).

Para ela, os adolescentes têm o direito de participar autonomamente das decisões que os afetam, solicitando medidas e recursos que possibilitem a melhor opção à sua saúde sexual e reprodutiva e a confrontação dos processos sociais que os tornam vulneráveis a determinados problemas, permitindo sua inserção na luta por transformações que levem ao estabelecimento de novas e apropriadas condições sociais para a saúde. Para desenvolver autonomia e exercê-la, o adolescente precisa obter a certeza da construção de práticas que favoreçam o reconhecimento de suas potencialidades para decidir e responsabilizar-se por sua saúde, segundo valores éticos de solidariedade e equidade.

### **3.2 Educação em Saúde**

Atualmente as ações de educação em saúde realizadas na maioria dos serviços e instituições ainda encontram-se centradas na responsabilização individual e na prevenção de doenças, pautadas na transmissão de informações. Fato confirmado por autores como Meyer et al, (2006), ao referirem que os projetos educativos em saúde permanecem inscritos na perspectiva da transmissão de um conhecimento especializado, para uma população leiga, cujo saber-viver é desvalorizado ou ignorado, reforçando que, para aprender o que o profissional sabe, o usuário deverá desaprender ou descartar o que foi aprendido no cotidiano de uma vida.

Entretanto, as mudanças no campo da saúde pública, principalmente a criação do movimento de promoção da saúde, já provocaram transformações em relação aos princípios ligados à prevenção de doenças, na medida em que o conceito de saúde se amplia, deixando de ser somente a ausência de doenças, além disso, o indivíduo é estimulado a tomar decisões sobre sua vida, possibilitando o desenvolvimento da autonomia (OLIVEIRA, 2005).

Nessa direção, a educação em saúde não pode ocorrer como ação mecânica e automática, mas como uma ação planejada, dinâmica, sensível, múltipla e criativa, implicando em vontade, ação, habilidades, técnica, ética, estética que superam o conhecer, implicando em alegria, satisfação e prazer (SOUSA et al, 2007).

Para Vasconcelos (2001), na medida em que a educação em saúde deixa de ser um complemento da atenção, assumindo a responsabilidade de reorganizar e reorientar as práticas assistenciais, ela passa a ser um instrumento de construção da participação popular nos serviços de saúde, ao mesmo tempo em que permite o aprofundamento da ciência na vida dos indivíduos, famílias e sociedade.

A importância dos movimentos de educação popular se intensifica a partir do rompimento da verticalidade da relação entre o profissional e o usuário, valorizando trocas interpessoais, iniciativas da comunidade e o diálogo que permite a compreensão do saber popular, contrapondo-se à passividade das práticas educativas tradicionais. Essa educação, segundo Alves (2005, p. 46), torna-se verdadeira quando:

O usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo de saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

Aqui, torna-se importante ressaltar o que Fantin (2000) nos traz em relação às experiências populares de educação cujo eixo central é a luta por saúde, na qual a concepção de saúde/doença se amplia e ganha novos enfoques. Além de considerar os determinantes de saúde, como o cuidado de si e o cuidado com o corpo, permeia uma visão de saúde ligada à terra, à moradia, às políticas agrícolas e sociais, ao meio ambiente, à qualidade de vida, à educação, à solidariedade, à participação e à cidadania. Dessa forma, provoca um sentido de luta, articulando-se com a sociedade, vinculando as reivindicações por saúde num contexto de garantia desta cidadania.

Este exercício tem sido reforçado pelas Equipes de Saúde da Família (ESFs), ao adotarem outras posturas em relação ao usuário, potencializando seus conhecimentos e estimulando sua participação não só no cuidado à sua saúde, mas também a da sua família e da sua comunidade. Dessa forma, deixa-se de lado a ênfase no individual, valorizando os componentes sociais envolvidos no processo de saúde e adoecimento das pessoas. Para Oliveira (2005), esta é a diferença entre o modelo tradicional de educação em saúde, que busca a transformação pessoal, e o modelo radical, que almeja a mudança social.

Trazendo para a enfermagem, Saube e Budó (2006) reforçam que o enfermeiro, como profissional que trabalha com pessoas e se preocupa com a melhoria da qualidade de vida das mesmas, necessita de uma abordagem adequada para atingi-las plenamente. Portanto,

torna-se importante a busca criativa de novas alternativas que associem saúde e educação inseridas em um contexto histórico, político, social, econômico e cultural.

Para as mesmas autoras, trabalhar educação e saúde exige uma relação entre os conhecimentos das diferentes ciências que compõem a saúde e as ciências sociais e de educação, num comprometimento com a democracia, com o respeito pela liberdade individual, através de um processo de conscientização, numa concepção de saúde que ultrapasse o modelo biomédico e considere o ser humano em suas diferentes dimensões, no seu contexto de vida (BUDÓ E SAUPE, 2004).

Nesta nova perspectiva, os indivíduos são envolvidos e responsabilizados pelas decisões referentes às suas vidas, mas de maneira consciente e com competência para agir e se articular. No entanto, somente uma relação igualitária entre educando e educador, com a possibilidade de diálogo e de compartilhamento de saberes, favorecerá a autonomia necessária, com conscientização, liberdade e responsabilidade.

Falar em diálogo nos remete a uma reflexão aprofundada sobre as conversas e orientações realizadas pelos profissionais da saúde, pois dialogar exige escuta, trocas e uma horizontalidade na relação interpessoal. Porém, na maioria das vezes, os saberes, as experiências dos usuários não são consideradas na adoção dos planos de tratamento, cuidados e também de ações de promoção em saúde.

As práticas educativas como expressão do cuidado, relacionadas à enfermagem e à saúde pública, devem ser pautadas ou orientadas por alguns princípios fundamentais, conforme citado por Acioli (2008):

- Diálogo/Ouvir o outro.
- Tomar como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das pessoas, acreditando que todos têm um conhecimento a partir de suas experiências e vivências, de suas condições concretas de existência.
- Troca de experiências de construção de conhecimento entre o saber técnico e o saber popular, o que pressupõe que os diversos saberes são apenas diferentes, e não hierarquizados e que a experiência vale tanto quanto a teoria (p. 118).

Nessa direção, compartilhamos o pensamento de Freire (2005), que diz que o diálogo é uma condição fundamental de todos os atos humanos na tarefa de modificar o curso da história. Para ele, o diálogo é o encontro dos homens mediatizados pelo mundo, que não ocorre, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos homens.

Dessa forma, percebemos que, sem dialogar, ouvir, conhecer, observar e valorizar as vivências, as experiências e os conhecimentos das pessoas com as quais desenvolvemos nossas ações de profissionais da saúde e educadores, jamais alcançaremos os objetivos de

uma sociedade mais crítica, consciente, responsável e apta em transformar o mundo num local mais justo.

Assim, ao pensarmos na saúde do adolescente e em todas as questões referentes a esse período da vida, percebemos a importância de conhecer seus modos de viver, seus desejos, ambições e expectativas, para, então, repensar as formas de assisti-los e, principalmente, nas atividades a serem desenvolvidas na educação em saúde.

Ainda mais no que compete à área que trata da sexualidade e da saúde reprodutiva, que representam um desafio na educação dos adolescentes, principalmente porque a sexualidade humana ainda ocupa o *status* de assunto tabu, apesar de os jovens serem “bombardeados” pela mídia e pelo *marketing* com apelos sexuais (FERREIRA et al, 2000)

Nessa direção, no que tange ao desenvolvimento de atividades ligadas à sexualidade dos adolescentes, autores como Vieira et al, (2006) reforçam a importância do envolvimento dos serviços e profissionais da saúde:

a sexualidade na adolescência é importante, e os profissionais de saúde devem estar preparados para respeitar a autonomia de livre escolha e oferecer informações e acompanhamento adequado, lhes garantindo assistência de qualidade [...] (p.137)  
Faz-se necessária a implementação de estratégias que permitam aos jovens desse grupo etário conscientizar-se sobre a importância que envolve a saúde sexual e reprodutiva e dialogar, sem juízo de valor, sobre suas dúvidas e vivências, o que poderia prevenir e garantir uma adolescência saudável (p.139).

Torna-se essencial, portanto, lembrar que os profissionais devem estar capacitados e instrumentalizados para realizar as ações de educação em saúde junto aos adolescentes. Além disso, é muito importante que haja um comprometimento e um desejo de se aproximarem desses adolescentes.

Pautados na compreensão da educação em saúde como estratégia de empoderamento social, concordamos com a necessidade de valorização do adolescente, como sujeito detentor de direitos e deveres e, acima de tudo, como um ser humano dotado de expectativas, sonhos, ambições e perspectivas. Isso exige a adoção de uma nova postura frente aos mesmos, ou seja, de respeito e garantia de uma assistência digna e qualificada. Assim, corroboramos com Ferreira et al. (2007, p. 219), ao referirem que:

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

ausência de doenças, mas de um conjunto de fatores que os levem a prática de um estilo de vida saudável.

Mesmo assim, como lembrado por Alves (2005, p.48), “todo profissional de saúde é um educador em potencial, sendo condição essencial à sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos de busca de autonomia”. Nesse contexto, é necessário que o adolescente seja percebido como um cidadão, como um sujeito realmente dotado de direitos e deveres, a fim de que se criem condições adequadas para o exercício de sua cidadania com responsabilidade, consciência e liberdade na tomada de decisões.

Reibnitz e Prado (2006) reforçam que, na proposta pedagógica ativa, o aluno é o protagonista central e o professor um facilitador das experiências de aprendizado; dessa forma, ele se torna corresponsável pela sua trajetória e o alcance dos objetivos educacionais permanece condicionado à sua efetiva participação. Assim, podemos inferir que, ao proporcionar este espaço educativo e valorizar a participação dos adolescentes nos processos relativos à sua sexualidade e saúde, estamos dividindo as responsabilidades e lhes favorecendo a autonomia.

Torna-se necessário lembrar que nossa prática deve ser pautada no desenvolvimento das potencialidades humanas, no desejo de transformação da realidade e respeitando os direitos das pessoas, como afirma Pereira (2003). Dessa forma, estaremos realizando ações de educação em saúde e de conscientização para a tomada de decisões, contribuindo, portanto, para que as adolescentes sob nossa responsabilidade possam escolher optar por engravidar ou não, mas de forma consciente, sabendo de todas as implicações decorrentes dessa escolha e da sua responsabilização no processo complexo de gerar uma nova vida.

Ao adotarmos práticas responsáveis, estamos honrando nosso compromisso com o mundo que deve ser humanizado para a humanização dos homens. Para Freire (1979, p. 19), “o compromisso, próprio da existência humana, só existe no engajamento com a realidade, de cujas ‘águas’ os homens verdadeiramente comprometidos ficam ‘molhados’, ensopados”. Nesse compromisso, segundo Freire, não pode haver neutralidade, mas sim um posicionamento claro e a adoção de uma conduta de solidariedade e generosidade verdadeira para com o outro.

Por tudo isso, na nossa prática educativa, precisamos lembrar que o processo de educar é complexo, amplo, abrangendo ações, atitudes e gestos que vão muito além da transmissão de conhecimentos ou informações. Temos que pautar nossas ações pensando nas palavras de Freire (1996, p, 23), quando nos diz que:

[...] ensinar não é transferir conhecimentos, conteúdos, nem formar é ação pela qual um sujeito criador dá forma, estilo ou alma a um corpo indeciso e acomodado. Não há docência sem discência, as duas se explicam e seus sujeitos apesar das diferenças que os conotam não se reduzem à condição de objeto, um do outro. Quem ensina, aprende ao ensinar e quem aprende ensina ao aprender.

É importante destacar que em todo processo educativo existe um arcabouço das representações da sociedade e do homem que se quer formar, e que, através da educação, as novas gerações adquirem os valores culturais, reproduzindo ou transformando os códigos sociais de cada sociedade. Compreende-se, então, a importância dos valores que são passados aos jovens, aos adolescentes e, principalmente, a forma como eles percebem esses valores, pois, dependendo da forma como sentirem ou valorizarem os mesmos, poderão adotá-los ou simplesmente ignorá-los (PEREIRA, 2003).

Acioli (2008), defendendo o espaço das atividades de extensão comunitária na construção de conhecimentos e experimentações de formas de cuidar e educar em enfermagem, afirma que o conhecimento considerado emancipador é aquele que proporciona um pensamento voltado à consequência dos atos, substituindo a relação sujeito-objeto pela reciprocidade entre os sujeitos, com a presença da participação e da solidariedade.

As práticas educativas apontadas por essa autora como expressão do cuidado referem-se ao diálogo, ao ouvir o outro, valorizar o saber anterior, acreditando que todas as pessoas têm um conhecimento advindo de suas experiências e vivências, e de suas condições concretas de existência. Ela afirma ainda a necessidade e a importância da troca de conhecimentos entre o saber técnico e o saber popular, pressupondo que os saberes são apenas diferentes e não hierarquizados, valorizando não somente a teoria, mas sim a prática construída no dia a dia.

Partindo dessa perspectiva, desse olhar sobre o processo de educação, nos remetemos novamente a Paulo Freire, percebendo a sua compreensão de educação e as suas formas de realizá-la, como as mais próximas do nosso objetivo, como as mais adequadas para se trabalhar e se aproximar do universo da adolescência.

Saupe e Budó (2006) trazem que a Pedagogia Libertadora, baseada em Paulo Freire, considera a educação uma atividade em que o que é aprendido não decorre de uma imposição ou memorização, mas do nível de compreensão ao qual se chega, a partir de reflexão, discussão e crítica.

Assim, ratificando referências citadas anteriormente neste trabalho, lembramos do que diz Brandão (1984), ao referir que um dos pressupostos do método de Paulo Freire é a

idéia de que ninguém educa ninguém, e ninguém se educa sozinho, pois a educação deve ser um ato coletivo, solidário, um ato de amor, e que ela não pode ser imposta. Confirmando mais um motivo para a escolha de métodos educativos adequados aos adolescentes, pois eles não aceitam a imposição de idéias ou de normas.

Retomamos o foco quanto à necessidade de se conhecer as pessoas com quem estamos dialogando, de conhecer o universo da fala e da cultura do povo, do lugar em que vivem. E, para isso, torna-se necessário investigar, pesquisar, descobrir, levantar o máximo de informações importantes para o conhecimento e entendimento da realidade na qual estamos nos inserindo.

Vale ressaltar novamente o pensamento de Freire, agora citado por Brandão (1984), de que o dado fundamental das relações do mundo é o diálogo, sendo ele o sentimento de amor tornado ação. Então, como “educar” nossos adolescentes para a descoberta da sexualidade, para o início de uma etapa, uma experiência que pode ser cheia de prazeres e descobertas, mas que também pode ser acompanhada de surpresas e consequências não desejadas?

Percebemos assim que, somente através do diálogo, conhecendo e procurando entender o que se passa no universo de mentes tão ávidas por descobrir o mundo e experimentar tudo o que for possível – permitido ou não – teremos condições de desenvolver uma relação de horizontalidade com os adolescentes. Nessa perspectiva, acreditamos que somente ao adotarmos práticas de educação e ação libertadoras, que nos aproximem desses adolescentes de forma democrática, sem dominação ou imposição dos conhecimentos científicos, valorizando e potencializando os seus saberes, é que conseguiremos nos aproximar de uma ação de educação em saúde efetiva, promotora de mudanças de atitudes.

Esta mudança de atitudes, consequência de uma autonomia ou emancipação humana aparece na obra de Paulo Freire, como uma grande conquista política a ser efetivada pela práxis humana, na luta ininterrupta a favor da libertação. Para Freire o processo emancipatório decorre de uma intencionalidade política, assumida por todos aqueles que são comprometidos com a transformação das condições e situações de vida dos oprimidos (MOREIRA, in STRECK, 2008).

Nesta sequência de ideias, reforça-se a compreensão da necessidade de que as adolescentes se tornem conscientes não somente de seu corpo e sua sexualidade, mas do seu papel na sociedade. É preciso proporcionar uma educação crítica, um espaço de interação e um universo de percepção de si e do mundo, para que, a partir da compreensão de si mesmas, elas possam compreender seu universo. Isso é confirmado por Freire, (2002, p.78), ao dizer que:

Enquanto o ser que simplesmente vive não é capaz de refletir sobre si mesmo e saber-se vivendo no mundo, o sujeito existente reflete sobre sua vida, no domínio mesmo da existência e se pergunta em torno de suas relações com o mundo.

A possibilidade que têm os seres humanos de atuar sobre a realidade objetiva e de saber que atuam, de que resulta que a tomem como objeto de sua curiosidade, a sua comunicação mediatizada pela realidade, por meio de sua linguagem criadora, a pluralidade de respostas a um desafio singular, testemunham a criticidade que há nas relações entre eles e o mundo.

Nesta tentativa de aproximação com o “mundo” dos adolescentes, podemos utilizar nas nossas ações de educação em saúde o método do Círculo de Cultura de Freire, que é reunião e a aproximação de pessoas que vivenciam um problema ou uma realidade semelhante, a partir das trocas de conhecimentos, do compartilhamento de experiências, de formas de enfrentamento comuns, que permitem ao grupo problematizar sua própria realidade, decodificando-a criticamente e tomando consciência de seu papel como sujeitos instauradores deste mundo, a partir da ação e reflexão (FREIRE, 2005).

Além disso, é importante ressaltar que a atividade grupal é muito importante nesta faixa etária, pois uma das características dos adolescentes é procurar no grupo de companheiros sua identidade e as respostas para suas ansiedades, facilitando a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências, bem como a busca de soluções para os seus problemas (OLIVEIRA, CARVALHO E SILVA, 2008). Assim, pode-se pensar na realização de grupos educativos baseados na metodologia do Círculo de Cultura.

Para Bohes et al, (2007) o diálogo desenvolvido nos círculos de cultura objetiva o conhecimento no seu sentido mais amplo, que é o de desconstruir, intencionando revelar o sujeito, transformando o oculto em culto, empoderando-o social e politicamente.

As autoras Saupe et al, (1998), ao fazerem uma revisão sobre a utilização das concepções de Paulo Freire dentro da enfermagem, retomam as características do círculo de cultura descrevendo seus passos, que são o levantamento dos temas, a codificação, decodificação e desvelamento crítico. Elas afirmam que:

Usar esta metodologia é uma alternativa para aqueles que desejam mudanças, se comprometem com as pessoas e vivem inconformados com o marasmo que sufoca o crescimento do ser humano. No entanto, não é meramente utópico e abstrato, exatamente o contrário, é real e concreto.

[...] não se vai em busca de fórmulas “mágicas” ou prontas para a solução de problemas. Vai-se por um caminho despretensioso, que procura libertar o grupo do Círculo de Cultura, desvelando a realidade vivida, desmistificando as verdades, rompendo com paradigmas dogmáticos, mostrando que certezas permanentes não existem (SAUPE et al, 1998; p. 261).



Podemos perceber que a utilização das idéias e métodos de Freire aparece em vários estudos da área da saúde, reforçando sua aplicabilidade, pois, conforme Alvim e Ferreira (2007), quando falamos de diálogo no cuidar e educar em enfermagem, estamos nos aproximando da teoria freiriana. Tomando suas ideias como eixo central de discussão na pedagogia da saúde, elas chamam a atenção para alguns princípios que são:

[...] da dialogicidade, como exercício vivo de diálogo: transitividade da consciência, de ingênua à crítica; pedagogia crítico-reflexiva; transformação-ação; e educação dialógica (ALVIM; FERREIRA, 2007; p.316).

Estas mesmas autoras reforçam que, ao trazermos para o nosso cotidiano das práticas educativas, como enfermeiras, as idéias de Freire, podemos pela crítica e reflexão ver transformados ou reconstruídos saberes dentro de um grupo que não possui o conhecimento acadêmico ou científico. Ao mesmo tempo, também temos a oportunidade de nos apropriar do conhecimento do universo comum e da sabedoria popular, fazendo um intercâmbio desses saberes. Destacam que o movimento do aprendizado, a partir da prática de ação-reflexão, de erro-acerto, concordância e discordância, permite a transformação e a recriação da realidade instituída.

Outro componente essencial na prática da educação em saúde que corrobora com os princípios de Freire, é a noção do inacabado, da incompletude, da percepção de que sempre existe algo a mais que devemos saber conhecer, ou que nossas ideias e saberes podem e devem ser sempre reformulados por outros saberes.

Freire (1996, p.53) sugere que é na inconclusão do ser que se funda a educação como processo permanente, pois as pessoas só se tornam educáveis na medida em que se reconhecem inacabadas. Podemos avaliar a dimensão desse pensamento de Freire, ao analisarmos suas palavras “gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado, mas, consciente do inacabamento, sei posso ir mais além dele”. Ou então ao refletir que:

[...] a consciência do mundo e a consciência de si como ser inacabado necessariamente inscrevem o ser consciente de sua inconclusão num permanente movimento de busca. Na verdade, seria uma contradição se, inacabado e consciente do inacabamento, o ser humano não se inserisse em tal movimento (FREIRE 1996; p.57).

Em outra obra de Freire (2005), também encontramos alusão quanto ao inacabamento do ser. Nela, Freire mostra suas concepções de que a educação problematizadora parte do caráter histórico e da historicidade dos homens, reconhecendo-os como seres que estão “sendo”, inacabados, inconclusos, dentro de uma realidade histórica e também inacabada.

Concluindo este referencial, nos apoiamos no que foi mostrado, e também em outros estudos não citados, concordando que as ações em saúde junto aos adolescentes têm tudo a ver com a utilização dos ensinamentos, métodos e críticas do educador Paulo Freire. Portanto, utilizaremos novamente as palavras deste autor tão autêntico, solidário e sensível, tão comprometido com as necessidades do nosso país, e que acredita que:

[...] estar no mundo sem fazer história, sem por ela ser feito, sem fazer cultura, sem “tratar” sua própria presença no mundo, sem sonhar, sem cantar, sem musicar, sem pintar, sem cuidar da terra, das águas, sem usar as mãos, sem esculpir, sem filosofar, sem pontos de vista sobre o mundo, sem fazer ciência, ou teologia, sem assombro em face do mistério, sem aprender, sem ensinar, sem idéias de formação, sem politizar não é possível (FREIRE 1996, p.58).

Em virtude disso, acreditamos que a educação em saúde se apresenta como uma excelente ferramenta na realização de ações cujo objetivo é a instrumentalização desses adolescentes para a tomada de decisões e de atitudes conscientes, responsáveis e com autonomia.

## 4 CAMINHO METODOLÓGICO

São descritos, neste tópico, o tipo de estudo, o cenário no qual se desenvolveu a pesquisa, os sujeitos participantes, o método utilizado para a coleta e a análise dos dados, bem como as considerações bioéticas envolvidas na realização da pesquisa.

### 4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cuja intenção, como diz Minayo (2008), é a busca de respostas para questões muito particulares, se preocupando com as ciências sociais e um nível de realidade que não pode ser quantificado, com um universo de significados, motivos, aspirações e atitudes que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos e que não pode ser reduzido à operacionalização de variáveis. Espaço este da adolescência, da gestação, da vida nova, das dúvidas, alegrias e medos.

Nesta perspectiva utilizamos a Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), como método e também como estratégia para a prática de educação em saúde, sendo proposta deste estudo, ao mesmo tempo, contribuir para a assistência enquanto dela obtém informações (TRENTINI; PAIM, 2004). Entre os pressupostos desse método encontram-se a exigência de uma ligação intencional com a prática e a participação ativa dos sujeitos da pesquisa, contribuindo para o desenvolvimento de uma relação estreita entre pesquisa e assistência. A partir dessa relação e proporcionando o desenvolvimento de um vínculo, o método permite a busca da solução de problemas ou de falhas encontrados durante o percurso, promovendo a melhoria ou a transformação da prática assistencial, o que só é possível a partir de uma articulação e de cooperação mútua entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados (TRENTINI; PAIM, 2004).

A PCA possibilita a renovação das práticas assistenciais, intensificando o compromisso do profissional em utilizar a pesquisa nas suas ações, melhorando a qualidade da própria assistência e da investigação científica. Nesse contexto, permite uma atitude crítica do profissional de saúde sobre a dimensão do seu trabalho e sua responsabilidade como sujeito deste processo de aprender, refletir, agir, refletir e agir novamente (SANTINI, 2007).

Ao realizar uma pesquisa utilizando a PCA, o profissional tem a oportunidade de desenvolver o cuidado ao mesmo tempo em que coleta as informações, viabilizando um retorno imediato aos sujeitos envolvidos, alicerçando a sua prática assistencial de acordo com as demandas e necessidades percebidas no decorrer do estudo, fundamentadas em normas de rigor científico (TRENTINI; PAIM, 2004).

O processo de investigação da PCA é constituído de etapas detalhadas. De acordo com Trentini e Paim (2004), essas etapas são denominadas de fase de concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. A primeira fase, a de **concepção**, é a que dá origem ao estudo, surgindo da experiência profissional do pesquisador e configurando o tema do estudo e o referencial teórico. Na fase de **instrumentação** são definidos os procedimentos metodológicos, ambiente do estudo, os participantes e as ações que serão realizadas em todo o processo. É importante ressaltar que na PCA a escolha da amostra não segue critérios, mas valoriza a representatividade referente à profundidade e a diversidade das informações, desta forma, os sujeitos devem estar envolvidos no problema, possibilitando abranger todas as dimensões do mesmo. Durante a **fase de perscrutação**, são escolhidas e desenvolvidas as estratégias de coleta e obtenção dos dados. Devido ao caráter da PCA alguns fatores como a continuidade, a participação e a familiaridade do pesquisador com a prática assistencial são típicos da investigação, no entanto, ao escolher as estratégias para obtenção das informações são essenciais a convivência e a intimidade com os dados e os registros, permitindo a percepção da sensibilidade, do não-dito, da emoção e da intuição. Na **fase de análise e interpretação** ocorrem a apreensão das informações coletadas e a organização e sistematização das mesmas, através da codificação dos dados obtidos e da formação de categorias com características similares e que se relacionam com o referencial teórico escolhido, buscando a criação de novos conhecimentos.

## 4.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido na UBS Vila Ipê, localizada no Município de Caxias do Sul/RS. Para contextualizar o cenário, faremos antes uma pequena “viagem” através da história do município, segundo informações obtidas no *site* da Prefeitura Municipal de Caxias do Sul (CAXIAS DO SUL - RS, 2009). Esta história começa antes da vinda dos italianos, quando a região percorrida por tropeiros era ocupada por índios e chamada de "Campo dos Bugres". A ocupação por imigrantes italianos, vindos em sua maioria da região do Vêneto (Itália), iniciou-se em 1875. Dois anos após, a sede da colônia do Campo dos Bugres recebeu

a denominação de Colônia de Caxias. No dia 20 de junho de 1890, criou-se o município, e em 24 de agosto do mesmo ano foi efetivada a sua instalação. Vários ciclos econômicos marcaram a evolução do município, ao longo do século XIX. O primeiro deles está ligado ao traço mais forte da sua identidade: o cultivo da videira e a produção de vinho, inicialmente para consumo próprio e, mais adiante, para comercialização. No dia 1º de junho de 1910, Caxias foi elevada à categoria de cidade, recebendo o primeiro trem, que ligava a região à capital do estado. Os imigrantes eram agricultores, porém muitos deles possuíam outras profissões. Instalaram-se na região, urbanizando-a e iniciando um acelerado crescimento industrial.

Atualmente, o município é o pólo centralizador da região mais diversificada do Brasil, com seus laboriosos colonos, seus vastos parreirais, suas vinícolas, seu variado parque industrial e um comércio rico e dinâmico. Isso dá a essa terra uma dimensão ainda maior, razão pela qual Caxias do Sul, conhecida popularmente como a "Capital da Montanha", a "Pérola das Colônias", a "Colméia do Trabalho", tornou-se o pólo centralizador da marca italiana no sul do Brasil. Através da uva e do vinho, Caxias se notabilizou, sendo o berço do turismo do estado quando, em 1931, lançava a maior festa do sul: a Festa da Uva.

Caxias do Sul é a referência de uma cidade desenvolvida, rica, bonita e acolhedora, oferecendo aos turistas opções de gastronomia, passeios, esportes, lazer, cultura, entre outras. No entanto, além de turistas, a cidade atrai diariamente pessoas que sonham em viver em um lugar com emprego, salário e uma vida mais digna e que chegam com o intuito de começar um novo ciclo. Então, assim como os primeiros imigrantes, muitos moradores de outras regiões do estado e do país procuram melhores condições econômicas e sociais. No entanto, muitas dessas pessoas possuem um baixo nível de escolaridade e de condições financeiras, encontrando uma realidade diferente daquela observada pelos turistas.

Desta forma, aumentam as zonas de ocupação irregular e, mesmo com todas as políticas municipais de habitação, saúde, educação, assistência social, esporte e lazer, e de um apoio importante dos setores da indústria e comércio, muitas dessas pessoas encontram trabalhos desgastantes e mal remunerados que, com o tempo, podem ocasionar agravos emocionais, psicológicos e físicos. Existe ainda outra parcela desta nova população que, devido aos arranjos familiares ou mesmo pela ausência de trabalho, fica em casa, sem atividade, sem dinheiro e sem perspectiva social, dependendo exclusivamente do poder público e da assistência social. Esta migração intensa ao município desvela outro lado, onde o desemprego, a pobreza e a pouca escolaridade são também realidade.

Nesse contexto está inserida a UBS Vila Ipê, em uma região em que as condições sociais e econômicas são muito precárias, se comparadas à maioria dos bairros de Caxias do Sul. No atendimento e assistência aos usuários, os mesmos referem um grande índice de desemprego ou de empregos informais, o que causa prejuízo nas condições de vida e moradia das pessoas, além de efeitos na saúde e até desestrutura familiar. Até o momento, apesar de projetos para sua criação e instalação, em parceria com o governo estadual, não existem, na área de abrangência da UBS, espaços públicos de lazer ou esporte bem-estruturados. As escolas existentes, segundo informações dos usuários, não conseguem dar conta da demanda de crianças e adolescentes em idade escolar, sendo que uma parcela importante precisa procurar vagas em outras localidades, dependendo de transporte e aumentando os gastos familiares.

Segundo dados cadastrais, a UBS Vila Ipê atende à população de bairros ou localidades como Vila Ipê, Canyon, Belo Horizonte, Santa Fé, Luxor, Altos da Maestra, Portal da Maestra, entre outros, num total de aproximadamente 12.000 pessoas que aí residem. Essa população acessa a UBS quando necessitam de consultas individuais, procedimentos de enfermagem, vacinas, medicações e encaminhamentos para médicos especialistas ou atendimentos secundários e terciários. Atualmente a UBS é composta por três Equipes de Saúde da Família (ESFs), uma equipe de PACS e também uma Equipe de Saúde do Trabalhador que atende até as 21 horas.

Cada Equipe de Saúde da Família é formada por um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde (ACSs). A Equipe do PACS possui uma enfermeira e cinco ACSs. E a Equipe de Saúde do Trabalhador conta com um médico, uma enfermeira e três auxiliares de enfermagem. Também existem duas equipes de odontologia, com um profissional dentista e uma auxiliar de consultório dentário (ACD) por equipe. Além desses profissionais, a UBS conta com uma médica ginecologista, dois médicos pediatras, uma assistente social, uma psicóloga e mais dois auxiliares de enfermagem caracterizados como apoio.

A escolha desse cenário teve como principal fundamentação o fato de a pesquisadora trabalhar na UBS, primeiramente como enfermeira assistencial, em horário integral, e atualmente como coordenadora da mesma, aliado ao grande número de adolescentes grávidas.

### **4.3 Participantes do estudo**

Foram convidadas a participar da pesquisa, as gestantes cadastradas no pré-natal da UBS Vila Ipê. Os critérios de inclusão foram: realizar consultas de pré-natal na UBS Vila Ipê, ser adolescente (10 – 19 anos de idade / OMS) e estar no primeiro trimestre de gestação ou, no máximo, na metade do segundo trimestre, quando do início da coleta de dados. Elas concordaram em assinar os documentos necessários, incluindo o Termo de Assentimento, quando menores de 18 anos, e seus pais ou responsáveis também assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Participaram das entrevistas individuais 13 adolescentes gestantes, sendo que, nos encontros dos grupos educativos, oito destas 13 adolescentes compareceram, e somente uma compareceu em todos os encontros.

Essas participantes foram convidadas a fazer parte do estudo por meio de diversas formas e estratégias. No mês de maio de 2009, iniciou-se um levantamento nos livros de registro de pré-natal da Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Ipê e também no cadastro do Programa SIS Pré Natal, junto à Secretaria de Saúde de Caxias do Sul, para verificar o quantitativo de gestantes com menos de 20 anos cadastradas nesse Programa e que estavam realizando consulta de Pré Natal na UBS Vila Ipê. A partir do conhecimento do número de gestantes que se encontrava nessa faixa etária, quem eram, onde moravam e qual a idade gestacional, selecionamos algumas conforme os critérios estabelecidos anteriormente. Nesses critérios, além da faixa etária, era necessário que as gestantes estivessem no primeiro ou na metade do segundo trimestre de gestação, para que houvesse tempo hábil de participarem do estudo e também garantir que efetivamente estivessem realizando consulta de pré-natal na UBS. Foram, então, selecionadas 20 gestantes, neste primeiro levantamento, e convidadas a compor o grupo de sujeitos do estudo.

### **4.4 Coleta de dados**

Os métodos utilizados para a coleta de dados foram relacionados ao tipo de pesquisa a ser realizada, a PCA, proporcionando a participação ativa dos envolvidos no espaço da pesquisa (TRENTINI; PAIM, 2004).

Apesar de os métodos utilizados servirem para diferentes tipos de estudo, segundo Trentini e Paim (2004), o que os diferencia no método de coleta da PCA é a estratégia utilizada, pois se destinam a obter informações com dupla intencionalidade, que são a de

produzir construções científicas nas atividades de pesquisa e favorecer o progresso de saúde dos informantes através da prática assistencial de enfermagem.

Dessa forma, no presente estudo foram utilizados métodos diferentes e que, associados, contribuíram na produção de informações pertinentes à elaboração de um material com valor científico e social, podendo ser utilizado na busca de estratégias e políticas voltadas à saúde do adolescente, especialmente no que concerne à gestação na adolescência. Para tanto, foram utilizados a entrevista individual, a observação e os grupos educativos, lembrando que, na pesquisa qualitativa, as anotações de campo devem apresentar a exatidão das descrições dos fenômenos sociais, para a compreensão e explicação da totalidade do fenômeno em seu contexto, dinamismo e relações.

O período de realização das entrevistas individuais foi de junho a outubro de 2009, sendo que, neste mesmo período, foram realizados os encontros do grupo educativo e a observação.

Durante a realização das entrevistas individuais, através da observação do comportamento, da postura, da emoção demonstrada nas falas, foi possível conhecer as adolescentes e entender um pouco de suas ansiedades e expectativas. Desta forma, constituiu-se um vínculo de confiança que contribuiu no desenvolvimento das atividades em grupo.

Devido ao fato de ocorrerem concomitantemente, grupos e entrevistas, não foram às informações obtidas individualmente que possibilitaram a realização de uma atividade coletiva, rica em informações verbais e não verbais, mas a proximidade, o vínculo e a confiança, obtidos nos encontros informais durante a assistência, bem como nas conversas individuais e de caráter investigativo durante o desenvolvimento da pesquisa.

Conforme Trentini e Paim (2004), através do cruzamento das falas, das pausas e comportamentos dos atores sociais no ambiente físico, bem como das notas das discussões em grupo, ocorre uma força de aproximação entre o pesquisador e o fenômeno pesquisado. Quando este último converge para a assistência, a triangulação de dados possibilita uma fonte de informações adequada para a análise em pesquisa convergente assistencial.

Desta forma, as entrevistas funcionaram como uma forma de instrumentalização para a realização dos grupos ao viabilizarem uma aproximação e um conhecimento mais aprofundados das participantes do estudo. Numa sequência dinâmica e flexível, as atividades realizadas coletivamente, modificavam conforme as necessidades apresentadas pelas adolescentes e de acordo com a familiaridade obtida entre a pesquisadora e as mesmas no decorrer de todos os encontros.



#### 4.4.1 Entrevista

Na concepção de Trentini e Paim (2004), embora a entrevista tenha o objetivo de obter informações, ela se constitui de uma interação humana, sem a qual não haverá ambiente favorável para produção de informações fidedignas. No presente estudo foi utilizado um roteiro de entrevista semi estruturada (APÊNDICE F).

As formas de comunicação e contato com as gestantes foram bem variadas. Realizaram-se contatos telefônicos, conversas de sala de espera enquanto aguardavam a consulta de pré-natal, visitas domiciliares e chamamentos por meio das Agentes Comunitárias de Saúde. Na primeira conversa individual, eram explicados os objetivos do estudo, as características de pesquisa, a questão ética e a livre escolha das mesmas em participar, podendo abandonar assim que sentissem vontade, sem que esse fato prejudicasse seu atendimento e cuidados na UBS. Também era explicado que haveria, além da entrevista individual, a realização de encontros em grupo educativo, com a participação das demais gestantes da pesquisa. Após essa conversa, eram fornecidos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Assentimento este para aquelas gestantes com menos de 18 anos de idade.

Das 20 gestantes selecionadas, 13 retornaram para a entrevista individual com os termos assinados. As entrevistas foram realizadas na própria UBS, por opção das gestantes, que aproveitavam o dia da consulta de pré-natal para conversar com a pesquisadora, sem que precisassem sair de suas casas em outro momento. Mesmo com a disponibilidade da pesquisadora em ir até a residência das mesmas, foi unânime a preferência pela realização da entrevista na própria UBS.

Ao realizarem a entrevista, as gestantes eram convidadas a participar dos grupos educativos e algumas retornaram para o mesmo. Entretanto, houve gestantes que devido ao período em que os encontros ocorreram, participaram primeiro das atividades coletivas e posteriormente, no mesmo turno das atividades do grupo ou na data da sua próxima consulta de pré-natal, realizaram a entrevista individual. Estes encontros entre a pesquisadora e as adolescentes ocorreu de forma bem dinâmica e diferente para cada uma delas, conforme a possibilidade e disponibilidade das mesmas.

Durante a realização das entrevistas individuais, não houve um questionamento direto sobre as dúvidas das adolescentes em relação à gestação, aos cuidados com o bebê, etc. Elas eram convidadas a participar, dos encontros com as demais participantes do estudo, e

orientadas de que nestes encontros em grupo seriam realizadas atividades de forma dinâmica, que possibilitariam contemplar suas necessidades de informação e conhecimento.

A observação de seus comportamentos, de sua linguagem não verbal, bem como ouvir sobre seus sentimentos, medos e expectativas, possibilitou pensar e criar uma atividade em grupo que valorizasse suas características individuais.

Desta forma, ao pensar em estratégias de orientação e assistência no grupo, a pesquisadora não utilizou os dados formais da entrevista, uma vez que ambos ocorreram no mesmo período, mas sim planejou suas ações baseadas nas características das participantes, utilizando dinâmicas, realizando atividades que favorecessem a participação das mesmas de acordo com suas subjetividades e individualidades.

#### **4.4.2 Grupo Educativo de Gestantes**

A realização de um grupo de educação em saúde com as gestantes adolescentes, participantes do estudo, serviu como estratégia de coleta de dados, favorecendo uma observação mais detalhada e continuada das mesmas. No entanto, seu papel principal, nesta pesquisa, foi o de atuar como um espaço excelente para a prática assistencial, possibilitando o desenvolvimento de ações educativas e de um retorno imediato das informações e conhecimentos adquiridos ao longo do estudo.

Através da proximidade com as gestantes, do vínculo e percepções obtidos por meio dos contatos individuais iniciou-se a atividade coletiva, em grupo, da mesma forma, aquelas que antes de realizar a entrevista participaram do grupo, se sentiram mais seguras e confiantes ao conversar pessoalmente durante entrevista. Ao se sentirem mais próximas da pesquisadora, as gestantes puderam expressar suas dúvidas, suas necessidades de informação e também seus próprios conhecimentos.

Realizaram-se cinco encontros, com intervalo semanal entre os mesmos, no espaço da sala de reuniões e grupos da UBS. O dia da semana, quartas e terças feiras, e o horário da tarde foram pactuados nos próprios encontros entre a pesquisadora e as gestantes. Cada encontro tinha duração de duas horas e os temas discutidos emergiram das próprias adolescentes.

Na realização desses grupos, utilizou-se uma metodologia baseada nas concepções de Paulo Freire que foi o referencial escolhido pela pesquisadora. Os objetivos principais do processo de educação em saúde com as gestantes foram a valorização dos conhecimentos e

experiências prévias e o desenvolvimento das potencialidades para a tomada de decisões e atitudes, baseadas em suas próprias convicções.

Para auxiliar na coleta de dados, participaram duas acadêmicas de enfermagem da Universidade de Caxias do Sul (UCS), bolsistas do Programa de Educação pelo o Trabalho em Saúde (PET), com orientação da pesquisadora que, no momento, também era preceptora desse Programa na UBS.

O primeiro encontro aconteceu no dia 30 de setembro de 2009, no espaço da UBS, no turno da tarde. Na ocasião, foram apresentadas as acadêmicas de enfermagem que auxiliaram a pesquisadora na realização dos encontros, tanto na organização e facilitação dos mesmos, quanto na obtenção de informações através do roteiro da observação utilizado no estudo. Também houve a apresentação das gestantes e da proposta de realização dos encontros, com o levantamento dos temas sugeridos pelas mesmas para serem discutidos e abordados nos próximos quatro encontros a serem realizados. A seguir foram pactuados os dias, turnos e horários dos demais encontros, de forma consensual com as gestantes.

Os temas norteadores surgiram das demandas, experiências e expectativas das adolescentes e funcionaram como questões norteadoras para a pesquisadora, com a finalidade de atingir os objetivos da PCA e as necessidades de educação em saúde junto às gestantes adolescentes. Os temas foram levantados por meio de uma dinâmica em que cada adolescente escrevia em um papel, de forma bem livre e sem necessidade de identificação, tudo o que gostaria de perguntar ou discutir nos grupos. Esses papéis foram recolhidos em um saco e posteriormente lidos e avaliados pelas pesquisadoras. Surgiram os seguintes assuntos: O que levar para o hospital? Como dar banho no bebê? Como ver quando a água está quente? Quantos dias a mulher fica menstruada depois de ganhar o bebê? Quando a mulher sabe que está na hora de ganhar o bebê? Usar óleo ajuda a prevenir estrias? É normal ter muita “ânsia de vômito” e azia quando se engravida? Saber sobre os cuidados com o umbigo do bebê. Sobre “empedrar” os peitos. O que fazer quando a criança se engasga? Faz bem usar lencinhos umedecidos na higiene do bebê? O que fazer quando a criança tem assadura? Quais os principais cuidados com o bebê e com a mãe? Qual a melhor época para voltar a tomar anticoncepcional? O que fazer se sentir dor antes do tempo certo do nascimento? Como o bebê se alimenta dentro da barriga da mãe? O que fazer, se eu não sentir dor e já tiver passado da hora prevista de nascer? Quantos meses o bebê leva para se formar completamente? Por que acontecem as estrias? É verdade que dói manter relação sexual após o nascimento do bebê? Por quê? Como dar banho no bebê quando ele é recém nascido? Quando não temos leite no seio, devemos amamentar com qual tipo de leite? Depois do parto, como não

engravidar? Qual o momento certo para saber que o bebê está para nascer? Como é a dor da contração? De quanto em quanto tempo se dão as dores do parto? Eu posso tomar banho já no primeiro dia? Quais os cuidados que devo ter? O que vou sentir quando for ganhar o bebê? É verdade que existe uma doença que dá na placenta?

Após o levantamento das sugestões, houve uma organização da temática, agregando as questões e sugestões trazidas pelas adolescentes de forma que se pudesse trabalhar nos quatro encontros. Assim, os quatro eixos centrais ou norteadores dos encontros contemplaram:

- Segundo encontro, dia 6 de outubro de 2009. Tema: A mulher grávida em todo seu contexto (transformações físicas e emocionais, sexualidade, necessidades e cuidados);
- Terceiro encontro, dia 13 de outubro de 2009. Tema: O desenvolvimento do bebê no útero (todas as fases, características, fatores que influenciam, etc.);
- Quarto encontro, dia 20 de outubro de 2009. Tema: O parto (tipos de parto e suas vantagens e desvantagens, sinais de alerta, a hora de ir para o hospital, o que levar);
- Quinto e último encontro, dia 28 de outubro de 2009. Tema: o recém-nascido (cuidados, vacinas, banho, aleitamento, consultas, desenvolvimento, etc.).

Nestes quatro encontros que se seguiram, a partir do levantamento dos temas propostos pelas adolescentes procurou-se realizar atividades de forma dinâmica, com a intenção de contemplar as expectativas das adolescentes e de maneira que elas se sentissem à vontade para participar ativamente. Para tanto, se escolheu, como já referido, uma metodologia participativa, baseando as ações nas concepções freirianas e no Círculo de Cultura.

Os referenciais teóricos e metodológicos escolhidos para o estudo guiaram tanto as atividades de cuidado quanto a geração de dados, de forma ativa, através de dinâmicas lúdicas e democráticas, e proporcionaram aos participantes da pesquisa a possibilidade de serem sujeitos do processo e não apenas objeto de um estudo. O desenvolvimento de uma escuta sensível na coleta de dados e nas atividades de educação em saúde, no relacionamento com o outro, possibilita o desenvolvimento de um vínculo de confiança e respeito, e a construção de novos significados de vida e de saúde (SOUZA, 2007).

Em relação às dinâmicas utilizadas na realização dos encontros, elas foram escolhidas com o objetivo de proporcionar maior integração entre as gestantes, facilitar o conhecimento e reconhecimento entre as mesmas, de suas características comuns e suas peculiaridades. Além disso, buscou-se possibilitar ao máximo a participação delas nas discussões dos assuntos propostos, para que se sentissem à vontade para questionar, opinar, sugerir, discordar. Enfim, procurou-se criar um espaço de troca e compartilhamento de saberes e experiências.

Utilizaram-se dinâmicas retiradas de várias referências, desde materiais desenvolvidos especificamente para o trabalho junto ao adolescente, bem como algumas dinâmicas de uso e conhecimento diário nos serviços de saúde, que já foram assimiladas como parte do trabalho prático de educação em saúde. Dessa forma, podemos citar algumas, que foram: “Tribo Indígena” (Ramos et al, 2001), “Jogo do Toque” (Ramos et al, 2001), “Mentalização” (Ramos et al, 2001), atividades de recorte de revistas e colagem formando cartazes ou painéis, apresentação em duplas e “Abraço de Urso” (Ramos et al, 2001), entre outras.

Um fator relevante ocorrido durante o processo de coleta dos dados e que alterou o cronograma proposto inicialmente foi um surto de Gripe A ou H1N1, que se deu no Município de Caxias do Sul, com seu ápice justamente no período de contato e coleta de informações junto às adolescentes. Em virtude desse surto, a orientação era para que as gestantes saíssem de casa o mínimo possível, evitando contato com outras pessoas. Algumas consultas foram adiadas e os grupos eram totalmente contra-indicados, pois deveria se evitar ao máximo a aglomeração de pessoas em ambientes fechados, principalmente em instituições de saúde que, naquele momento, estavam atendendo muitas pessoas com sintomas sugestivos de Gripe A. Portanto, as entrevistas, assim como a realização dos encontros grupais sofreram uma alteração no prazo previsto inicialmente, no projeto, sendo adiadas com o objetivo de não expor nenhuma gestante a um risco maior. Isso se justifica, tendo em vista que as gestantes foram uma das camadas populacionais mais atingidas por esse vírus e com consequências mais graves também.

#### **4.4.3 Observação**

Para a coleta de dados foi também utilizada a observação, visando complementar os dados obtidos por meio da entrevista e vivência grupal. Foram observados, além da fala, o ambiente, os comportamentos individuais e grupais, a linguagem não verbal, e vários outros

eventos relevantes ao estudo (VÍCTORA, KNAUTH E HASSEN, 2000).

Trentini e Paim (2004) reforçam que o observador participante se envolve em uma situação social de maneira consciente e com propósito determinado, percebendo com detalhes a ocorrência e a forma como ocorrem os fenômenos.

Neste estudo, a observação ocorreu durante a realização da entrevista e dos encontros do grupo educativo, resultando na compreensão da postura e das atitudes das adolescentes em relação às suas percepções sobre a gestação e à educação em saúde. Na observação poderiam ser apreendidos os aspectos não verbais existentes no contexto das adolescentes. Para tanto, utilizou-se um roteiro de observação participante (APÊNDICE H). Todo este material foi registrado em um diário de campo, que continha as informações das observações sobre conversas informais, comportamentos, enfim, expressões que diziam respeito ao tema da pesquisa (MINAYO, 2008).

#### **4.5 Dimensão ética do estudo**

Em relação aos aspectos éticos, consideraram-se as diretrizes para pesquisa com seres humanos, como proteção aos direitos dos envolvidos no estudo, apontadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Previamente ao início da coleta de informações foi solicitada a autorização da instituição, através de documento encaminhado ao Núcleo de Educação Permanente (NEPS) da Secretaria Municipal de Saúde da Caxias do Sul (APÊNDICE D).

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria para ser apreciado, sendo o mesmo aprovado com o número de processo: 23081.004368/2009-36; e CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0045.0.243.000-09. Um Termo de Confidencialidade (APÊNDICE E) foi anexado ao projeto, em que as pesquisadoras se responsabilizam pela ciência dos preceitos éticos que norteiam as pesquisas com seres humanos. Torna-se importante ressaltar que a coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética.

Em relação aos Termos de Assentimento e de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES A e B), cada participante foi informada individualmente e em linguagem clara e acessível sobre os objetivos da pesquisa, os benefícios que a mesma poderia trazer, bem como da opção voluntária em participar e contribuir. Os riscos advindos do estudo foram relacionados à possibilidade de causar constrangimentos nas participantes quanto a questões pessoais que fossem discutidas nos encontros dos grupos. Nessas situações, procurou-se preservar os participantes, ressaltando que poderiam falar apenas quando se sentissem

confortáveis e que teriam plena liberdade para desistir temporária ou definitivamente da pesquisa. Quanto aos benefícios, foi previsto o retorno imediato, que se deu ao se realizarem as ações de educação em saúde baseadas nas questões trazidas pelas adolescentes. Indiretamente também houve retorno na reflexão e transformação da prática assistencial, a partir do que foi identificado como inadequado, ao longo do estudo. Pretende-se, também, que a presente pesquisa sirva de apoio para uma assistência diferenciada e qualificada dos profissionais de enfermagem junto aos adolescentes.

Para o desenvolvimento da PCA, foi assegurado àquelas adolescentes que participaram o anonimato, por meio de codinomes escolhidos pela pesquisadora.

#### **4.6 Registro dos dados e o processo de análise**

Os dados foram registrados através de diário de campo e gravador digital, no intuito de facilitar a coleta dos mesmos, conforme autorização prévia dos participantes. Como já referido, a pesquisadora contou com o auxílio de duas acadêmicas do sétimo semestre do curso de Enfermagem da Universidade de Caxias do Sul (UCS), bolsistas PET, e que participaram dos encontros em grupo, auxiliando na organização e na anotação das informações, através de um roteiro de observação participante pré-estabelecido (APÊNDICE H).

A cada encontro eram registrados, no diário de campo, os acontecimentos, as dificuldades, as intervenções e impressões sobre os fatos. Procurou-se transcrever as entrevistas preferencialmente em ordem cronológica, ressaltando detalhes sobre o que foi dito e observado, impressões e sensações obtidas a partir da observação da postura, fala, tom de voz e outras características das adolescentes, tanto nas entrevistas quanto nos encontros dos grupos.

Durante o processo de **apreensão** dos dados foi realizada a organização das informações obtidas na entrevista individual assim como nos encontros grupais, de maneira que todos os dados fossem identificados através de códigos. Após a codificação, estabeleceram-se as categorias, constituídas de conjuntos de expressões semelhantes, de acordo com o critério determinado durante o processo da PCA, conforme proposta de Trentini e Paim (2004).

A fase de **interpretação** seguiu os processos de **síntese, teorização e transferência**. A síntese se baseia na capacidade do pesquisador de lembrar com detalhes e profundidade as situações do cotidiano da pesquisa. A teorização acontece através da inter-relação das

informações obtidas com a fundamentação teórica do estudo, possibilitando a geração de novos conceitos, definições e conclusões na pesquisa realizada. E, por último, a transferência ocorreu quando os resultados obtidos por meio da PCA puderam ser socializados, para que posteriormente sejam utilizados em realidades com características semelhantes (TRENTINI E PAIM, 2004).



## 5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Neste capítulo serão apresentados os dados referentes às adolescentes, suas características e sentimentos em relação à sua gravidez, bem como a reação dos familiares. Serão também abordadas as experiências das adolescentes relacionadas à educação em saúde e o compartilhamento de saberes por meio do Grupo de Educação em Saúde.

### 5.1 Apresentação das adolescentes

Para compreender o significado da gestação na vida das adolescentes que participaram do estudo e conhecer em que contexto elas estão inseridas, apresentamos a seguir um perfil das mesmas e uma breve caracterização com dados relativos à idade, escolaridade, situação econômica, entre outros.

Utilizamos nomes de frutas para identificá-las com o intuito de preservar suas identidades e ao mesmo tempo poder descrevê-las de forma mais pessoal. Assim, as 13 adolescentes entrevistadas serão apresentadas a seguir:

**AMORA:** 17 anos, estava na primeira gestação, morava com o companheiro e parou de estudar no 3º ano do ensino médio. Aparentava timidez, falava baixo, além da entrevista participou de dois encontros do grupo e não se integrou muito nas dinâmicas e atividades coletivas.

**MAÇÃ:** 19 anos, estava na sua primeira gestação, morava com o companheiro e outros familiares, e parou de estudar na 6ª série. Realizou a entrevista e demonstrou pouco interesse pelas atividades propostas no grupo, participando apenas do primeiro encontro.

**LARANJA:** 18 anos, estava na segunda gestação, morava com o companheiro, o primeiro filho e demais familiares, e continuava estudando, na 7ª série. Muito ativa e extrovertida na entrevista; mas, apesar de ter sido convidada diversas vezes, não compareceu aos encontros em grupo.

**JABUTICABA:** 17 anos, estava na primeira gestação e no momento não tinha namorado. Parou de estudar no 1º ano do ensino médio. Demonstrou timidez nas respostas da entrevista e participou somente do primeiro encontro do grupo.

**ACEROLA:** 14 anos, estava na segunda gestação, morava com a filha e o companheiro e parou de estudar na 5ª série. Na entrevista demonstrou um pouco de receio, insegurança em participar do estudo, no entanto, após o primeiro contato desenvolveu um vínculo de confiança e participou ativamente de todos os encontros do grupo.

**UVA:** 17 anos, estava na primeira gestação, morava com o companheiro e parou de estudar na 7ª série. Realizou a entrevista com tranquilidade e participou de dois encontros do grupo.

**MANGA:** 19 anos, estava na primeira gestação, morava com o companheiro e já havia concluído o ensino médio. Participou ativamente da entrevista e nos três encontros do grupo a que compareceu, falou bastante, expôs suas dúvidas e expectativas, dividindo com as demais participantes suas experiências.

**GOIABA:** 18 anos, estava na primeira gestação, morava com o companheiro e parou de estudar na 6ª série. Apesar de participar ativamente na entrevista, não compareceu aos encontros do grupo.

**BERGAMOTA:** 16 anos, estava na primeira gestação, morava com o companheiro e outros familiares, e parou de estudar no 1º ano do ensino médio. Foi bem comunicativa durante a entrevista, no entanto, participou somente de dois encontros do grupo.

**CARAMBOLA:** 15 anos, estava na primeira gestação, morava com o companheiro e parou de estudar na 6ª série. Na entrevista falou bastante, mas apesar de participar de quatro dos cinco encontros do grupo, não demonstrou muito interesse em discutir e trocar experiências com as demais participantes.

**MELANCIA:** 17 anos, estava na primeira gestação, morava com a família, sem companheiro, e estudava na 8ª série. Foi bem comunicativa durante a entrevista, no entanto, compareceu a apenas dois encontros do grupo, de forma tímida, com medo de se expor às demais participantes.

**LIMA:** 19 anos, estava na primeira gestação, morava com o companheiro e parou de estudar na 7ª série. Demonstrou bastante interesse durante a entrevista, mas compareceu a quatro dos cinco encontros do grupo de forma tímida, sem se expor muito.

**PERA:** 18 anos, estava na primeira gestação, morava com o companheiro e parou de estudar na 8ª série. Além de conversar bastante durante a entrevista também compareceu a quatro encontros do grupo de forma bem ativa.

Além das informações referidas, como a idade e a escolaridade, acreditamos ser relevante trazer alguns dados sobre o contexto socioeconômico das adolescentes, como a

renda mensal familiar aproximada. E encontramos os seguintes resultados: duas adolescentes possuíam renda familiar de até um salário mínimo; quatro tinham renda de até dois salários; três gestantes contavam com uma renda de até três salários; outras três, renda de até quatro salários mínimos; e apenas uma adolescente possuía renda familiar acima de quatro salários mínimos. Nesta especificidade da renda familiar é importante mostrar que apenas três adolescentes trabalhavam fora, ou recebiam salário, enquanto que as demais cuidavam das tarefas da casa e/ou estudavam, sem remuneração.

Também consideramos relevante informar sobre o “estado civil” das adolescentes, pois, mesmo que não tivessem casado oficialmente, 11 destas 13 gestantes entrevistadas responderam que conviviam com o companheiro e possuíam “união estável”, ainda que essa união não tenha sido formalizada legalmente em todos os casos. Esse fato é importante porque, mais adiante, analisaremos que a gravidez na vida daquelas adolescentes que se consideram estabilizadas no relacionamento com o parceiro tem um impacto diferente do que na vida daquelas cujo parceiro não assumiu a paternidade ou não quis morar, “casar”, com a adolescente após a descoberta da gravidez.

## **5.2 Sentimentos das adolescentes em relação à gestação**

A primeira categoria para análise das informações coletadas diz respeito aos sentimentos das adolescentes relativos à gestação e o significado ou impacto da descoberta da gravidez em suas vidas. Nas observações, nas conversas durante a entrevista ou nos grupos, várias foram às demonstrações verbais ou não verbais de como essas adolescentes estavam se sentindo neste novo contexto, cheio de novidades, mudanças e sensações. Foram identificados sentimentos como felicidade, emoção, responsabilidade, medo e felicidade mesclada com a sensação de “ser uma criança cuidando de outra”, ansiedade, amadurecimento, insegurança, entre outros.

Ao questionarmos sobre as mudanças ocorridas e percebidas a partir da descoberta da gravidez, algumas adolescentes referiram haver mudado bastante, com sensação de felicidade, surpresa, aumento da sensibilidade, como percebido nas falas:

*“está bom... Está mudando bastante, a minha mãe me dá mais conselhos, as minhas irmãs também... Eu estou bem sensível...” (Pera, 18 anos)*

*“mudou bastante coisa e eu estou bem feliz... Eu fiquei bem emocionada, que eu queria bastante... Foi uma surpresa” (Maçã, 19 anos)*

O sentimento de alegria, felicidade por estar grávida apareceu em várias respostas, pois algumas adolescentes desejavam muito engravidar, planejaram, programaram essa gestação, por vários motivos que vão desde o desejo de ser mãe até a vontade de agradar o companheiro, deixando-o feliz com a perspectiva de ser pai.

Nos casos em que há o desejo de engravidar, constatou-se que a gestação na adolescência pode significar a realização de algo planejado previamente pelas adolescentes, o que pode ser constatado a seguir:

*“eu fiquei feliz, porque eu queria engravidar... Eu queria ter filho, só que eu achei que era muito cedo ainda, quando casei com dezesseis anos, daí eu esperei um pouco porque achei que era muito cedo. Eu fiquei uns dois anos tomando aquela injeção para não engravidar. Depois que eu parei, eu fiz um tratamento para engravidar, só que não deu certo e eu achei que não podia engravidar... Daí eu fiz uns votos na Igreja e consegui engravidar... Eu fiquei muito feliz”* (Lima, 19 anos)

Esta fala demonstra que a gestação, para muitas adolescentes é um sonho ou uma perspectiva de vida, sendo natural e esperado, para elas que após encontrarem um parceiro formem com este uma família.

Um fato que chama a atenção e já aconteceu inclusive na própria UBS onde foi realizada esta pesquisa, é que algumas adolescentes ou jovens procuram atendimento ginecológico após meses de união estável, por medo de não conseguirem engravidar, pois mantiveram relações sexuais sem a utilização de um método contraceptivo e não engravidaram. Elas chegam assustadas com a possibilidade de serem estéreis, isto aos 18, 19, 20 anos de idade.

Entretanto, encontramos em algumas respostas que o desejo de agradar o companheiro, é o motivo pelo qual elas engravidam, para deixá-lo feliz, o que se percebe abaixo:

*“ele ficou feliz, bem mesmo”* (Amora, 17 anos)

*“é porque ele queria também, daí ele me falou e...”* (Goiaba, 18 anos)

Estas respostas podem trazer uma reflexão de que apesar da modernidade dos dias atuais, meninas ou mulheres ainda apresentam certa submissão, na medida em que colocam os desejos e vontades dos parceiros como prioridades.

As descobertas desta pesquisa são semelhantes às encontradas por Hoga (2008), ao pesquisar 21 adolescentes mães, moradoras de uma comunidade de baixa renda localizada no Município de São Paulo, constatando que a ocorrência da gravidez no início do relacionamento das adolescentes tinha ligação com o sonho de ser mãe ou o anseio de corresponder aos desejos de seus parceiros, de se tornarem pais.

Outro fator relevante que explica a felicidade das adolescentes por terem engravidado, ainda segundo Hoga (2008), é a possibilidade da constituição de uma família, mesmo em condições precárias e em uma fase precoce da vida, pois ter uma casa para morar e controle sobre a situação representava a possibilidade da liberdade para fazer tudo o que não era possível fazer, morando na casa dos pais ou dos parentes.

Nesse sentido, para a autora, ficar grávida era considerado uma “solução” para os problemas enfrentados pelas adolescentes no contexto da família. Ao morar com seus parceiros, pela primeira vez na vida puderam vivenciar o sentimento de pertencer a uma família e ter a liberdade constituída a um adulto.

Godinho et al, (2000) ao realizarem uma pesquisa com 20 puérperas menores de 20 anos em Botucatu/SP, questionam as respostas obtidas em relação ao desejo de engravidar, afirmando que justificativas como a sua própria vontade de engravidar e o desejo do parceiro são muito frágeis. Os autores inferem que a vontade de engravidar nessa etapa da vida poderia se relacionar com o desejo de sentir-se mais mulher, de prender o namorado, de sair da escola ou da casa dos pais e também de dar mais sentido a uma vida vazia.

No entanto, questionamos se esses motivos são realmente frágeis, pois as referências que possuímos são diferentes da maioria das adolescentes e, portanto, avaliar ou reprovar as motivações das mesmas para engravidarem pode ser um erro. Afinal, na realidade das adolescentes que foram sujeitos desta pesquisa, os objetivos para a gravidez são singulares a elas e acreditamos que a necessidade de sair de casa ou de ter um amor, um carinho e um lar mais tranquilo são motivos que podem justificar uma gestação considerada precoce.

Talvez, para estas meninas, ser mãe signifique uma forma de se colocarem no mundo como sujeitos sociais, pois, para algumas adolescentes a gravidez traz sentimentos relacionados ao *status* social, ou seja, elas subiram na escala social. Antes eram apenas meninas, e passaram a ser mulheres que têm seus companheiros fixos, suas casas, suas responsabilidades.

Em algumas sociedades, inclusive, é esperado da menina que já saiu da casa dos pais para morar com o parceiro que, após um período de união estável, constituam uma família com filhos, independente das condições econômicas ou da maturidade do casal, em termos de

idade ou emocionalmente. O próprio estudo do IPEA (2009) levanta a possibilidade de que a maternidade entre as adolescentes brasileiras seria uma estratégia para elevar seu papel social, uma vez que a maternidade é um papel social valorizado.

Saito e Leal (2000) trazem um contraponto para essa situação, pois, mesmo ao assumirem que o advento da gravidez poderia ser uma tentativa de encontrar um lugar social ou um elemento de invenção de uma história de vida, essa invenção não diz respeito a um projeto individual, mas a um projeto coletivo, construído a partir dos significados sociais relativos à maternidade e das oportunidades disponíveis em nossa sociedade. Reforçam que esse projeto significa perda das perspectivas do jovem, além das opções como sujeito social, fato apontado como consequência da gravidez, genericamente afirmada como indesejada.

Algumas adolescentes demonstraram alegria e plenitude, realização, estavam felizes por terem uma nova vida dentro de si, por se encontrarem em um momento tão mágico, que é o que a gestação significa para quase todas as mulheres.

Percebemos que este sentimento de felicidade também está relacionado às mudanças físicas que acontecem com elas, à sensação de ver a barriga crescendo, se transformando:

*“eu estou gostando... Comecei a ficar numa ansiedade para ver crescer a minha barriga e agora ver o neném”* (Amora, 17 anos)

Em relação ao senso de responsabilidade, de que agora são responsáveis por uma vida nova, de que precisam e estão amadurecendo, é interessante ressaltar que esse fato pode ser considerado um fator positivo na vida dessas adolescentes, demonstrando que elas conseguem assumir uma atitude responsável frente a suas vidas e à de seus filhos:

*“mudou tudo né, o meu jeito... (...) agora tem que ter atitude, responsabilidade, um monte de coisas”* (Manga, 19 anos)

*“... Quando não se mexe, não parece nada na barriga, mas quando começa a mexer é outra sensação... Eu não sei direito explicar, mas ser mãe é diferente, a primeira coisa que tu pensa é no teu filho...”* (Bergamota, 16 anos)

Além da sensação de responsabilidade, a sensação de estar amadurecendo ou ter que amadurecer antes do tempo, há também a questão de se sentirem mulheres, adultas, talvez mais valorizadas e reconhecidas pelo companheiro, pais, familiares e amigos:

*“...eu cresci bem rápido... para eu estar grávida foi amadurecer mais rápido, porque, sei lá... bem dizer, eu sou uma criança e eu cresci mais rápido... eu estou aprendendo muito...”* (Acerola, 14 anos)

*“mudou tudo... a forma do meu pai me tratar, minha mãe, a família toda... eu tenho que me cuidar agora”* (Melancia, 17 anos)

Contijo e Medeiros (2008), ao realizarem um trabalho com adolescentes moradoras de rua, observaram que a gravidez para elas significava uma reestruturação de suas vidas através da vida e das necessidades do filho, possibilitando uma realização pessoal ao avaliarem o desenvolvimento de seus filhos e por serem reconhecidas pelos mesmos como mães.

Dadoorian (2007) reflete que há uma valorização da maternidade e ser mãe significa assumir um novo *status* social, que é o de ser mulher. Para a autora, surge então o trinômio adolescente-mãe-mulher, no qual a gestação é a via de acesso à feminilidade. Ela reforça que a afirmação social, neste caso, se expressa pela maternidade, tratando-se então de uma gravidez social ou maternidade social.

Algumas adolescentes demonstraram aumento da sensibilidade e certa ambivalência de sentimentos, fato comum para todas as meninas nesse período da vida, repleto de transformações fisiológicas e emocionais, e carregadas de uma forte instabilidade hormonal, como percebemos através destas respostas:

*“... eu estou bastante sentimental, qualquer coisa eu choro”* (Uva, 17 anos)

*“... eu fiquei com medo... no começo eu fiquei com medo... eu era muito nova, sei lá o que acontece...”* (Jaboticaba, 17 anos)

*“... ah, eu estou bem sensível, se eu vejo alguém chorando, eu começo a chorar também... Depois eu fico pensando: por que eu estou chorando? ...mas não sei, me deu uma vontade de chorar...”* (Pêra, 18 anos)

No entanto, vários eventos associados, como o desconhecimento dos pais quanto ao início da atividade sexual, a dependência emocional e afetiva, o processo de formação da personalidade adulta e outras características comuns ao período da adolescência potencializam sentimentos como o medo, insegurança, angústia e ansiedade.

Outras adolescentes apontaram também algumas dificuldades relacionadas com a gravidez, ao mesmo tempo em que sentiam o compromisso e responsabilidade com a nova situação:

*“significa mais um filho, né, eu não queria mas, aí, já que veio, a gente vai criar, né... E tem marido, então não é tão difícil... Mas o que mudou na minha vida é bastante coisa, eu estava trabalhando, eu achei que estava doente e não era... Eu tenho meu filho pequeno ainda, eu vou ter que mudar, largar um pouco ele para ficar com o outro”* (Laranja, 18 anos)

*“ah, eu me sinto... é legal assim essas coisas de grávida, mas mudou bastante, hoje, a minha vida... Não posso sair muito, mudou bastante coisa, mas eu acho legal, gravidez... Bem que eu sou novinha, mas achei legal... fiquei mais madura”* (Carambola, 15 anos)

*“mudou muita coisa... Eu não acreditava, no primeiro, segundo e terceiro mês eu não tinha barriga, eu fui saber agora... Daí, eu fiquei apavorada, né... Eu estou assustada porque eu já pensei várias vezes: Estou grávida! ...e nunca estava... só que, desta, eu estava... Agora tem que ter atitude, responsabilidade, um monte de coisas”* (Manga, 19 anos)

Nesta perspectiva de sentimentos relacionados à gestação e à suas vidas, questionamos as gestantes sobre seus planos, projetos para o futuro, na tentativa de descobrir se, além da maternidade, existia algo que as movesse ou que as atraísse, algo além de cuidar de seus filhos e do companheiro. Perguntamos a elas sobre planos em relação ao futuro, dizendo que gostaríamos de entender o que mais planejavam para suas vidas, além da maternidade.

Uma das questões que consideramos relevante diz respeito ao retorno ou manutenção dos estudos, já que este é considerado um dos fatores mais impactantes na vida das jovens mães.

Para descobrir quais os seus desejos em relação aos estudos, após a maternidade, abordamos diretamente a questão de **retornar aos estudos no futuro** e as respostas obtidas foram diferentes. Algumas das adolescentes afirmaram que iriam estudar, para terem um futuro melhor, com bom emprego. Outras referiram o desejo de cursar uma faculdade. No entanto, condicionavam isso ao crescimento do filho e, em alguns casos, à ajuda dos familiares e à permanência da criança em uma creche.

Entre aquelas que desejam retornar aos estudos visando se qualificar para o mercado de trabalho encontramos as seguintes respostas:



*“... eu gostaria de estudar para ter um emprego bom” (Uva, 17 anos)*

*“... depois, quando as duas [filhas] vão para a creche, eu vou voltar a estudar e vou fazer uns cursos, que eu quero trabalhar também” (Acerola, 14 anos)*

*“... eu pretendo fazer [curso profissionalizante]. Meu marido disse que a hora que ele trabalhar ele me paga, porque eu estou grávida, não tem o que fazer... Eu não arrumei firma grande porque eu não tenho a oitava série, por isso que estou terminando” (Laranja, 18 anos)*

Essa relação entre o **desejo de estudar** e a tentativa de se qualificar para o mercado de trabalho, aumentando as chances de um emprego com boa remuneração, é uma necessidade nacional, pois, como constatado no estudo do IPEA (2009), a despeito de a inatividade ser alta nesse grupo etário como um todo, existe grande ônus na constituição de domicílio para as jovens de 15 a 17 anos, especialmente pela ocupação em atividades domésticas e o cuidado com os filhos. Isto é tanto mais grave quando se considera que 71,3% dessas jovens não estudam o que tende a comprometer suas chances futuras no mercado de trabalho.

Para outras adolescentes, voltar a estudar depende mais de fatores como o incentivo da família ou do parceiro, além daqueles já mencionados anteriormente, como a disponibilidade para sair de casa e deixar seu filho aos cuidados de outra pessoa da família ou em uma instituição como a creche ou escola infantil:

*“... quando ela tiver uns três ou quatro mesinhos, a mãe disse que cuida dela para eu começar a trabalhar, porque só ele não adianta, só um trabalhando... Quando ela tiver maiorzinha... daí, de noite ele cuida da neném para mim poder estudar” (Bergamota, 16 anos)*

Durante as entrevistas foram mencionadas possibilidades de estudos. Algumas referiram que pretendiam fazer graduação antes de saberem que estavam grávidas; uma adolescente afirmou inclusive que os pais estavam guardando dinheiro para que ela cursasse uma faculdade. Para outras, concluir o ensino médio, através de alternativas como o programa de Educação para Jovens e Adultos, também apareceu como uma alternativa. No entanto, para algumas adolescentes, estudar não significava algo tão importante, manifestando a vontade de deixar o estudo para além de outras prioridades. As respostas a seguir demonstram isso:

*“sei lá, agora não sei, quem sabe depois” (Goiaba, 18 anos)*

*“não, apesar de estar no último ano, não [voltar a estudar]”* (Amora, 17 anos)

*“esse ano eu acho que eu passo... Depois acho que vou estudar de noite... Primeiro chegar até o primeiro ano, depois pensar no que vai acontecer”* (Melancia, 17 anos)

Conforme demonstrado nos depoimentos das adolescentes, a maioria delas abandonou os estudos em virtude da gestação, por isso nos interessamos em saber seus planos de retornar à escola, e as respostas encontradas não nos surpreenderam. Assim como encontrado em alguns estudos e também pelo que se conhece do cotidiano e da prática assistencial, estudar não é algo que faça parte dos planos e projetos dessas garotas, que não percebem na escola uma perspectiva de vida diferente, ou melhor.

Para as adolescentes, ter que sair de casa, pegar ônibus para estudar não significa uma perspectiva de um futuro melhor, mas de certa perda de tempo e/ou oportunidades de realizar outras coisas, como cuidar da nova casa, conviver com as amigas e vizinhas, preparar a comida para o companheiro e demonstrar o quanto gostam dele e como estão preparadas para assumir sua função materna e de dona de casa.

Portanto, voltar a estudar não apareceu como um desejo ou algo almejado, apesar de algumas adolescentes demonstrarem intenção em retornar à escola. Nesse caso, a intenção foi mencionada depois de questionadas diretamente sobre a possibilidade de voltarem a estudar, longe de ser uma prioridade. Essa realidade parece comum em muitas comunidades brasileiras onde a maioria dos adolescentes abandona os estudos após os 14 anos de idade, independente do sexo e da associação de um evento como a gestação, segundo dados do IPEA (2009).

### **5.3 Reação dos familiares frente à descoberta da gravidez**

Consideramos relevante trazer as **reações familiares frente ao diagnóstico de gestação**, como os pais enfrentaram e encaram a possibilidade de suas filhas estarem gestando numa idade precoce, que significados representam essa gravidez e todas as mudanças decorrentes dela na vida de suas filhas e em todo o contexto familiar.

Perguntamos então, para as gestantes, qual a reação da família ao receber a notícia. As respostas foram sobre reações de surpresa, alegria, desagrado, dependendo de fatores como já estar com parceiro, conhecimento ou desconhecimento da família em relação à vida sexual das adolescentes, entre outros.

Para algumas adolescentes, a reação da família foi natural, de alegria, como quem recebe a notícia de um evento esperado e desejado:

*“a minha mãe ficou feliz porque é o primeiro neto, e a mãe dele também... todo mundo ficou feliz”* (Amora, 17 anos)

*“ah, minha irmã disse: ‘Vou ser titia...’ – minha mãe nem acreditou que vai ser avó, ainda nem caiu a ficha”* (Manga, 19 anos)

As reações dos familiares nestes casos foram prioritariamente de alegria porque a notícia da gravidez representou uma confirmação daquilo que já era esperado ou aguardado pela família, uma vez que estas adolescentes possuem uma relação considerada estável com seus parceiros, gestar representa assim, um evento feliz.

Para outras, essa notícia foi recebida de maneira mais cautelosa, com certa surpresa e até apreensão:

*“para eles foi uma surpresa, eles não esperavam... ela [a mãe] achou que era muito cedo, que eu era nova, que eu tinha muito tempo pela frente ainda, mas depois ela foi aceitando, aos pouquinhos... Ficaram feliz, minhas irmãs também”* (Maçã, 19 anos)

*“... o pai ficou meio assim, pasmo, não sabia o que fazer e a mãe ficou meio braba... a avó ficou feliz, ele (o parceiro) também ficou feliz”* (Uva, 17 anos)

Nestas falas torna-se possível perceber que apesar de as adolescentes também possuírem uma união estável com seus parceiros, os objetivos ou anseios de seus familiares são um pouco diferentes daqueles referidos anteriormente. Ao demonstrarem surpresa ou apreensão devido a idade das filhas, estes pais podem estar considerando outras alternativas na vida das mesmas e ponderando as consequências que a gestação pode trazer.

No entanto, provavelmente devido ao meio social em que estão inseridos e aos limites econômicos presentes, os pais e familiares acabam por aceitar a gestação, alegrando-se com a possibilidade de um novo ente e da inserção da adolescente no meio social que passa a valorizá-la e respeitá-la, agora como uma futura mãe de família.

Também houve casos em que a notícia da gravidez foi recebida pelos familiares de uma forma mais difícil, de choque e surpresa total, deixando transparecer certa reprovação pelo que aconteceu:

*“ah, a reação dela [mãe] foi de choque, ela pensou como eu poderia estar grávida, porque eu disse para ela que eu era moça e foi nessa primeira vez que eu engravidei... Ela não acreditou, ficou pasma, depois com o tempo foi acreditando...”* (Jaboticaba, 17 anos)

Na respostas acima fica evidente que a reprovação da família está diretamente relacionada com o fato de a adolescente não possuir uma união considerada estável ou mesmo um namorado que fosse de conhecimento e aceitação de todos. Desta forma, para a família a notícia foi realmente um choque, pois significou a descoberta do início da vida sexual da adolescente e, além disso, de uma gestação.

Nesta situação, e dentro das características da sociedade em que se desenvolveu o estudo, o impacto na vida da adolescente causado pela gravidez tende a ser acentuado pelo fato de não ter um companheiro. Ser mãe solteira ainda representa um fardo carregado de preconceitos e dificuldades, principalmente quando esta mãe é adolescente e pobre.

Outro fator importante no contexto da gestação na adolescência é o papel da família em relação à adolescente, não somente no que concerne às reações emocionais da família, mas também quanto ao apoio e ao cuidado que serão necessários para essa adolescente. As reações encontradas diferem, mas um aspecto que chama a atenção é de que há melhor aceitação e até um incentivo a gestar quando a adolescente já tem uma relação afetiva estável, independente de que, nessa idade, os conceitos de estabilidade poderiam ser questionados. Parece que o fato de a adolescente já ter saído da casa dos pais, assumindo uma relação de estabilidade com um companheiro abona e avaliza a gravidez. Tal fato, no entendimento desses pais, nada mais é do que o seguimento natural do fluxo da vida, pois constituir uma família e provê-la financeiramente é o esperado grupo social em que se encontram.

Nas entrevistas, também perguntamos às gestantes sobre quem seria a **referência de apoio no cuidado do bebê**, principalmente nos primeiros dias de vida do recém-nascido, considerados os momentos mais difíceis e de maior dependência da ajuda de alguém experiente. Neste momento delicado para a nova mamãe, encontramos quase que uma totalidade de respostas apontando para a própria mãe (avó) como a pessoa mais indicada, como referência de segurança e confiabilidade, um suporte emocional, prático e ativo.

Portanto, a resposta sobre quem estaria ao lado delas nos primeiros momentos, ajudando a cuidar do bebê, foi a de que seria a mãe, como pode ser constatado nas falas:

*“a minha mãe... ela sempre tá lá, quando pode... ela está sempre perto... Até vai fazer a casa dela ao lado, para ficar melhor, agora quando eu ganhar a neném, para me ajudar a cuidar”* (Acerola, 14 anos)

*“vai ser minha mãe... Ela disse que, quando eu ganhar neném, ela vai sair do serviço pra ficar comigo”* (Amora, 17 anos)

Observamos que havia uma relação estreita de confiança com a mãe, como a pessoa certa para estar ao lado, compartilhando estes momentos tão delicados. Mesmo no caso daquelas mães que, ao receberem a notícia da gestação, em um primeiro momento tiveram uma reação de surpresa ou até certa reprovação, aos poucos demonstraram que estariam ao lado das adolescentes, dispostas a colaborar nas necessidades de cuidados pessoais e do bebê, transmitindo a segurança necessária e esperada.

Além da mãe, algumas gestantes mencionaram que teriam ajuda da irmã, da avó, da sogra:

*“a minha mãe e a minha irmã”* (Pera, 18 anos)

*“eu acho que quem vai ajudar vai ser a mãe, a avó, porque ele não tem muita experiência... Ele não sabe, eu também mal sei, daí ela vai me ajudar bastante”* (Uva, 17 anos)

*“eu acho que vai ser a minha mãe e a minha sogra, que elas duas tão babando... Acho que elas vão ajudar”* (Lima, 19 anos)

Estas falas demonstram a importância da formação de uma rede de apoio familiar para dar suporte à nova mamãe e ao seu bebê, principalmente nos primeiros dias de vida do mesmo. Não houve gestante que referisse não precisar ou contar com a ajuda de alguém, ao contrário, saber que as pessoas já estavam se organizando para poder colaborar e estar ao seu lado durante e após a saída do hospital deixavam as mesmas mais seguras e tranquilas de que poderiam dar conta desta nova empreitada.

Claro que o parceiro também apareceu como um possível cuidador, mas em um plano secundário, pois aquelas que referiram poder contar com a ajuda do mesmo

demonstraram que essa ajuda dependeria da disponibilidade, boa vontade e também se não estaria cansado, já que é ele que trabalhava e trazia o dinheiro necessário para as despesas da casa e do filho que estava chegando.

Em relação ao processo da maternagem e ao amadurecimento dessas adolescentes frente à nova vida e às novas responsabilidades, entendemos como essencial e indispensável o apoio do parceiro e da família, concordando com Mazzini et al. (2008), ao referirem que os cuidados maternos ao primeiro filho podem ser difíceis e que o aprendizado da maternagem é gradual, iniciando ainda antes do nascimento do filho, durante a internação hospitalar e nas primeiras tentativas de amamentar, com todas as dificuldades e ansiedades presentes.

As autoras reforçam que a ajuda da mãe, do companheiro, da sogra ou de outras pessoas próximas nos primeiros dias da volta para casa, formando uma rede de suporte social, possibilita o desenvolvimento e construção das habilidades da jovem mãe, mesmo que no início ela se coloque em uma situação de dependência em relação a essas pessoas (MAZZINI et al, 2008).

Dessa forma, podemos inferir que, quanto maior o apoio e a rede de suporte e carinho que a adolescente tiver, maiores e melhores serão as condições de aprendizado e segurança para desenvolver suas potencialidades e assumir com responsabilidade, dedicação e qualidade o cuidado do seu filho.

#### **5.4 Experiências relacionadas à educação em saúde**

Outro aspecto relevante neste estudo diz respeito às **experiências de educação em saúde das adolescentes** e sua relação, ou não, com a atual gestação. Nessas experiências identificamos que a maioria das adolescentes tem lembranças de palestras ou orientações recebidas na escola, cujos temas se relacionavam à sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis ou gravidez na adolescência.

Algumas adolescentes referiram que tiveram palestras na escola com profissionais das Unidades Básicas de Saúde. As respostas obtidas foram:

*“de vez em quando tinha. Quando eu estudava na sétima série, teve uma que eu lembro... eram sobre relações sexuais, essas coisas assim... Veio alguém do posto, tinha um postinho de saúde, daí eles vieram...”* (Pera, 18 anos)

*“...quando eu estudava de manhã no [colégio X], falavam um monte sobre doenças transmitidas pelo sexo... No [colégio Y] eles também davam palestra sobre isso... era o pessoal do posto de saúde...”* (Bergamota, 16 anos)

*“...teve uma vez que eles foram falar das doenças que homem tem, mulher também, por causa da transmissão... aquelas, gonorréia... E era horrível de ver... eles mostravam as fotos... E elas falavam, era bem legal, interessante”* (Bergamota, 16 anos)

Os temas abordados se referiam principalmente às doenças sexualmente transmissíveis, sendo que a gravidez na adolescência não era tratada como prioridade:

*“teve palestra na escola, mas assim, eu não me lembrava muito... Quando eu estudei, eu nunca ouvi falar sobre gravidez... Nunca explicaram bem sobre a gravidez... só para evitar, mas nunca tipo, se acontecer, nunca explicaram deste jeito...”* (Manga, 19 anos)

*“os professores falavam, mas não muito... Falavam mais doenças, drogas... mas a gravidez depois não...”* (Manga, 19 anos)

Ainda, para algumas adolescentes, existia a lembrança de terem participado de atividades em que o uso da camisinha era trazido como recurso para prevenir uma gestação indesejada. Essas atividades, essencialmente em forma de palestras, eram desenvolvidas também por profissionais da saúde, embora as adolescentes não conseguissem identificar com certeza quem eram. Esse fato é percebido nestas falas:

*“já tivemos palestra... se eu não me engano ia alguém do postinho... da UCS, eu acho que era... Falavam da gravidez na adolescência, uma coisa assim...”* (Lima, 19 anos)

*“...acho que sim, sobre camisinha eles explicavam no colégio, né... Ia alguém, não lembro quem, ia explicar lá, mas ia alguém... deve ser alguém do postinho...”* (Goiaba, 18 anos)

*“eu recebi orientação nas palestras do colégio, mas não muito bem. Sobre gestação não, mas mais sobre o uso da camisinha, anticoncepcional... Acho que eram os professores. Tinha às vezes palestra com o pessoal do postinho”* (Jabuticaba, 17 anos)

*“eles levavam camisinha [na escola]... davam palestra. Às vezes nem eram aqui do postinho, eram outros, do hospital”* (Laranja, 18 anos)

No entanto, essas atividades parecem não ter um peso ou significado na vida dessas meninas, uma vez que foi necessário perguntar diversas vezes e até mudar a forma de questionar, para que se lembrasse de ter participado dessas atividades. Também não ficou muito claro se quem as realizava eram os próprios professores ou a equipe de saúde de unidades básicas próximas à escola.

Nenhuma adolescente lembrou-se de ter participado de ações que envolvessem uma parceria entre os profissionais da educação e da saúde, o que confirma a incipiência e a urgência da implementação de programas como a Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). Assim, também podemos reforçar a necessidade de intensificar a aplicação dos temas transversais desenvolvidos nas escolas a partir de mudanças curriculares. No entanto, acima disso, torna-se evidente a necessidade de uma política governamental efetiva, que possibilite a educação permanente de profissionais da saúde e educadores, habilitando-os para trabalhar e discutir temas relacionados à ética, cidadania, desenvolvimento humano, saúde, sexualidade, vulnerabilidade e autonomia.

Os objetivos de ações como as do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) são desencadear novos processos de trabalho, superando as iniciativas pontuais e gerando projetos permanentes, inovadores e integradores, capacitar profissionais para que sejam agentes de transformação em seus locais de trabalho, proporcionar maior aproximação e integração entre os profissionais da saúde e da educação em torno de um mesmo objetivo e desenvolver parcerias para a realização de ações intersetoriais. Para que isso ocorra, são essenciais o interesse comum de colocar em prática a aprendizagem, através de ações de promoção em saúde nos diferentes ambientes de trabalho e a valorização e adoção de programas como o SPE em diferentes locais, viabilizando um trabalho intersetorial e possibilitando o desenvolvimento de ações que reduzam as desigualdades no acesso às políticas e programas de atenção e educação em saúde (BRASIL, 2008).

Ao discutirmos a ação dos profissionais da saúde, em especial a do enfermeiro, precisamos levar em conta sua formação. Assim, concordamos com Ferreira et al, (2000) em que tanto o conceito de educação como o de saúde devem ser trabalhados juntos aos acadêmicos de enfermagem, como direitos legítimos do usuário, nesse caso, enfocando o adolescente, abordado na sua especificidade e considerado como sujeito de direitos. Dessa



forma, o eixo orientador dos programas de ensino que tratam da saúde dos jovens deve ser o da cidadania.

Entendemos que, para uma mudança da práxis, são necessárias modificações na formação desses profissionais. Os profissionais devem ser formados em uma lógica diferente da atual. Por isso, concordamos com Reibnitz e Prado (2006), ao analisarem as características do professor ou formador desse profissional, uma vez que os ensinamentos e exemplos servem de base para as futuras atuações na prática. Elas lembram que essa formação deve ser crítica, despertando a curiosidade como uma predisposição para o existir, pois ela nos torna seres em permanente processo de indagação, sem a qual não haveria a possibilidade do conhecer.

Diante das experiências em educação em saúde dessas adolescentes, acreditamos que seria relevante pesquisar o uso de algum método contraceptivo ou de alguma forma ou atitude de planejamento familiar, buscando compreender se suas ações foram derivadas dos conhecimentos adquiridos nessas experiências.

Acreditamos que o impacto das palestras, orientações ou experiências de educação na vida dessas adolescentes não foi suficiente para que elas se sentissem seguras, conscientes e com autonomia para tomar as decisões necessárias à sua vida.

Procuramos identificar melhor a familiaridade ou propriedade dessas meninas quanto à adoção de algum método para contracepção, bem como a importância ou relevância atribuída na questão de prevenir uma gestação no contexto de seus relacionamentos afetivos e de suas expectativas de vida.

Nas falas de algumas das adolescentes pesquisadas, percebemos o conhecimento e o emprego de métodos contraceptivos, como o uso de camisinha e anticoncepcionais orais ou injetáveis antes da gravidez atual. No entanto, por algumas razões, como o desejo de engravidar, deixaram de utilizar, como nas situações:

*“...eu fiquei uns dois anos, mais ou menos, tomando aquela injeção para não engravidar, depois que eu parei de tomar ... Eu tomava Mesygina... Eu parei e fiz um tratamento para engravidar.”* (Lima, 19 anos)

*“tinha um tempo que nós usávamos [camisinha]... Só que, daí, eu queria e ele também queria [engravidar], ele me falou... Nunca vim consultar...”* (Goiaba, 18 anos)

Outra situação para a descontinuidade do uso do método contraceptivo, é a ambiguidade entre o esquecimento, desconhecimento do emprego adequado e o desejo de engravidar, manifestado na seguinte fala:

*“... eu usava o anticoncepcional, o Microvlar... Eu recém estava no começo de usar, foi quando eu andei falhando o remédio foi quando eu fiquei grávida... Eu estava tomando quando eu fiquei grávida, tomando remédio... Um pouco porque eu esqueci e um pouco porque eu queria mesmo...”* (Maçã, 19 anos)

Em outros casos, fica evidente o desconhecimento do uso adequado dos métodos contraceptivos, bem como a influência das informações recebidas relacionadas ao emprego do anticoncepcional oral, como a possibilidade de ganho de peso. Algumas dessas informações foram recebidas de profissionais da saúde ou mesmo no aprendizado familiar e com amigas. Por essas razões, os anticoncepcionais foram utilizados de forma inadequada ou não foram utilizados:

*“...primeiro eu tinha ido no médico para tentar tomar anticoncepcional. Daí ele disse que eu era moça e não precisava tomar... Daí eu não tomei... Tomei uns dias, depois eu não tomei mais o anticoncepcional. Eu tava engordando demais, daí parei de tomar e aconteceu”* (Jabuticaba, 17 anos)

*“eu não gostava de tomar anticoncepcional. Nunca tomei porque eu pensava que engordava. Nós só usávamos a camisinha...”* (Bergamota, 16 anos)

Os efeitos colaterais do anticoncepcional oral, como enjoos, náuseas e aparecimento de varizes, foram também razões para a sua não utilização:

*“...a gente usava, tinha camisinha... pílula não... Antes de engravidar eu fui à ginecologista... eu fui para tomar, eu cheguei a pegar pílula... Mas tipo começou uns enjoos e eu parei...”* (Uva, 17 anos)

*“agora não, porque, quando eu consultei com a ginecologista, ela disse para eu parar de tomar porque tinha varizes nas pernas...”* (Manga, 19 anos)

A mudança de tipos de contraceptivos também foi referida como uma das causas da gravidez inesperada para algumas das adolescentes:

*“...eu tomei o Nociclin, acho que uns quatro anos e uns seis meses o Diminut... A minha médica [prescreveu]... Daí ela disse para eu parar um pouquinho, que eu tava tomando desde os 14 anos... Daí eu parei e engravidei...”* (Pera, 18 anos)

*“já usei comprimido, pílula, e preservativo... eu tava usando Ciclo 21, só que eu troquei. Eu tava tomando injeção, só que eu troquei para tomar o Ciclo 21... e na troca que eu engravidei”* (Acerola, 14 anos)

Houve também a situação em que a adolescente manifestou não utilizar nenhum método anticoncepcional porque o companheiro não gostava, não havendo a preocupação com a possibilidade de gravidez:

*“não usava nada... ah, ele não gostava... que não se importava de ter um filho... e agora me abandonou...”* (Melancia, 17 anos)

Todas essas situações manifestadas pelas adolescentes demonstram que, de alguma forma, conheciam métodos contraceptivos e tinham acesso a eles. No entanto, houve insuficiência de informações, não entendimento de seu uso ou mesmo o desejo consciente ou inconsciente de engravidar. Assim como nesta pesquisa, um estudo realizado por Persona et al, (2004) também encontrou que a maioria das adolescentes conhecia e tinha acesso aos métodos contraceptivos.

Persona et al, (2004) abordam que fatores como parceiros mais velhos, a tendência de deixar que o parceiro assuma a responsabilidade pela prevenção da gravidez, bem como a fonte de informações e conhecimentos relativos a esse contexto são fundamentais e significativos, pois a utilização inadequada ou sem comprometimento reflete diretamente no efeito que os métodos utilizados apresentarão.

Nessa direção, concordamos com Carmo e Van der Sand (2007), quando afirmam que, apesar do acesso ao conhecimento e à possibilidade do uso de contracepção, existe ainda a necessidade de estímulo ao diálogo entre os parceiros, para a efetivação de relações éticas, estímulo que, segundo as autoras, deve partir dos adultos que servem como exemplo aos mais jovens.

Carmo e Van der Sand (2007) reforçam a importância de os profissionais de saúde realizarem uma orientação sexual adequada aos adolescentes, privilegiando a participação da família, da escola, dos profissionais da saúde e da sociedade em geral no processo de

educação, estimulando o adolescente a reconhecer e reivindicar seu direito de exercer a sexualidade nessa etapa da vida.

Um fator relevante no contexto da gestação na adolescência é a relação entre o uso de preservativo e a confiança no parceiro, pois, como traz Fonseca (2004), ao pesquisar o uso de preservativo durante o coito, a maioria dos jovens refere fazer uso da camisinha em todas as relações sexuais. No entanto, muitos entrevistados jovens relataram o uso somente na primeira vez, alegando que, por terem confiança no parceiro ou por ser para ambos a primeira vez, esse método poderia ser descartado. Talvez por isso as adolescentes deste estudo não valorizaram a utilização do preservativo masculino em suas relações sexuais, pois, por estarem, em sua maioria, em uma união estável, a confiança no parceiro parecia ser prioridade.

Souza et al, (2006), no que diz respeito à necessidade de diálogo entre os parceiros, encontraram que, no caso de uma adolescente de seu estudo, pareceu mais apropriado acreditar no método que seu parceiro estava propondo o coito interrompido, do que na utilização da camisinha, também reforçado pelo que sua mãe sempre afirmou, de ter engravidado devido ao uso de uma camisinha que não prestava, do posto de saúde.

Entretanto, encontramos em estudos como o de Ressel et al, (2009) a preocupação de alguns adolescentes em relação à vulnerabilidade dessa fase da vida, associada a diversos fatores, incluindo a prática do sexo sem proteção. Esse fato é extremamente relevante, pois demonstra a responsabilidade e a importância dos profissionais de saúde, em realizar ações junto aos adolescentes, ouvindo suas necessidades e acolhendo suas demandas.

Para Rocha (2001), é necessário alcançar o adolescente em seus espaços de convivência e inserção, para conhecer o meio social em que vive e a diversidade em que se apresenta. Para tanto, afirma como essencial a inclusão da família, com caráter de formação, e da escola, que auxilia na formação e propicia a socialização, entre outros.

Oliveira et al, (2008) trazem ainda os benefícios de integrar os adolescentes nas etapas de elaboração, implementação, monitoramento e avaliação das ações e políticas sociais voltadas para a adolescência e juventude, viabilizando, desta forma, a construção de políticas públicas integradas, que realmente respondam às demandas dessa população.

## **5.5 Grupo de educação em saúde compartilhamento de saberes**

Para auxiliar na investigação da experiência de educação em saúde, optamos em trabalhar com grupos educativos, como um método auxiliar de coleta de dados e também

como uma ferramenta de realização deste processo de educação. O objetivo com o grupo, além disso, foi observar se o mesmo serve como uma estratégia de obtenção de autonomia na tomada de decisões na vida das adolescentes.

Uma vez que concordamos que a adoção de uma forma mais democrática e participativa junto aos seus pares, as pessoas que estão sentindo e vivenciando experiências parecidas com as suas, contribui de forma efetiva na conscientização e mudança de atitude, adotamos o grupo educativo inspirado no círculo de cultura de Paulo Freire com a intenção de reforçar isso (SAUPE et al, 1998).

Através das anotações no diário de campo e com a observação participante constatamos que durante os encontros dos grupos educativos, de forma geral, as adolescentes, ao chegarem aos encontros, demonstravam certo grau de timidez ou retraimento. Sentavam-se longe umas das outras, pouco se olhavam ou conversavam entre si, sendo que somente duas adolescentes que já se conheciam trocavam algumas palavras antes do início das atividades ou dinâmicas.

No momento em que utilizávamos uma dinâmica diferente algumas se expunham mais e, em alguns momentos, argumentavam ou contra-argumentavam a partir da fala de outra participante. Somente duas adolescentes tiveram uma participação mais efetiva, no sentido de questionar, expor suas opiniões, medos, dúvidas, experiências e sugestões.

Em relação à linguagem, pudemos observar que a linguagem verbal não foi muito utilizada, como descrito anteriormente. Com algumas exceções, as gestantes falavam pouco, mesmo quando estimuladas a participarem mais, através das dinâmicas aplicadas. A linguagem corporal demonstrou timidez, retraimento, talvez medo de exposição ou de falar algo que não fosse considerado adequado ou correto. A postura adotada pode ter sido reflexo de um momento repleto de acontecimentos, de alegrias, medos, expectativas, que de alguma forma, elas preferiram guardar para si.

Talvez não sentissem confiança suficiente para se mostrar, apesar de, no último encontro, na realização da dinâmica “Abraço de Urso”, todas terem afirmado que gostaram de participar dos encontros. Outro fator relevante é que um vínculo de confiança com a pesquisadora foi desenvolvido, mesmo que elas não tenham demonstrado tão explicitamente nos grupos, pois sempre ao final dos mesmos ou em encontros casuais na UBS as gestantes solicitavam a atenção da pesquisadora, perguntando algo sobre sua gestação ou tirando dúvidas sobre vários aspectos da sua vida. Esse fato foi considerado de extrema relevância, pois, embora nos grupos elas tenham adotado uma postura mais reticente, foi devido aos vários encontros, conversas e trocas que elas desenvolveram este vínculo de confiança.

Como já referido, então, as respostas obtidas no último encontro corroboraram com esse entendimento, pois as falas trouxeram sentimentos, sensações e certezas que surpreenderam a própria pesquisadora, reafirmando o potencial e a força das atividades em grupo na assistência, cuidado e orientação junto aos adolescentes:

*“...eu senti bastante alegria de estar aqui e foi uma experiência legal... uma aprendendo com a outra”* (Uva, 17 anos)

*“... eu também gostei um monte de ter participado do grupo... eu sempre tive vontade de participar e, agora que eu tive essa oportunidade, tô aprendendo um monte de coisas”* (Lima, 19 anos)

*“...eu também não sabia e aprendi bastante coisa... foi também legal... se tivesse mais...”* (Carambola, 15 anos)

Tanto na relação delas com o ambiente como entre elas mesmas, foi possível perceber a postura de alguém que se sentia em um ambiente um pouco estranho, que não estava tão à vontade como em sua casa, seu território, um lugar familiar, o que é natural, pois também não conheciam as demais participantes, não eram suas amigas, suas relações afetivas.

No entanto, com a evolução dos encontros, foram demonstrando mais confiança, se mostraram mais, sentiam mais segurança no ambiente e nas pessoas que estavam passando ou vivenciando as mesmas emoções, transformações, medos e inseguranças que as suas, portanto estavam em situação de igualdade, de aproximação.

Em relação ao comportamento das adolescentes, que foi um pouco tímido, principalmente nos primeiros encontros, Ressel et al, (2006) também tiveram essa experiência ao realizar um projeto com adolescentes em Santa Maria/RS. No início, segundo as autoras, elas se apresentavam de forma encabulada, falando pouco. No entanto, com a convivência, identificação e adaptação com as demais adolescentes do grupo, elas foram participando mais, superando as dificuldades iniciais.

Em relação à presença das acadêmicas de enfermagem, auxiliares na coleta de dados, as adolescentes também foram se familiarizando, percebendo e sentindo a intenção do apoio, do cuidado, do bem-querer, o que foi possibilitando uma sutil, mas perceptível e importante mudança nos seus comportamentos.

Quanto ao papel dos grupos na educação em saúde, torna-se relevante trazer novamente os aspectos observados no decorrer dos mesmos, na medida em que promovem um ambiente que permite a participação de todos, de forma linear e democrática. E nesta participação, em que as pessoas se sentem valorizadas e em que suas experiências e saberes têm importância, se desenvolve a cidadania, se potencializa a autonomia, se promove a emancipação para a vida. Como já mencionado por diversos autores, o grupo funciona como uma ferramenta importantíssima no processo de compartilhamento de saberes e de crescimento pessoal.

Em algumas dinâmicas utilizadas sobre o cuidado de si como gestantes, obtivemos depoimentos que demonstram esse conhecimento prévio sobre a alimentação da gestante, a importância de não utilizar drogas, entre outras. Podemos constatar isso nas seguintes falas:

*“...droga faz mal, o bebê pode nascer com uma parte do corpo mal formada”* (Manga, 19 anos)

*“acho que batata frita em excesso faz mal”* (Pera, 18 anos)

*“cigarro prejudica o bebê”* (Manga, 19 anos)

Nas conversas com as adolescentes evidenciamos não só suas dúvidas, mas seus conhecimentos e, através destes, suas referências, suas bases. Ao expor suas opiniões, ao trazer seus pensamentos e experiências, elas demonstram possuir uma trajetória, um saber, um desejo que deve ser valorizado e respeitado. Quando compartilhavam com as demais suas posições sobre a melhor forma de cuidar de si e do bebê, elas demonstravam que na verdade já tinham um projeto construído, mas que estavam dispostas e reavaliá-lo.

A origem desses conhecimentos era diversa: a mãe, a tia, a avó, a vizinha, a amiga, a colega, a enfermeira, o médico, a televisão, a revista. De alguém ou de algum lugar elas captaram e assimilaram algo que consideraram útil e aplicável e, a partir desse conhecimento, elaboraram seus valores, condutas e atitudes.

Em outro encontro, quando falávamos sobre as vantagens do aleitamento materno, a alimentação e o cuidado com o bebê nos primeiros meses de vida, as adolescentes expressaram suas opiniões:

*“com o leite do peito até os ossinhos do bebê ficam mais fortes”* (Pera, 18 anos)

*“eu acho que quem tem o seio maior, tem mais leite”* (Uva, 17 anos)

*“a minha mãe deu chá para os meus sobrinhos, mas eles mamaram no peito até os três anos”* (Pera, 18 anos)

Dessa forma, demonstraram que todas as pessoas têm uma bagagem, herdada da família ou do meio, mas que contribui significativamente na construção de seus pensamentos e formas de agir.

Oliveira et al, (2008) reforçam que a atividade grupal é muito importante nessa faixa etária, pois os adolescentes apresentam a característica de procurar no grupo de companheiros sua identidade e a resposta para suas ansiedades. Dessa forma, na realização dos encontros em grupo, são facilitadas a expressão de sentimentos, a troca de informações e experiências e a busca de soluções para os seus problemas.

Ferreira (2006, p.210) também traz que “no trabalho em grupo é possível identificar características gerais como senso de coesão, de comunicação, de interação, de coletividade e de planejamento, de propósitos e metas comuns...”. Ela reforça que, no caso dos adolescentes, a estratégia de discussão em grupo favorece a conversação, aproximando os sujeitos e proporcionando a expressão livre e aberta dos pensamentos.

Na atividade de fechamento dos encontros dos grupos realizamos uma dinâmica em que cada adolescente abraçava um urso de pelúcia, como se fosse um amigo, falando para o mesmo como estava se sentindo ao final dos encontros. Evidenciamos nas falas a importância atribuída pelas adolescentes a participarem do grupo, pelo aprendizado ocorrido:

*“eu gostei bastante, porque eu aprendi bastante. Agora eu tenho a minha opinião sobre os cuidados e sobre o que fazer... E quando a minha filha nascer e ficar grande, eu vou dizer: Vai às reuniões, porque eu fui e aprendi bastante”* (Amora, 17 anos)

*“eu gostei muito de estar aqui... se eu pudesse, teria vindo em todos, porque foi muito bom... Foi bom conhecer pessoas novas e aprender o que eu não sabia... eu aprendi mais... é bom aprender...”* (Manga, 19 anos)

*“eu também gostei um monte, queria que durasse mais seis meses, eu aprendi um monte de coisas que eu não sabia... Eu tava com medo e agora não tô mais...”* (Pera, 18 anos)



*“eu gostei muito de estar aqui no grupo porque eu aprendi bastante... Porque, por mais que eu já tenha uma filha, tem muitas coisas que eu não tinha aprendido que eu não sabia...”* (Acerola, 14 anos)

Quanto à utilização de uma proposta adaptada da metodologia de Freire na realização dos encontros em grupo, Cardoso e Cocco (2003) perceberam, na realização de seus grupos, uma aproximação dos adolescentes e uma reflexão sobre a realidade, analisando seu cotidiano e refletindo sobre seu modo de vida e sua forma de ser e pensar.

Acreditamos realmente na importância da realização dos grupos educativos como ferramenta de educação em saúde, principalmente no estímulo ou potencialização da autonomia para a tomada de decisões. Acreditamos principalmente que a utilização de uma metodologia ativa, baseada nos princípios de Freire e inspirada no círculo de cultura, foi determinante para o surgimento das expressões ou falas que obtivemos.

Algumas respostas realmente nos surpreenderam, pois, apesar de esperarmos e acreditarmos numa emancipação, para nós as falas representou e reforçou os benefícios da realização dos grupos na assistência aos adolescentes, respeitando suas especificidades, características e demandas.

Concordamos que é mister um cuidado na forma e contexto da realização desses grupos, pois isso reflete diretamente nos resultados obtidos. Por exemplo, modificar o nome da atividade, da prática, sem mudar sua essência, é algo danoso que, além de não colaborar para a autonomia dos sujeitos, pode reforçar atitudes de passividade e negligência para consigo mesmo. Um bom grupo é acima de tudo democrático, dinâmico e muito próximo da realidade e das particularidades de vida desses adolescentes.

## **6 REFLEXÕES SOBRE OS RESULTADOS REPERCUSSÕES PARA A ENFERMAGEM**

Nas respostas das adolescentes que participaram deste estudo evidenciamos vários aspectos que nos fazem refletir. Um deles é que as adolescentes estão iniciando sua vida sexual precocemente. Com 13 anos de idade já são, inclusive, mães. Dessa forma, não podemos pensar que estamos realizando ações para crianças que não conhecem ou não sabem nada de sexo. Repetir a conduta de muitos profissionais que afirmam que trabalhar educação sexual, utilização de camisinha e métodos contraceptivos é estimular a sexualidade dos adolescentes é uma atitude inadequada.

Outro aspecto que chamou a atenção foi relativo às ações desenvolvidas atualmente, reforçando que essas ações podem não estar sendo efetivas, pois várias adolescentes já haviam tido algum tipo de orientação sobre métodos contraceptivos, sobre doenças sexualmente transmissíveis e sobre gestação na adolescência. Porém essas orientações foram realizadas de tal forma que as adolescentes não se lembravam de quem as tinha realizado e também não as associaram com a atual gravidez, como se esta não tivesse nenhuma relação com as informações recebidas.

Excluindo o fato de muitas demonstrarem felicidade pela gestação, deixando implícito que a mesma foi planejada, consideramos importante discutir os métodos utilizados no desenvolvimento das atividades com os adolescentes. Apesar de a “palestra” já ser considerada um meio inadequado e que não desperta interesse nem mudança de atitude por parte dos adolescentes, percebemos que ela ainda é realizada e de forma sistemática, em muitas das ações desenvolvidas tanto nas instituições de saúde como nas escolas e comunidade.

Além de utilizarem a palestra, conforme apurado nas entrevistas das adolescentes, muitos profissionais também atuam na linha da responsabilização e culpabilização individual, trabalhando com conceitos já ultrapassados, como o risco, e ignorando contextos de vulnerabilidade já comprovadamente mais eficazes. Também empregam recursos que literalmente assustam os adolescentes, através de fotos e figuras de doenças que deixariam qualquer um amedrontado.

Não questionamos a necessidade de uma abordagem relativa às DSTs, mas observamos que dar muita ênfase a esse aspecto só afasta os adolescentes dos serviços e dos profissionais. Acreditamos que as orientações ou conversas devem ser baseadas na escuta, no acolhimento, numa aproximação em que possamos incentivar o adolescente a falar de si, de seu corpo, seus desejos, vontades e necessidades.

Antes de partir para uma figura mostrando órgãos sexuais desfigurados por uma DST, devemos lembrá-los ou até ensinar-lhes que nosso corpo é formado por diferentes órgãos, com diferentes funções que, em cada etapa da vida, se apresentam de maneira distinta. Precisamos estimular e potencializar o desenvolvimento da auto-estima, do respeito e da responsabilização.

Consideramos que, primeiramente, é preferível abordar os aspectos saudáveis, e não somente os fisiológicos, mas dizer-lhes que é normal e salutar sentir desejo, vontade de “transar”, e que isso é bom. Depois que conseguirmos transmitir-lhes que entendemos suas necessidades e demandas e que, como eles, também temos nossas vontades e necessidades, nos colocando na mesma linha, ao seu lado, como parceiros e não como detentores de uma verdade absoluta, aí sim, poderemos entrar em aspectos mais específicos, como sexo seguro, e até aqueles desagradáveis, como as doenças. Mas antes, bem antes, devemos abrir este espaço de diálogo, confiança e vínculo.

As adolescentes gestantes que participaram do estudo demonstraram que têm desejos próprios, conceitos, conhecimentos e condutas. Demonstraram que têm responsabilidade e atitude, e que vão cuidar de si e dos seus filhos de acordo com o que considerarem melhor ou mais benéfico, independente de se este conhecimento veio de um profissional de saúde, da sua mãe, avó ou vizinha. E nós, profissionais, não podemos nem devemos tentar impedir isso. Ao contrário, devemos valorizar suas iniciativas, através de parcerias, instrumentalizando-as para que tomem as melhores decisões possíveis.

A gestação na adolescência precisa ser entendida dentro de um contexto amplo, profundo e complexo, onde vários fatores se interligam, interagindo e influenciando nos resultados tanto para a mãe como para o futuro bebê. Considerar não apenas o componente físico ou clínico, mas toda a história de vida e as relações familiares e sociais da adolescente, é essencial para entendermos em que contexto ela se insere, o que pode contribuir positivamente na sua vida e o que pode prejudicá-la. Dessa forma, conseguiremos interferir, interagir e apoiá-la no melhor sentido possível.

Ao estudarmos um pouco mais o fenômeno da gestação na adolescência, procurando compreender o seu significado na vida das adolescentes, buscamos entender como ocorre esse

processo e em que contexto. Acreditamos que, ao penetrar mais profundamente em seus mundos, sentimentos e sonhos, nos tornamos mais conscientes de suas características pessoais, dos seus desejos e necessidades, possibilitando assim, auxiliá-las nas decisões e na escolha de condutas a serem adotadas.

E, considerando que a “mola propulsora” deste trabalho foi a experiência assistencial, que demonstrava o quanto estávamos e estamos distantes da realização de ações que contribuam de forma efetiva no desenvolvimento da autonomia dos adolescentes, acreditamos ser relevante resgatar aqui um pouco das nossas constatações e reflexões no decorrer do estudo.

Apesar de existirem, na teoria, projetos e programas muito bem elaborados e que contemplam grande parte das demandas da adolescência, na prática, no cotidiano da assistência, esses projetos não são aplicados. Os motivos para a não implementação dos mesmos são variados, e vão desde a ausência de uma infraestrutura adequada nas instituições, inviabilizando um bom acolhimento aos adolescentes, com acesso facilitado e privacidade, até à falta de conhecimento e capacitação dos profissionais para realizar uma atenção e um cuidado qualificados.

A ausência de prioridade dos gestores também pode ser considerada um dos fatores que impedem ou retardam a efetivação de políticas sociais comprometidas com as necessidades dos adolescentes, uma vez que dados e informações demonstrando a necessidade urgente destas práticas e cuidados são de domínio público. No entanto, não pretendemos apontar culpados ou apresentar justificativas para que os adolescentes permaneçam à margem dos serviços de saúde.

Preferimos ressaltar que, para se conseguir de fato atender e cuidar do adolescente de ambos os sexos, e em diferentes situações, são necessários requisitos que vão desde a formação profissional até o desenvolvimento de ações que integrem e respeitem o adolescente. Para tanto, são essenciais ações intersetoriais que envolvam as mais variadas instituições, como as Unidades Básicas de Saúde, a escola, centros comunitários, centros de formação e qualificação profissional, entre outros.

A realização dessas ações deve contribuir para integrar o adolescente com a família, com os profissionais da saúde e educação, às atividades culturais e de lazer – à sociedade em geral – para que todos assumam a sua parte e a sua responsabilidade no que concerne à vida e à saúde dos adolescentes. Outro fator essencial é a inserção do adolescente na elaboração e implantação de ações e atividades voltadas para a sua faixa etária, pois dessa forma, ele se

sente valorizado e assume seu papel de cidadão frente às questões relacionadas ao seu desenvolvimento.

Quanto ao desenvolvimento da sexualidade, mais especificamente, as ações e orientações realizadas precisam considerar as reais demandas dos adolescentes, suas expectativas, conhecimentos e experiências prévias. Quando acessam os serviços procurando orientações ou para a obtenção de métodos contraceptivos, esses adolescentes já possuem uma história e uma bagagem prévia que deve ser considerada. Se os tratarmos como seres totalmente desprovidos de conhecimentos, estamos realizando uma falha muito grave, pois corremos o risco de não atender suas reais necessidades, ficando muito aquém delas. Não conseguindo desenvolver um vínculo com eles, dificilmente retornarão ao serviço procurando ajuda.

Como profissionais, devemos ter clara nossa função de cuidar, assistir e educá-los de acordo com suas características e necessidades. Portanto, considerando sempre que, quanto mais informados, mais seguros, mais conscientes e autônomos nossos adolescentes estiverem, melhores condições de realizar escolhas saudáveis eles terão.

A construção de práticas educativas deve contemplar os aspectos culturais subjetivos e objetivos, valorizando o contexto no qual os adolescentes estão inseridos e lembrando que múltiplos fatores interagem ali. Ao incluirmos esses aspectos e vislumbrarmos novos direcionamentos para as nossas práticas educativas em saúde, estamos contribuindo para o resgate da cidadania dos jovens e para a sua emancipação.

O papel da enfermagem é de extrema relevância, na medida em que este profissional, principalmente ao atuar na atenção básica, desempenha diariamente ações que envolvem a saúde do adolescente.

Para tanto, a formação do enfermeiro, ao invés de voltar-se apenas para a vulnerabilidade do adolescente, deve agregar os aspectos relativos às características dos jovens e aos fatores culturais, possibilitando criar novas formas de interação. Os formadores gerariam, assim, profissionais capazes de desenvolver atitudes de reflexão, de crítica de suas ações, dispostos a refazer diariamente seus conceitos e suas práticas, sempre objetivando o bem-estar, a saúde e melhores condições de vida para as pessoas sob sua responsabilidade de cuidado, atenção e educação.

Ao realizarmos nossas ações com competência e dedicação, visando, além de técnicas apropriadas em nível individual e coletivo, uma vinculação às histórias de vida, valores e cultura, estaremos valorizando as relações que se estabelecem no contato diário e nas ações assistenciais e educativas.

Ao finalizar, salientamos que as informações encontradas na revisão da literatura e também nas respostas da pesquisa confirmaram que ainda existe um longo caminho para alcançarmos um processo de assistência, cuidado e educação em saúde adequada às características e necessidades dos adolescentes.

Entretanto, vislumbramos ações que podem modificar este cenário, entre elas programas como a Saúde e Prevenção nas Escolas, a mudança curricular dos cursos da área da saúde, a realização de parcerias intersetoriais e com todos os equipamentos sociais disponíveis na comunidade, e a adoção de experiências pedagógicas alternativas para auxiliar nesta aproximação, conhecimento e valorização dos diálogos, compartilhamento de saberes e criação de vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização da Pesquisa Convergente Assistência (PCA) possibilitou a realização de atividades de educação em saúde, desenvolvidas pela pesquisadora nos grupos educativos que ocorreram concomitantemente ao processo de coleta de dados. Esse fato proporcionou não só a obtenção de informações, mas uma reflexão sobre os fenômenos vivenciados no contexto de cuidar e educar, assim como a transformação da realidade vivenciada pelas participantes do estudo.

Acreditamos que os objetivos propostos foram atingidos, pois no decorrer da pesquisa tornou-se possível conhecer melhor as adolescentes gestantes e suas motivações ou sentimentos relacionados com a atual gestação. Além disso, foi possível construir, com as gestantes, algumas questões fundamentais que poderão repercutir num cuidado mais coerente com a realidade de vida de cada uma delas.

Percebemos que há ainda uma lacuna entre a teoria e a efetivação de uma política que contemple a assistência, o cuidado e a educação ao adolescente. Entretanto, acreditamos que este estudo pode contribuir no planejamento de ações e estratégias de aproximação destes com os profissionais e serviços de saúde.

Entendemos que o enfermeiro é o profissional essencial no processo de educação em saúde na atenção básica, cabendo a ele, muitas vezes, a tarefa de motivar a equipe para a realização de atividades de cuidado e educação ao adolescente. Portanto, ao perceber a complexidade e importância disso, esperamos que o mesmo possa refletir sobre sua prática, modificando-a ou aprimorando-a no sentido de aproximar a população adolescente dos serviços de saúde, em especial, da atenção básica.

## REFERÊNCIAS

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras Enferm.** v. 61, n. 1, p. 117-21, jan/fev. 2008

ANPED 23º Reunião anual – setembro de 2000 GT Educação Popular Trabalho Educação Popular e Saúde: conquistas e desafios no contexto brasileiro Maristela Fantin – UFSC.

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.** v. 8, n. 15, p. 259-274, mar/ago. 2004.

ALENCAR, R. A.; et al. Desenvolvimento de uma proposta de educação sexual par adolescentes. **Ciência & Educação.** v. 14, n. 1, p. 159-168, 2008.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa de Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunic, Saúde, Educ.** v. 9, n. 16, p. 39-52, set. 2004 / fev. 2005.

ALVIM, N. A. T.; FERREIRA, M. A. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 315-19, abr/jun. 2007.

AMARAL, M. A.; FONSECA, R. M. G. S. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. **Rev Esc Enferm USP.** v. 40, n. 4, p. 469-476.

ALDRIGHI, J. M.; PETTA, C. A. Anticoncepção: manual de orientação / editores. São Paulo: Ponto, p308, 2004.

BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à mulher na gestação.** Passo Fundo: UPF, 2004. 179 p.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Rev Saúde Pública.** v. 38, n. 4, p. 479-487, 2004.



BOEHS, A. E.; et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis. v. 16, n. 2, p. 307-314, abr/jun. 2007.

BORGES, A. L.V.; SCHOR, N. Trajetória afetivo-amorosa e perfil reprodutivo de mulheres adolescentes residentes no Município de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** v. 5, n. 2, p. 163-70, 2005.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire.** 6. ed. Brasiliense: 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente.** Diretrizes Gerais para Atendimento de Adolescentes. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Distúrbios da Puberdade. Desenvolvimento Psicológico do Adolescente. Brasília. v. 1, 48 p, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde e Prevenção nas Escolas** (2008). Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 20 maio. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Área de Saúde do Adolescente e do Jovem.** Marco legal: saúde, um direito do adolescente. Brasília. 60 p, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Marco teórico e referencial.** Saúde sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens. Série B Textos Básicos de Saúde. Brasília. 57 p, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Série A. **Normas e Manuais Técnicos.** Brasília. 44 p, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil,** Brasília, 1 de jul. 1996.

\_\_\_\_\_ **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996. 9p. Disponível em: HYPERLINK "http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc" <http://www.conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc> . Acesso em: 13 Ago. 2008.

BRÊTAS, J. R. S.; SILVA, C. V. Orientação Sexual para adolescentes: relato de experiência. **Acta Paulista de Enfermagem**. v 18, n.3, São Paulo, jul/set. 2005.

BUDÓ, M. L. D.; SAUPE, R. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 165-69, mar/abr. 2004.

CALAZANS, G.; et al. Plantões Jovens: acolhimento e cuidado por meio da educação entre pares para adolescentes e jovens nos Centros de Testagem e Acolhimento – CTA. **Saúde e Sociedade**. v. 15, n. 1, p. 22-36, jan/abr. 2006.

CARDOSO, C. P.; COCCO, M. I. M. Projeto de vida de um grupo de adolescentes à luz de Paulo Freire. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 6, p. 778-85, nov/dez. 2003.

CARMO, R.; SAND, I. C. P. O discurso dos adolescentes sobre vida sexual na adolescência. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v. 9, n. 2, p. 417-431, 2007. Disponível em HYPERLINK "http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a10.htm" <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a10.htm> . Acessado em 18 de março de 2010.

CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da Saúde. Ottawa, nov. 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: fevereiro 2010.

CARVACHO, I. E.; et al. Conhecimento de adolescentes grávidas sobre anatomia e fisiologia da reprodução. **Rev Assoc Med Bras**. v. 54, n. 1, p. 29-35, 2008.

CORRÊA, A.C. de P. **A enfermagem Brasileira e a Saúde**. In: RAMOS, F.R.S. et al. (orgs.). *Adolescer, compreender, apoiar, acolher. Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília. ABEn/Governo Federal, 2000. 195p.

COSTA, M. C. O.; BIGRAS, M. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 12, p. 1101-109, 2007.

DADOORIAN, D. **A Gravidez desejada na adolescência** in Sexualidade na adolescência no novo milênio / organizado por José Leonídio Pereira et al.—Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Pró-reitoria de Extensão, 2007.

DAMIANI, F. E. **Gravidez na adolescência: A quem cabe educar?** Passo Fundo: UPF, 150 p. 2005.

ESTEVES, J.R.; MENANDRO, P.R.M. Trajetórias de Vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. **Estudo de Psicologia**. V.10, n. 3, 363-70, 2005.

FERREIRA, M. A. A educação em saúde na adolescência: grupo de discussão como estratégia de pesquisa e cuidado-educação. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis. v. 15, n. 2, p. 205-11, abr/jun. 2006.

FERREIRA, M. A.; et al. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 217-24, abr/jun. 2007.

FERREIRA, M. de A. et al. Inserção da saúde do adolescente na formação do enfermeiro: Uma questão de cidadania. In: RAMOS, F.R.S. et al. (orgs.). *Adolescer, compreender, apoiar, acolher. Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília – DF: ABEn/Governo Federal, 195p. 2000.

FONSECA, A.D. **A concepção da sexualidade na vivência de jovens: Bases para o cuidado de enfermagem**. 2004. 248 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Florianópolis, 2004.

FREIRE, P. **Ação cultural para a liberdade**. 10 ed. Paz e Terra, 2002.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

GODINHO, R. A.; et al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio: **Rev. Latino-am.Enferm**, v.8, n. 2, p. 25-32, 2000.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. “Tava morta e revivi”: significado de maternidade para adolescentes com experiência de vida nas ruas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 24, n. 2, p. 469-72, fevereiro de 2008.

HEIDEMANN, M. Adolescência e Saúde: uma visão preventiva. Para profissionais de saúde e educação. Petrópolis: Vozes, 2006.

HEILBORN, M. L.; et al. Aproximações socioantropológicas sobre gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**. Porto Alegre, ano 8 n. 17, p. 13-45, junho de 2002.

HEILBORN, M. L.; et al. **O aprendizado da sexualidade**: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.

HOGA, L. A. K. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2008, vol.16, n.2, p. 280-286. Acesso em 15 de abril de 2010

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – Ipea Juventude e políticas sociais no Brasil / organizadores: Jorge Abrahão de Castro, Luseni Maria C. de Aquino, Carla Coelho de Andrade. – Brasília : Ipea, 2009. 303 p. : gráfs., tabs.

LEININGER, M. **Transcultural Nursing**: concepts, theories, research & practies. 2. ed. [S. I.]: McGraw-Hill, 1995. 727 p.

LEITE, I. C.; RODRIGUES, R. N.; FONSECA, M. C. Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões sudeste e nordeste do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 474-81, mar/ abr. 2004.

LIMA, J. L. Conhecendo o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD). Disponível em: <[www.uff.br/discamep/prosad](http://www.uff.br/discamep/prosad)>. Acesso em: 20 jan. 2007.

LYRA, J.; et al. “A gente não pode fazer nada, só podemos decidir sabor de sorvete”. Adolescentes: de sujeito de necessidades a um sujeito de direitos. **Cad Cedes**. Campinas. v. 22, n. 57, p. 9-21, agosto de 2002.

LOPES, E.B.; LUZ, A.M.H, AZEVEDO, M.P.S.M.T.; MORAES, W.T. **Metodologias para o trabalho educativo com adolescentes**. In: Associação Brasileira de Enfermagem. *Adolescer: compreender, atuar, acolher*. Brasília (DF); 282p. p.141-282. 2001.

MACHADO, M. F. A. S.; et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 12, n. 2, p. 335-42, 2007.

MANDU, E. N. T. in **Projeto Acolher: um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. RAMOS, F. R. S. MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R.G. (organizadores). Brasília: ABEn/Governo Federal, 196p. 2000.

MANDÚ, E.N.T.; PAIVA, M.S. Consulta de enfermagem a adolescentes. In: *Adolescer, compreender, atuar, acolher*. Brasília – DF: ABEN - Ministério da Saúde, p.131-39. 2001.

MAZZINI, M. L. H.; et al. Mães adolescentes: a construção de sua identidade materna. **Cienc Cuid Saúde**. v. 7, n. 4, p. 493-502, out/dez. 2008.

MEYER, D. E. E.; et al. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública** (FIOCRUZ); v. 22, n. 6, p. 1335-42, jun. 2006.

MEYER, D. E. E.; KLEIN, C.; ANDRADE, S. S. Sexualidade, prazeres e vulnerabilidade: implicações educativas. **Educação em Revista**. Belo Horizonte. n. 46, p. 219-39, dez. 2007.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adolescente**: Belo Horizonte: SAS/MG, A Saúde do adolescente - Atenção. I. Título. 152 p. 1. 2006

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 407 p. 2008.

MIRANDA, K. C.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 12, n. 4, p. 631-635, 2004.

OLIVEIRA, D. L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.13, n. 3, p. 423-31, maio/junho, 2005.

OLIVEIRA, T. C.; et al. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Rev Bras Enferm**. Brasília. v. 61, n. 3, p. 306-11, maio/jun. 2008.

OPAS - Organização Pan-Americana da saúde. Saúde integral do adolescente e do jovem. Disponível em: <[www.opas.org.br/familia/temas](http://www.opas.org.br/familia/temas)>. Acesso em: 20 dez. 2009.

PEREIRA, A. L. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 5, p. 1527-532, set/out. 2003.

PEREIRA, Q. L. C.; et al. Processo de (re)construção de um grupo de planejamento familiar: uma proposta de educação popular em saúde. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis. v. 16, n. 2, p. 320-25, abr/jun. 2007.

PERSONA, L.; SHIMO, A. K. K.; TARALLO, M. C. Perfil de adolescentes com repetição da gravidez atendidas num ambulatório de pré-natal. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 5, p.745-50, 2004.

POLITICAS PUBLICAS DE/PARA/COM JUVENTUDES. 2.ed., Brasília: UNESCO, 2004.  
PREFEITURA DE CAXIAS DO SUL (RS). Disponível em: HYPERLINK  
"http://www.caxias.rs.gov.br/" <http://www.caxias.rs.gov.br/> . Acesso em 27 Fev. 2009.

RAMOS, F. R. S. **Bases para uma re-significação do trabalho de Enfermagem junto a(o) adolescente**. In: *Adolescer, compreender, atuar, acolher*. Brasília – DF: ABEN – Ministério da Saúde,. p.11-18. 2001.

RAMOS, F.R.S.; PEREIRA, S.M.; ROCHA, C.R.M. da. Viver e adolescer com qualidade. In: *Adolescer, compreender, atuar, acolher*. Brasília – DF: ABEN - Ministério da Saúde, p.19-32. 2001.

REIBNITZ, K. S.; PRADO, M. L. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

RESSEL, B. L.; et al. Assistindo mulheres adolescentes: um relato de experiência. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre. v. 27, n. 1, p. 109-116, mar. 2006.

RESSEL, B. L.; et al. Representações culturais de saúde, doença e vulnerabilidade sob a ótica de mulheres adolescentes. Saúde, doença e vulnerabilidade para mulheres adolescentes. **Esc. Anna Nery Rev Enferm.** v. 13, n. 3, p. 552-557, jul/set. 2009.

SAITO, M. I.; LEAL, M.A. M. **Educação sexual na escola** / Sex education in school. *Pediatria São Paulo*; 22 (1): 44-8, jan/mar. 2000.

SAUPE, R.; BRITO, V. H.; GIORGI, M. D. M. Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem. In: SAUPE, O, (Org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção.** Florianópolis: Ed. UFSC, 1998. 306 p. 244-72.

SAUPE, R.; BUDÓ, M. L.D. Pedagogia interdisciplinar: “educare” (educação e cuidado) como objeto fronteiro em saúde. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis. v. 15, n. 2, p. 326-33, abr/jun. 2006.

SAUPE, R.; BRITO, V.H.; GIORGI, M.D. M.; Utilizando as concepções do educador Paulo Freire no pensar e agir da enfermagem. In: SAUPE, Rosita (org.) **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção.** Florianópolis: EDUFSC, 1998, cap.8. <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 20 dez. 2006.

SECRETARIA da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Departamento De Ações. **DEPARTAMENTO DE AÇÕES À SAÚDE DE ADOLESCENTES JOVENS.** Porto Alegre. 30 de julho de 2009.

SOUZA, L. B.; et al. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. **Acta Paul Enferm.** v. 19, n. 4, p. 408-13, 2006.

SOUZA, A. C.; et al. A educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. **Rev Gaúcha Enferm.** Porto Alegre. v. 26, n. 2, p. 147-53, ago. 2005.

SOUZA, F. G. M.; et al. Educação em Saúde, enfermeiros e criatividade: a interconexão necessária para o processo educativo. **Online Brazilian Journal of Nursing.** v. 6, n.2, 2007. Disponível em: [HYPERLINK "http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2007"](http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2007)  
<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printerFriendly/j.1676-4285.2007>  
Acessado em 22 de abril de 2010.

SOUZA, N. S.de. Educação em saúde da criança e adolescente com câncer e sua família em casa de apoio (dissertação). Florianópolis: Ed. Do autor, 100p. 2007.

STRECK, Danilo R. Verbete Pedagogia(s). In: STRECK, Danilo R. & REDIN, Euclides & ZITKOSKI, Jaime José (Orgs.). **Dicionário Paulo Freire** – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2008.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** Florianópolis: Insular, 144 p. 2004.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **Rev. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

VENTURA, M.; CORRÊA, S. Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v. 22, n. 7, p. 1505-509, julho de 2006.



VÍCTORA, C. G.; KNAUTH D. R.; HASSEN, M. N. **Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 136 p. 2000.

VIEIRA, L. M.; et al. Reflexões sobre a anticoncepção na adolescência no Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** v. 6, n.1, p. 135-40, jan/mar. 2006.

VILLELA, W. V.; Doreto, D. T. Sobre a experiência sexual dos jovens. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2467- 72. 2006.

# APÊNDICES

---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**APÊNDICE A - Termo de Assentimento**

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa “Educação em Saúde e Gestação na Adolescência: Ação Emancipadora ou transmissão de conhecimento?”. Declaro que a pesquisadora Guiomar Luciana Danieli me explicou todas as questões sobre o estudo que vai acontecer.

Compreendi que não sou obrigado (a) a participar da pesquisa, eu decido se quero participar ou não.

A pesquisadora me explicou também que além das entrevistas individuais, haverá encontros que serão em grupo e que neste grupo faremos atividades voltadas a nossa experiência em relação à atual gestação e também referentes às dúvidas, questionamentos e curiosidades que tenhamos sobre nosso bebê e ou nossas vidas enquanto futuras mães.

Entendi, também, que os encontros serão gravados, para que a pesquisadora possa prestar mais atenção aos participantes do grupo durante os encontros, e que o que foi dito e gravado só poderá ser ouvido por ela e pela sua orientadora.

Dessa forma, concordo livremente em participar das entrevistas e dos encontros com o grupo, sabendo que posso desistir a qualquer momento, se assim desejar.

Caxias do Sul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

---

Sujeito da pesquisa



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

**PROJETO DE PESQUISA: Educação em saúde e gestação na adolescência: ação emancipadora ou transmissão de conhecimento?**

PESQUISADORA: Guiomar Luciana Danieli

ORIENTADORA RESPONSÁVEL: Profa. Dra. Maria de Lourdes Denardin Budó

CONTATO: Fone (55)99721522 e-mail **lourdesdenardin@gmail.com**

LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA: UBS Vila Ipê- Caxias do Sul – RS

SUJEITOS ENVOLVIDOS: Gestantes adolescentes que realizam pré-natal na UBS Vila Ipê.

DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Estimada participante da pesquisa:**

- Você está sendo convidada a participar desta pesquisa, através de grupos e entrevistas individuais, de forma **voluntária**.
- Antes de aceitar participar da pesquisa é muito importante que você entenda as informações e instruções que estão neste documento.
- Antes de você decidir se irá participar pergunte todas as suas dúvidas à pesquisadora, esta deverá responder a todas de forma clara.
- Você tem o direito e poderá **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição ou prejuízo dos benefícios a que tem direito.

**Em relação à pesquisa:** A pesquisa tem como objetivo: **Conhecer a experiência das gestantes adolescentes da UBS Vila Ipê em relação aos programas de educação em saúde voltados para a gravidez na adolescência.** Sua participação nesta pesquisa consistirá na entrevista individual e nos grupos educativos. Tanto a entrevista quanto os grupos serão gravados. Nestas atividades será respeitada sua privacidade e as informações obtidas com suas respostas serão mantidas em sigilo, sem a possibilidade de identificação na divulgação dos resultados do estudo. Desta forma, fica garantido o anonimato dos participantes.

**Sobre a legislação vigente em pesquisa:**

**Benefícios:** Relacionam-se diretamente com a produção de conhecimentos referentes às atividades de educação em saúde realizadas nos serviços de saúde e que contemplem os adolescentes e a gravidez na adolescência, contribuindo para a organização e implementação

de ações que conscientizem os mesmos para a melhora da qualidade de vida e a tomada de decisões saudáveis.

**Riscos:** Os possíveis riscos se relacionam a algum constrangimento ou embaraço que as adolescentes podem sentir ao realizar a entrevista ou ao interagir com outras gestantes adolescentes nos grupos. Mas serão realizados todos os esforços na tentativa de evitar danos psicológicos para as participantes.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você serão confidenciais e somente a pesquisadora responsável tomará conhecimento delas. Após as falas gravadas serem transcritas, o material das gravações será apagado. Quanto ao material escrito, o mesmo permanecerá por um período de cinco anos sob a guarda e responsabilidade da orientadora da pesquisa e após este período, o mesmo será incinerado / destruído. O seu nome não será divulgado e você não será identificada de nenhuma forma, inclusive no momento da divulgação dos resultados da pesquisa.

Desde já agradeço pela colaboração,

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sujeito da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Nome do Sujeito da Pesquisa  
RG

-----  
Assinatura do Responsável  
(se menor de 18 anos)

-----  
Nome do Responsável  
RG

-----  
Assinatura do Pesquisador

**Observação:** Este documento será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

**Contato do pesquisador:**

Rua José Bonifácio, 2475, apto 404. Centro. CEP 97015-450 Santa Maria – RS

Fone: (54) 84183412

e-mail: [gldanieli@yahoo.com.br](mailto:gldanieli@yahoo.com.br)

**Contato com o Comitê de Ética da UFSM:** Avenida Roraima, nº 1000 – Prédio da Reitoria – 7º andar – Sala 702. Cidade Universitária – Bairro Camobi, 97105-900 – Santa Maria – RS.

Tel.: (55) 32209362 – e-mail: [comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br)



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**APÊNDICE C - Organização das Informações Qualitativas** (baseado em TRENTINI; PAIM, 2004, p. 93)

NE= notas de entrevista (relato das informações obtidas na entrevista)

NO= notas de observação (relato das informações obtidas nas observações)

NT= notas teóricas (relato das interpretações feitas pelo pesquisador por ocasião da coleta ou durante a organização das informações)

NM= notas metodológicas (relato das estratégias utilizadas como auxílio na coleta das informações)

NC= notas de cuidado (ações de cuidado/assistência, desenvolvidas durante o processo de pesquisa que envolvem pesquisador e informante)

ND= notas do diário (relato do que sucede diariamente em relação à pesquisa como acontecimentos, impressões, sentimentos, ações; enfim, ocorrências consideradas importantes pelo pesquisador)

Data: Entrevista nº	Nome:
Informações NE NO NT NM NC ND	Códigos



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**APÊNDICE D - Autorização para o desenvolvimento da pesquisa**

De: Enfermeira Mestranda Guiomar Luciana Danieli

Para: Coordenação do Núcleo de Educação Permanente (NEPS), da Secretaria de Saúde do Município de Caxias do Sul - RS

Assunto: Solicitação (faz)

Caxias do Sul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009

Senhor (a) Coordenador (a)

Venho por meio deste, solicitar autorização para realizar a pesquisa intitulada **“Educação em saúde e gestação na adolescência: ação emancipadora ou transmissão de conhecimento?”**, junto às gestantes adolescentes que realizam as consultas de Pré- Natal na UBS Vila Ipê, Caxias do Sul. Esta pesquisa e projeto de dissertação estão vinculados ao Programa de Pós – Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Maria e sob a orientação da Profa. Dra. Maria de Lourdes Denardin Budó.

Vale salientar que esta pesquisa é resultado das minhas vivências na UBS Vila Ipê e no Programa de Saúde da Família em que percebi um grande número de adolescentes engravidando e conseqüentemente experimentando vivências que contribuem para tornar este período de suas vidas ainda mais conturbado e complexo. Os objetivos desta pesquisa são: **Conhecer a experiência das gestantes adolescentes da UBS Vila Ipê em relação à educação em saúde; Compreender o significado desta gravidez para as adolescentes; Compreender como a prática educativa desenvolvida em um grupo de educação em saúde com as gestantes adolescentes pode contribuir na construção da emancipação das mesmas.**

Como esclarecimento, cabe informar que, de acordo com a Metodologia a ser desenvolvida, os sujeitos da pesquisa, bem como seus responsáveis, quando menores de dezoito anos, serão consultados e esclarecidos sobre os objetivos, respeitando os preceitos da Resolução nº 196/96 quanto à pesquisa envolvendo seres humanos.

Coloco-me a disposição para qualquer esclarecimento que se faça necessário.

Atenciosamente,

---

Guiomar Luciana Danieli  
Coren/RS nº 89.663

Obs: Em anexo segue uma cópia do projeto de pesquisa.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**APÊNDICE E – Termo de Confidencialidade**

**TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA: Educação em saúde e gestação na adolescência: ação emancipadora ou transmissão de conhecimento?**

PESQUISADOR: Guiomar Luciana Danieli

ORIENTADOR: Profa. Dra. Maria de Lourdes Denardin Budó

INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO: Universidade Federal de Santa Maria / Departamento de Enfermagem.

CONTATO: (54) 84183412. E-mail: gldanieli@yahoo.com.br .

LOCAL DA COLETA DE DADOS: Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Ipê – Caxias do Sul – RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos do estudo, cujos dados serão coletados através de dinâmicas em grupo e de entrevista individual, e as informações obtidas serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto. As respostas serão utilizadas de forma anônima e serão mantidas na sala dos professores do Departamento de Enfermagem da UFSM, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Maria de Lourdes Denardin Budó. Após este período, os dados serão destruídos.

O presente projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2009, com o número do CAAE \_\_\_\_\_.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2009.

-----  
Maria de Lourdes Denardin Budó  
Pesquisador responsável  
COREN RS: 11655  
SIAPE: 6380966

-----  
Guiomar Luciana Danieli  
COREN RS: 89.663  
MATRICULA: 2860302





**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**APÊNDICE F – Roteiro da Entrevista**

**Dados de Identificação**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Situação civil: \_\_\_\_\_

Instrução / escolaridade: \_\_\_\_\_

Número de pessoas que moram no domicílio: \_\_\_\_\_

Renda familiar aproximada: \_\_\_\_\_

Nº de gestações: \_\_\_\_\_ Nº de filhos: \_\_\_\_\_

Data da última menstruação (DUM): \_\_\_\_\_

Ocupação/profissão: \_\_\_\_\_

Como você se sente em relação à gestação?

Você utilizava algum método contraceptivo? Se sim, qual? Por que abandonou? Quem prescreveu, orientou?

O pai do seu bebê assumiu a paternidade? Você mora com quem (pai, mãe, irmãos, companheiro, sogra)?

Qual foi a reação da sua família ao saber que você estava grávida?

Quem orientou ou trouxe você para as consultas de pré – natal?

Você terá algum tipo de apoio, ajuda para cuidar do bebê? De quem?

Quais são seus planos para o futuro? Em relação ao filho (a), casamento, estudos, família, outros filhos, trabalho, amigos?

Você já recebeu algum tipo de informação ou orientação sobre sexualidade, contracepção, gestação? Se sim, onde? (escola, amigos, UBS)

Você está estudando? Se não está, é por que concluiu o ensino médio ou por que abandonou os estudos? Se abandonou os estudos antes de se formar, quais foram os motivos? Pretende voltar a estudar? Quando? Se está estudando, acha que conseguirá concluir o ano em virtude da gestação?



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

**APÊNDICE G – Roteiro dos Grupos**

Serão realizados grupos educativos, com no máximo 10 participantes, que são as gestantes do estudo. Estes grupos utilizarão uma prática educativa assistencial baseada nas concepções de Paulo Freire, aproximando a pesquisadora do universo dos sujeitos do estudo.

Os encontros terão frequência quinzenal e o local será na própria UBS, na sala de reuniões e grupos. Serão realizados cinco encontros, com duração aproximada de 2 horas, respeitando a participação e a disponibilidade das adolescentes gestantes.

No primeiro encontro, serão discutidos os objetivos do grupo, os aspectos éticos relacionados aos registros dos mesmos, bem como a combinação das datas e horários dos próximos encontros. Neste dia, também será realizada uma sensibilização das participantes quanto ao tema gerador central, discutindo seus significados e diferentes percepções, promovendo um levantamento de temas específicos relacionados ao contexto das gestantes adolescentes e que serão dialogados nos próximos encontros.

As técnicas motivadoras utilizadas serão as que favoreçam o entrosamento e troca de conhecimentos das participantes, de forma lúdica, descontraída e democrática. Serão realizadas técnicas de tempestade de idéias, quebra-gelo, entre outras. Recursos materiais como revistas, canetas coloridas, tarjetas, quadros de giz, também serão aliados.

Em cada encontro serão utilizados os temas geradores extraídos da realidade das adolescentes gestantes, e além destes, também poderão ser discutidos os temas identificados na coleta de dados das entrevistas realizadas, proporcionando um diálogo sobre as dúvidas, curiosidades e questionamentos emergentes nas mesmas.

Pretende-se criar um espaço de diálogo, onde as gestantes se sintam acolhidas, compreendidas, e onde possam interagir, por meio da troca de experiências, da participação efetiva e crítica de todas, contribuindo para a conscientização e autonomia das adolescentes, favorecendo a construção do processo de emancipação das mesmas.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

## **APÊNDICE H – Roteiro da Observação Participante**

Durante todo o processo de observação, será inicialmente solicitado autorização aos sujeitos para usar o gravador e fazer o registro das observações, conforme o consentimento livre e esclarecido. A gravação terá a finalidade de complementar as informações referentes aos registros escritos da observação.

A observação participante acontecerá durante os encontros do grupo educativo realizado com as gestantes adolescentes, seguindo a sugestão de VÍctora, Knauth e Hassen (2000) com a observação e registro dos seguintes aspectos:

### 1- O ambiente:

- relação das pessoas com o espaço;
- distância ou proximidade entre as participantes;
- distância com relação ao observador;
- modificações na espacialidade durante a observação.

### 2- O comportamento das pessoas no grupo:

- postura corporal;
- normas de conduta explícitas e implícitas;
- toques;
- contato visual.

### 3- A linguagem:

- verbal e não verbal;
- tom de voz;
- vocabulário próprio.

### 4- Os relacionamentos:

- as participantes entre si;
- as participantes com o observador;
- o comportamento/participação do próprio observador nos eventos observados;
- como as ações das participantes se relacionam com o que elas falam.

### 5- O tempo em que ocorrem os processos observados:



- sequência dos eventos;
- diferentes momentos do objeto observado.

No registro das observações, pretende-se compreender o contexto das informações relativas ao que se vê, ouve ou experiencia com as gestantes, incluindo vestuário, aparência, linguagem, maneirismos, comportamento, atitudes e padrões culturais, detalhando as gestantes e seus contextos. Também é importante a percepção e compreensão dos valores culturais, crenças, hábitos relacionados com o cuidado a saúde, alimentação, sono, repouso, vida social das gestantes adolescentes, bem como suas práticas de cuidados familiares em relação a ela e ao futuro bebê, incluindo a identificação e documentação dos padrões e narrativas correspondentes ao significado da gestação para as adolescentes (adaptado de Baruffi, 2004; Leininger, 1995).

# **ANEXO**



## ANEXO 1 Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFSM

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
--	---

## CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

**Título:** Educação em saúde e gestação na adolescência: ação emancipadora ou transmissão de conhecimento?

**Número do processo:** 23081.004368/2009-36

**CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética):** 0045.0.243.000-09

**Pesquisador Responsável:** Maria de Lourdes Denardin Budó

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

### Maio/2010- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

**DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO:** 12/05/2009

Santa Maria, 22 de Maio de 2009.



Edson Nunes de Moraes  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM  
Registro CONEP N. 243.

Comitê de Ética em Pesquisa - UFSM - Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria - 7º andar - Campus Universitário  
97105-900 – Santa Maria – RS - - Tel: 0 xx 55 3220 9362 – email: [comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br](mailto:comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br)

# FIGURAS





FONTE: GOOGLE MAPS

**Figura 1 VISTA SUPERIOR DA UBS VILA IPÊ CAXIAS DO SUL**  
**VISTA SUPERIOR DA UBS VILA IPÊ- CAXIAS DO SUL**



FONTE: GOOGLE MAPS

**Figura 2 VISTA SUPERIOR DE PARTE DO BAIRRO VILA IPÊ CAXIAS DO SUL**  
**: VISTA SUPERIOR DE PARTE DO BAIRRO VILA IPÊ- CAXIAS DO SUL**



FONTE: GOOGLE MAPS

**Figura 3 VISTA SUPERIOR DO BAIRRO COM OS NOMES DAS RUAS**



## FIGURAS: GRUPO EDUCATIVO: PRODUÇÃO DAS GESTANTES

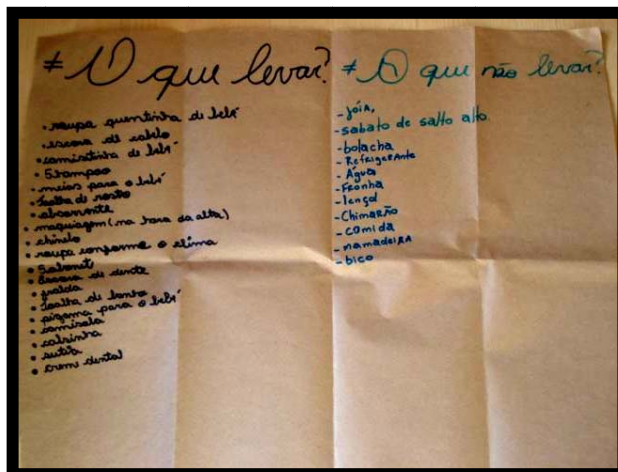


Figura 4 O QUE LEVAR PARA O HOSPITAL



Figura 5 O QUE FAZ MAL PARA O BEBÊ



Figura 6 O QUE FAZ BEM PARA O BEBÊ