

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Rosiane Araújo Ferreira Feliciano

Gestação na adolescência: vulnerabilidades e rede de proteção em São Carlos

RIBEIRÃO PRETO
2010

Rosiane Araújo Ferreira Feliciano

Gestação na adolescência: vulnerabilidades e rede de proteção em São Carlos

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: Enfermagem, Saúde e Sociedade

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Maria das Graças Bomfim de Carvalho

RIBEIRÃO PRETO
2010

Feliciano, Rosiane Araujo Ferreira. *Gestação na adolescência: vulnerabilidades e rede de proteção em São Carlos*. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de “Doutor em Enfermagem”.

Aprovada em: ____/____/____

Banca Examinadora

Profª Drª Maria das Graças Bomfim de Carvalho Instituição: EERP/USP

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Assinatura: _____

*Às mães adolescentes, sujeitos de direitos que se constroem e se transformam em meio às situações de vulnerabilidades.
Aos homens e às mulheres que, prenes de esperanças, se inserem neste processo.*

À Deus, pela fé que me mantém viva e que me motiva a acreditar e lutar por um mundo mais justo.

À minha família que soube entender minha ausência em muitos momentos desde que ingressei no doutorado.

À minha querida avó Cinira, pelo exemplo de honestidade, amor, garra e coragem nos seus noventa anos de idade, que me motiva a avançar frente aos desafios da vida.

Aos meus sobrinhos Sarah, Vitória, João Pedro, João Alexandre, Gabriel, Davi e Olívia pelas oportunas manifestações de amor, carinho e de encorajamento.

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª Dr^ª Maria das Graças Bonfim de Carvalho pela competência, estímulo, paciência, compreensão, amizade e sabedoria na orientação desse trabalho, sem os quais esta pesquisa não teria sido possível.

Às Prof^ª Dr^ª Maria Aparecida Tedeschi Cano, Prof^ª Dr^ª Ione Carvalho Pinto, Prof^ª Dr^ª Débora Faleiros de Mello, Prof^ª Dr^ª Elza Maria Lourenço Ubeda cuja leitura crítica e sugestões garantiram a conclusão do estudo.

Ao Núcleo de Estudos, Ensino e Programa de Assistência Primária de Saúde Escolar - PROASE cuja participação oportunizou crescimento e amadurecimento sobre o tema.

À Universidade Federal de Uberlândia pela liberação para dedicar-me aos estudos. Ao Prof^º Dr. Arthur Velloso Antunes pelo apoio e contribuição na coordenação do Pró-Saúde. Aos colegas do Curso de Enfermagem, especialmente os da área de Saúde Coletiva Prof^ª Maria José Nunes, Prof^ª Dr^ª Marcelle Aparecida Barros Junqueira, Prof^º Luís Heleno Ribeiro Delgado, Prof^º Frank José Silveira Miranda pelo apoio, disponibilidade e cooperação.

À equipe do Observatório de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia, Prof^º Dr^º Samuel do Carmo Lima, Prof^º Dr^º Luís Antônio de Oliveira, Prof^º Henrique Dantas Neder, Conrado Augusto Ferreira de Oliveira, Florence, Andréa dos Santos Vieira e Andrezza Kéllen Alves Pamplona com quem partilho as aspirações pela construção do conhecimento interdisciplinar e pelas práticas intersetoriais na saúde. Ao Prof^º Luís Antônio de Oliveira e à aluna Andréa dos Santos Vieira pelo incentivo, contribuição e apoio quando da construção dos mapas temáticos.

À Prefeitura de São Carlos, representada pelas Secretarias de Saúde, de Planejamento Urbano, de Esporte e Lazer, da Infância e Juventude, da Educação e Cultura, da Cidadania e Assistência Social, do Emprego, Trabalho e Renda, pela coordenação do RECRIAD, pela coordenação do Orçamento Participativo, pela permissão e fornecimento dos dados. À Regina Granja, pelo acolhimento na Secretaria de Infância e Juventude e pelo convite para integrar o RECRIAD. À Rosana Trigo Moreira, pela dedicação e apoio no levantamento dos dados no SINASC e SIM.

Aos queridos amigos Prof^ª Dr^ª Rosimár Alves Querino e Prof^º Ms. Ailton de Souza Aragão pelo acolhimento no lar, apoio, amizade e a contribuição importante na discussão dos resultados da pesquisa.

Ao amigo Wanderlei Aurélio Oliveira pela contribuição na revisão das referências.

À querida Maria Aparecida Damas pela amizade e carinho ajudando-me a reduzir o estresse do final da tese.

A todos o meu profundo agradecimento.

O jovem hoje está muito ligado à questão da desigualdade, de todas as desigualdades que a gente possa imaginar. O jovem, quando você pega alguns índices como violência, desemprego, que são condicionantes de uma vida não marcada pela dignidade, o jovem é sempre o principal alvo dentro do Brasil. Então, para mim, eu vejo o jovem como cidadão que ainda não tem sua cidadania completa, ainda está uma cidadania de segunda categoria, se assim pode se dizer.

Jovem participante do Grupo Focal LGBT realizado durante a 1ª Conferência Nacional de Políticas Públicas para a Juventude (CASTRO e ABRAMOVAY, 2009, p. 236)

*Acredito é na rapaziada
Que segue em frente e segura o rojão
Eu ponho fé é na fé da moçada
Que não foge da fera e enfrenta o leão
Eu vou à luta é com essa juventude
Que não corre da raia à troco de nada
Eu vou no bloco dessa mocidade
Que não tá na saudade e constrói
A manhã desejada...*

Gonzaguinha (E vamos à luta)

RESUMO

Feliciano, Rosiane Araujo Ferreira. **Gestação na adolescência**: vulnerabilidades e rede de proteção em São Carlos. Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de “Doutor em Enfermagem”.

A gestação na adolescência (GA) ganha visibilidade e status de problema de saúde com o aumento de sua incidência em todo mundo, desde o início da década de 1970, período que ocorre uma queda na fecundidade nas demais faixas etárias. Estudos relacionam a GA à gravidez indesejada, maiores riscos materno-infantis e sociais. Em São Carlos, no decênio de 1998 a 2008 a taxa de GA diminuiu ao longo dos anos, porém o filho da adolescente ainda apresenta maior risco de morte no primeiro ano de vida. Tendo como pressupostos a pluralidade da adolescência e a determinação social do processo saúde-doença, o objetivo do estudo foi analisar as condições sociais e os indicadores de saúde da população feminina de São Carlos na perspectiva da vulnerabilidade, com ênfase na territorialização das disparidades intra-urbanas da gestação na adolescência e no potencial de enfrentamento das ações, programas e projetos desenvolvidos pelo Estado. A vulnerabilidade aqui é entendida como indicador de iniquidade e desigualdade social. O referencial teórico adotado foi o de vulnerabilidade proposto por Ayres et al. (2003), que distingue três dimensões interdependentes: a individual, a social e a programática. Trata-se de estudo de caso, descritivo e exploratório utilizando técnicas de sistemas de informação geográfica. A análise espacial foi contextualizada pela análise de documentos, protocolos das estratégias de enfrentamento pelo Estado. O perfil da gestante adolescente foi ter oito a onze anos de estudo, não estudar, não trabalhar ou se inserir precariamente no mercado de trabalho e realizava menor número de consultas no pré-natal. Metade das mães adolescentes eram multiparas. O mapa da gestação na adolescência acompanha o das vulnerabilidades sociais relacionadas à educação, ao trabalho, à multiparidade e ao acesso ao pré-natal. A abordagem ampliada da gestação na adolescência acena para os impactos dos determinantes sociais da saúde e as demandas crescentes por construção intersetorial das políticas, projetos e programas. As vulnerabilidades programáticas foram: baixo acesso ao ensino médio, à cursos profissionalizantes e ao esporte e lazer. Na atenção à saúde, a exclusão dos homens no planejamento familiar e pré-natal reforça a feminilização da maternidade e anticoncepção. O atendimento à gestante adolescente na agenda da mulher adulta reforça a crença de que a gestação é um rito de passagem para a vida adulta. O município têm várias políticas de proteção o que demonstra que a rede de proteção à adolescência e juventude está em construção. Os projetos municipais de gestão intersetoriais localizados no território, como os Centros da Juventude, o Recriad e o OP Educa apresentam-se como os de maior potencial para redução das iniquidades sociais. O georreferenciamento dos indicadores de saúde revelou-se importante ferramenta de planejamento, monitoramento e avaliação da atuação da rede de proteção à adolescência e juventude.

Palavras-chave: 1. Gravidez na adolescência. 2. Vulnerabilidade. 3. Saúde do Adolescente. 4. Rede de atenção. 5. Atenção Primária

ABSTRACT

Feliciano, Rosiane Araujo Ferreira. **Pregnancy in adolescence**: vulnerabilities and protection network in São Carlos. Thesis submitted to nursing school of Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, for obtaining the title of "doctor of Nursing".

Adolescent pregnancy (GA) has gained visibility and status of health problem with increasing incidence worldwide, since the early 1970s, a period that occurs in the fertility decline in other age groups. Studies related to GA to unwanted pregnancy, higher maternal and infant risks and social issues. In San Carlos, in the decade from 1998 to 2008 the rate of GA decreased over the years, but the son of a teenager still at higher risk of death in the first year of life. Was assumed that the plurality of adolescence and the social determinants of health-disease process, the objective was to analyze social conditions and health indicators of the female population of San Carlos in the vulnerability perspective, focusing on territorial disparities within cities of teenage pregnancy and the potential for coping actions, programs and projects developed by the state. The vulnerability is understood here as an indicator of inequity and inequality. The theoretical approach to vulnerability proposed by Ayres et al. (2003), which distinguishes three interdependent dimensions: the individual, social, and programmatic. This is a case study, descriptive and exploratory techniques using geographic information systems. Spatial analysis was grounded for examining documents, protocols of the coping strategies by the state. The profile of the pregnant teenager was having eight to eleven years of study, not studying, not working or falls precariously in the labor market and carried smallest number of pre-natal care. Half the teenage mothers were multipara. The map of teenage pregnancy accompanies the social vulnerabilities related to education, labor, multiparity, and access to prenatal care. The expanded approach to teenage pregnancy waves to the impact of social determinants of health and the increasing demands by building intersectoral policies, projects and programs. Programmatic vulnerabilities were low access to secondary education, to vocational courses and sports and leisure. In health care, the exclusion of men in family planning and prenatal care increases the feminization of motherhood and contraception. The care for pregnant adolescents in adult women's agenda reinforces the belief that pregnancy is a rite of passage to adulthood. The city has several protective policies which demonstrates that the safety net of adolescence and youth is under construction. The municipal project management intersectoral located in the territory, as the Centers for Youth and the OP Recriad Educa present themselves as the greatest potential for reducing social inequities. Geocoding of health indicators was an important tool for planning, monitoring and evaluating the performance of safety net to adolescence and youth.

Keywords: 1. teenage pregnancy. 2. vulnerability. 3. adolescent health. 4. network attention. 5. primary health care

RESUMEN

Feliciano, Rosiane Araujo Ferreira. **Embarazo en la adolescencia:** vulnerabilidades y la red de protección en São Carlos. Tesis presentada a la enfermería escolar de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtener el título de "doctor de enfermería".

El embarazo en adolescentes (GA) ha ganado visibilidad y el estado del problema de salud con mayor incidencia en todo el mundo, desde principios de 1970, un período que se produce en el descenso de la fecundidad en otros grupos de edad. Estudios relacionados con GA a embarazos no deseados, el aumento de los riesgos materno-infantil y las cuestiones sociales. En San Carlos, en la década de 1998 a 2008, la tasa de GA disminuido a lo largo de los años, pero el hijo de un adolescente aún en mayor riesgo de muerte en el primer año de vida. Se suponía que la pluralidad de la adolescencia y los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, el objetivo fue analizar las condiciones sociales y los indicadores de salud de la población femenina de San Carlos, en la perspectiva de la vulnerabilidad, se centra en las disparidades territoriales dentro de las ciudades de embarazo en la adolescencia y el potencial para hacer frente a las acciones, programas y proyectos desarrollados por el Estado. La vulnerabilidad se entiende aquí como un indicador de la inequidad y la desigualdad. El enfoque teórico de la vulnerabilidad de los programas propuestos Ayres et al. (2003), que distingue tres dimensiones interdependientes: el individual, social y programática. Se trata de un caso de estudio, técnicas descriptivo y exploratorio, utilizando sistemas de información geográfica. El análisis espacial se basó para el examen de los documentos, los protocolos de las estrategias de supervivencia por el Estado. El perfil de la adolescente embarazada tenía entre ocho y once años de estudio, no estudian, no trabajan o se cae peligrosamente en el mercado de trabajo y llevó a menor número de atención pre-natal. La mitad de las madres adolescentes eran multíparas. El mapa de embarazos de adolescentes acompaña a las vulnerabilidades sociales relacionados con la educación, el trabajo, la multiparidad, y el acceso a la atención prenatal. El enfoque ampliado a las ondas de embarazo en la adolescencia con el impacto de los determinantes sociales de la salud y la creciente demanda por la construcción de políticas intersectoriales, proyectos y programas. vulnerabilidades programáticas fueron el bajo acceso a la educación secundaria, cursos de formación profesional y el deporte y el ocio. En el cuidado de la salud, la exclusión de los hombres en la planificación familiar y atención prenatal aumenta la feminización de la maternidad y la anticoncepción. La atención a adolescentes embarazadas en la agenda de las mujeres adultas refuerza la creencia de que el embarazo es un rito de pasaje a la adultez. La ciudad cuenta con varias políticas de protección lo que demuestra que la red de seguridad de la adolescencia y la juventud se encuentra en construcción. La gestión de proyectos intersectoriales municipales situados en el territorio, como los Centros para la Juventud y la Educación OP Recriad se presentan como el mayor potencial para reducir las desigualdades sociales. Geocodificación de los indicadores de salud era un instrumento importante para la planificación, seguimiento y evaluación del desempeño de la red de seguridad a la adolescencia y la juventud.

Palabras clave: 1. embarazo en la adolescencia. 2. la vulnerabilidad. 3. adolescente salud. 4. la red atención. 5. atención primaria de la salud

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|---------|---|
| ACEG | Ambulatório de Cuidados Especializados na Gestação |
| ACISC | Associação do Comércio e da Indústria de São Carlos |
| APS | Atenção Primária em Saúde |
| ARES | Administração Regional de Saúde |
| BLH | Banco de Leite Humano |
| BPC | Benefício de Prestação Continuada |
| BPN | Baixo Peso ao Nascer |
| CAIC | Centro de Atendimento Integral à Criança |
| CAPS | Centro de Apoio Psicossocial |
| CBO | Código Brasileiro de Ocupações |
| CEME | Centro de Especialidades Médicas |
| CEMEI | Centro Municipal de Educação Infantil |
| CES | Centro de Economia Solidária |
| CID 10 | Décima revisão do Código Internacional de Doenças |
| CIESP | Centro da Indústria do Estado de São Paulo |
| CMDCA | Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| CMI | Coeficiente de Mortalidade Infantil |
| CNDSS | Comitê Nacional dos Determinantes Sociais de Saúde |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CREAS | Centro de Referência Especializada de Assistência Social |
| DATASUS | Departamento de Informática do SUS |
| DRE | Diretoria Regional de Ensino |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| EJA | Educação de Jovens e Adultos |
| EMEB | Escola Municipal de Educação Básica |
| EPS | Educação Permanente em Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FESC | Fundação Educacional de São Carlos |
| FIESC | Fundação Interinstitucional de Ensino de São Carlos |
| FONSEAS | Fórum Nacional de Secretários de Assistência Social |

| | |
|---------|--|
| GA | Gravidez na Adolescência |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IDH | Índice de Desenvolvimento Humano |
| INEP | Instituto Nacional de Pesquisa em Educação “Anísio Teixeira” |
| IPEA | Instituto de Pesquisa em Economia Aplicada |
| LBME | Lista Brasileira de Mortes Evitáveis |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases |
| MDS | Ministério do Desenvolvimento Social |
| MEC | Ministério da Educação e Cultura |
| MI | Mortalidade Infantil |
| NAI | Núcleo de Atendimento Integrado |
| NIS | Núcleo Integrado de Saúde |
| NV | Nascidos Vivos |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| OP | Orçamento Participativo |
| OPS | Organização Panamericana de Saúde |
| PAB | Piso de Atenção Básica |
| PACS | Programa Agentes Comunitários de Saúde |
| PAIF | Programa de Atenção Integral à Família |
| PAISM | Programa de Atenção Integrada à Saúde da Mulher |
| PBF | Programa Bolsa Família |
| PID | Programa de Inclusão Digital |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAD | Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar |
| PNAS | Política Nacional de Assistência Social |
| PNJ | Política Nacional de Juventude |
| PROARA | Projeto de Promoção do Aracy |
| PSF | Programa Saúde da Família |
| RECRIAD | Rede de Proteção da Criança e do Adolescente |
| RIPSA | Rede de Informação Intergerencial da Saúde |
| RNBP | Recém nascido de baixo peso |
| SAAE | Serviço de Água e Esgoto |
| SAIBE | Serviço de Acompanhamento do Bebê de Risco |

| | |
|-------------|--|
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SESC | Serviço Social do Comércio |
| SESI | Serviço Social da Indústria |
| SHDU | Secretaria de Habitação e Desenvolvimento Urbano |
| SIA | Sistema de Informação Ambulatorial |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SIG | Sistema de Informação Geográfica |
| SIH | Sistema de Informação de Internação Hospitalar |
| SIM | Sistema de Informação de Mortes |
| SINAM | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |
| SINASC | Sistema de Informação de Nascidos Vivos |
| SISPRENATAL | Sistema de Informação do Pré-natal |
| SMCAS | Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social |
| SUAS | Sistema Único de Assistência Social |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| TRO | Terapia de Reidratação Oral |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UFSCar | Universidade Federal de São Carlos |
| UFU | Universidade Federal de Uberlândia |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| USP | Universidade de São Paulo |
| UTIN | Unidade de Terapia Intensiva Neonatal |

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1 - Mapa da taxa e da frequência da gestação na adolescência por bairros, São Carlos 2006-2008. | 88 |
| Figura 2 - Mapa da vulnerabilidade social da GA por bairros, São Carlos 2006-2008. | 89 |
| Figura 3 - Mapa das famílias em situação de vulnerabilidade social, São Carlos, 2008. | 91 |
| Figura 4 - Mapa das mães com < 7 consultas no pré-natal, São Carlos 2006-2008. | 93 |
| Figura 5 - Mapa do BPN e das mortes infantis evitáveis, São Carlos 2006-2008. | 95 |
| Figura 6 - Mapa da vulnerabilidade social por ARES, São Carlos, 2006-2008. | 97 |
| Figura 7 - Fluxograma do atendimento à gestante, parto e puerpério, São Carlos, 2008. | 140 |
| Figura 8 - Mapa da distribuição de mães com escolaridade inferior a 8 anos de estudo 2006-2008. | 181 |
| Figura 9 - Mapa da distribuição de mães com escolaridade inferior a 8 anos de estudo 2006-2008. | 182 |
| Figura 10 - Mapa da distribuição de mães com escolaridade inferior a 8 anos de estudo 2006-2008. | 183 |
| Figura 11 -- Mapa da distribuição de mães multiparas por bairros, São Carlos 2006-2008. | 184 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1 - Taxa de natalidade, mortalidade geral e crescimento populacional, São Carlos 1998-2008..... | 69 |
| Gráfico 2 - Proporção de nascidos vivos segundo a faixa etária da mãe, São Carlos 1998 – 2008..... | 70 |
| Gráfico 3 - Pirâmide Demográfica, São Carlos, 1998..... | 71 |
| Gráfico 4 - Pirâmide Demográfica, São Carlos, 2008..... | 71 |
| Gráfico 5 - Paridade proporcional por faixa etária, São Carlos 2006-2008..... | 72 |
| Gráfico 6 - Percentual de anos de estudos e paridade, São Carlos 2006-2008..... | 73 |
| Gráfico 7 - Evolução da proporção de anos de estudo segundo idade materna, São Carlos 1998-2008..... | 74 |
| Gráfico 8 - Distribuição da ocupação segundo a paridade da mãe, São Carlos 2006-2008. | 75 |
| Gráfico 9 - Evolução da proporção de mães sem companheiro no momento do parto por idade materna, São Carlos 1999-2008. | 76 |
| Gráfico 10 - Coeficiente de Mortalidade Infantil por mil, São Carlos 1998-2008..... | 77 |
| Gráfico 11 - Proporção do CMI por faixa etária da mãe, São Carlos 2006-2008..... | 78 |
| Gráfico 12 - Gestantes com sete consultas ou mais durante o pré-natal segundo faixas etárias, São Carlos 1998-2008..... | 81 |
| Gráfico 13 - Partos cesáreos segundo faixas etárias, São Carlos 1998-2008. | 82 |
| Gráfico 15 - Evolução dos óbitos infantis por bairros da ARES Aracy, São Carlos, 2006-2008..... | 107 |
| Gráfico 16 - Distribuição dos equipamentos sociais segundo tipos, São Carlos 2008.... | 111 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1 - Códigos do SINASC e SIM modificados..... | 62 |
| Quadro 2 - Projetos, Público alvo e Cobertura por ARES, São Carlos, 2008..... | 112 |
| Quadro 3 - Disponibilidade de matrículas e população de 0 a 17 anos na ARES..... | 117 |
| Quadro 4 - Matrículas nas escolas de ensino infantil, fundamental e mé | 118 |
| Quadro 5 - Programas de transferência de renda, São Carlos, 2008. | 130 |
| Quadro 6 - Distribuição das unidades básicas por ARES, São Carlos, 2008..... | 139 |
| Quadro 7 - Indicadores utilizados no estudo segundo categoria, tipo de dado e fontes..... | 180 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1 - Distribuição do tipo de parto por anos de estudo das mães, São Carlos, 2008. | 83 |
| Tabela 2 - Frequência total de NV, % de GA e Densidade da GA por bairros, São Carlos 2006-2008. | 86 |
| Tabela 3 – Famílias vulneráveis por bairro, São Carlos, 2008. | 90 |
| Tabela 4 - Proporção de mães com < de seis consultas no pré-natal por bairros, São Carlos 2006-2008. | 93 |
| Tabela 5 - Composição das famílias e situação das mães sem companheiro na ARES Aracy, São Carlos, 2008. | 101 |
| Tabela 6 - Escolaridade na ARES Aracy, São Carlos, 2008..... | 103 |
| Tabela 7 - Acompanhamento da saúde da criança da ARES Aracy, São Carlos, 2008..... | 108 |
| Tabela 8 - Indicadores de saúde e da assistência à saúde da criança menor de 1 ano ... | 108 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 INTRODUÇÃO | 22 |
| 2 OBJETIVOS | 30 |
| 2.1 Objetivo Geral | 30 |
| 2.2 Objetivos específicos | 30 |
| 3. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL | 32 |
| 3.1 Gestação na adolescência | 32 |
| 3.2 Gestação na adolescência: do risco à vulnerabilidade | 38 |
| 3.3 A Atenção Primária e a coordenação da atenção | 47 |
| 3.3 A Atenção Primária e a coordenação da atenção | 47 |
| 3.4 Pressupostos da pesquisa | 54 |
| 4 PERCURSO METODOLÓGICO..... | 57 |
| 4.1 Local da Pesquisa..... | 57 |
| 4.2 Tipo de Estudo..... | 59 |
| 4.2.1 Coleta de dados secundários | 61 |
| 4.2.2 Análise dos dados secundários e geoprocessamento | 64 |
| 4.3 Aspectos Éticos da Pesquisa..... | 67 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO..... | 69 |
| 5.1 Dinâmica reprodutiva em São Carlos (1998-2008) | 69 |
| 5.2 Disparidades intra-urbanas..... | 85 |
| 5.3 O território-processo da ARES Aracy | 98 |
| 5.4 A atenção ao adolescente em São Carlos: mapeamento da rede..... | 110 |
| 5.4.1 Esporte e Lazer | 113 |
| 5.4.2 Educação | 116 |
| 5.4.3 Trabalho, Emprego e Renda | 123 |
| 5.4.4 Assistência Social..... | 127 |
| 5.4.5 Saúde | 131 |
| 5.4.6 Infância e Juventude | 143 |

| | |
|---|-----|
| 5.4.7 Potencialidades da Rede de Proteção | 147 |
| 6 CONCLUSÕES | 155 |
| REFERÊNCIAS | 161 |
| APÊNDICE A - Indicadores | 180 |
| APÊNDICE B - Mapa escolaridade | 181 |
| APÊNDICE C - Mapa Trabalho | 182 |
| APÊNDICE D - Mapa situação marital | 183 |
| APÊNDICE E - Multiparidade..... | 184 |
| ANEXO 1 - Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa..... | 186 |

Introdução

1 INTRODUÇÃO

A organização da rede de atenção materno-infantil desperta o interesse da pesquisadora desde o mestrado. Naquele momento, o recorte do estudo foi a rede de apoio social às mães de bebês nascidos prematuros e de baixo peso egressos da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) em São Carlos/SP na perspectiva materna.

Esse estudo revelou a inexistência de uma rede de apoio formal à criança e sua família no município. A atenção à saúde caracterizava-se pela centralidade do hospital e, o atendimento na Atenção Primária em Saúde (APS), pelo pronto-atendimento e queixa-conduta. Após um ano da alta da UTIN, muitas crianças apresentavam sequelas e viviam em condições de extrema pobreza; muitas mães, especialmente as adolescentes, já não viviam com o pai da criança e possuíam uma rede de apoio pouco densa. O apoio social informal foi apontado como a rede de maior ajuda para o enfrentamento das condições sociais adversas (FELICIANO, 1999).

A socialização dos resultados da pesquisa agregou informações e recomendações junto à gestão municipal e contribuiu para a reorganização da atenção à saúde materno-infantil por meio de diversas ações tais como: a implantação do alojamento conjunto e a contratação de enfermeiros obstétricos na maternidade¹ (1998), a implantação de um Serviço de Acompanhamento do Bebê de Risco (SAIBE) (1999), a implantação do Parto Humanizado e Banco de Leite Humano (2001), e, posteriormente, a implantação do Ambulatório de Gestação de Alto Risco (ACEG) (2002).

Ocorreram também mudanças significativas na organização da atenção primária com a implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Projeto de Promoção ao Aleitamento Materno, em 1997, e a implantação do Programa Viva Vida para a redução da mortalidade materna (2004).

Este cenário de reorganização ocorreu com a gestão da saúde como um todo, por meio da assinatura do convênio para a gestão plena, em 1999. Em 2001, houve a divisão do município em territórios com cinco Administrações Regionais de Saúde (ARES), a saber: ARES 1 – Cidade Aracy; ARES 2 – Vila Isabel; ARES 3 – Redenção; ARES 4 – São José; ARES 5 – Santa Felícia.

¹ Até aquele momento, o primeiro atendimento ao parto pelo SUS na maternidade era realizado por parteiras.

Além destas mudanças na atenção à saúde, São Carlos investiu, também, em saneamento básico e em educação, ampliando o número vagas das escolas e creches, criando Escolas do Futuro, Centros de Juventude, projetos culturais nas regiões de maior exclusão social e instituiu a gestão participativa por meio do Orçamento Participativo (OP).

Passada uma década desde reorganização da Atenção Materno-Infantil em São Carlos observou-se uma nova situação de saúde que merecia atenção e definiu-se o tema da pesquisa do doutorado problematizando o novo quadro de saúde com vistas a contribuir para a consolidação das novas práticas em saúde, especialmente a organização da atenção à gestante adolescente.

A análise das estatísticas vitais disponíveis no site do Departamento de Informática do SUS (DATASUS, 2010) revelou uma sensível redução da mortalidade infantil do município. São Carlos teve a menor taxa de mortalidade infantil do Estado de São Paulo, 7,4 óbitos por mil nascidos vivos em 2008. Entretanto, a mortalidade infantil proporcional à idade da mãe, indicou que o filho de mãe adolescente teve maior risco relativo de morrer no primeiro ano de vida do que nas demais faixas etárias em 2006.

Considerando que 95% dos óbitos entre os filhos de mães adolescentes foram por causa evitáveis², se questiona os limites e potencialidades da rede de atenção à saúde no enfrentamento das necessidades de saúde dessa população. Tais questionamentos pautam-se não apenas nos indicadores de saúde encontrados, mas, também em vivências da pesquisadora como enfermeira em instituições da APS, nas quais a prática da integralidade do cuidado e a promoção da saúde ao adolescente ainda é uma questão a ser enfrentada.

No transcurso do doutorado, a disciplina “*A Criança em Idade Escolar e o Adolescente na Família, Escola e Sociedade*” oportunizou reflexões sobre a compreensão da adolescência como uma construção histórico-social e, por isso, necessariamente plural. Verificaram-se as influências da classe social, religião, gênero, etnia sobre a experiência da adolescência (CORREA, FERRIANI, 2007). Por meio das leituras e discussões crítico-reflexivos, o adolescente foi recontextualizado como sujeito imerso na realidade social que luta por sua cidadania e que, portanto, deve envolver-se na busca de soluções reais para os problemas reais que a ele se apresentam. Entre os diversos temas que emergiram no diálogo com outros pesquisadores chamou a atenção a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos e a rede de proteção intersetorial.

² A Lista Brasileira de Mortes por Causas Evitáveis classifica como evitáveis os óbitos preveníveis pelos serviços e tecnologias oferecidos pelo SUS (MALTA, et al. 2007).

Os estudos oportunizaram questionamentos sobre a prática dos profissionais da saúde, acostumados a focalizar problemas de saúde, incluindo o da gestação na adolescência, construída por meio de protocolos assistenciais que tendem a focalizar o risco, generalizando as necessidades da população em risco.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem considera a garantia do direito sexual e reprodutivo como uma de suas prioridades, com enfoque na redução das desigualdades de gênero, classes sociais, educação e projetos de vida, por meio da atenção em rede intersetorial e com a participação dos jovens como atores sociais (BRASIL, 2007a).

Os estudos de Ayres et al. (2003a) sobre vulnerabilidade e as práticas de saúde se apresentaram, neste momento de reconstrução do projeto de doutorado, como uma perspectiva de renovação das práticas de cuidado, especialmente nos campos de prevenção e promoção, constituindo um importante referencial para a produção de conhecimento interdisciplinar e de construção de intervenções intersetoriais dinâmicas e aplicáveis.

Ayres et al. (2003a), apoiado em Mann e Tarantola, conceitua a vulnerabilidade como “*indicador de iniquidade ou desigualdade social*” que, na perspectiva da determinação social do processo saúde-doença, constitui-se na causa das causas da saúde.

Ayres et al. (2009) demarcam três diferentes dimensões das análises de vulnerabilidade: a individual, a social e a programática. Na primeira dimensão interessa como os modos de vida das pessoas podem contribuir para a exposição. A social, por sua vez, reporta aos fatores contextuais como “estrutura jurídico-política, diretrizes governamentais dos países, as relações de gênero, as relações raciais, as relações entre as gerações, as atitudes diante da sexualidade, as crenças religiosas, a pobreza, etc. [...]” (AYRES et al., 2009, p. 397).

A dimensão programática da vulnerabilidade considera que o processo de vida em sociedade está permeado pelas diversas instituições sociais. Assim, o enfrentamento da vulnerabilidade não ocorre somente no nível individual ou social, mas é mediado pelas ações institucionais. Amplia-se a percepção do processo de vida das pessoas e, conseqüentemente, do processo saúde-doença-cuidado. Nessa perspectiva, emergem questões fundamentais:

O quanto nossos serviços de saúde, educação, etc., estão propiciando que estes contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais? O quanto eles propiciam a esses sujeitos transformar suas relações, valores, interesses para emancipar-se dessas situações de vulnerabilidade? (AYRES et al., 2009, p. 397).

Ao propor a articulação das três dimensões da vulnerabilidade, Ayres et al. (2009) consolidam, também, o enfoque do *empoderamento* dos sujeitos e da atuação em rede como

forma de superar as armadilhas oriundas do trabalho com sujeitos sociais que, em situações de vulnerabilidade, muitas vezes são vistos pelos demais membros da comunidade e pelos próprios pesquisadores a partir de uma discriminação negativa. Trata-se, pois, de restituir o conceito em sua criticidade.

É dessa última dimensão da vulnerabilidade que este estudo se apropria como referencial para compreender a rede de atenção à gestação na adolescência em São Carlos. Nesta perspectiva, as necessidades de saúde são transitórias e determinadas socialmente e as estratégias devem ser concebidas e avaliadas com base na realidade local: os contextos micro e macro dos determinantes do processo saúde-doença.

A abordagem da gravidez na adolescência a partir do conceito de vulnerabilidade social demanda, portanto, o processo de territorialização do fenômeno com identificação do modo como as instituições estatais e da comunidade contribuem para a construção de possibilidades de enfrentamento ou, pelo contrário, aprofundam a vulnerabilidade numa realidade concreta. Coerente com tal perspectiva,

Diagnósticos de vulnerabilidade e, conseqüentemente, elaboração de propostas de intervenção, devem sempre considerar a mediação exercida (e a ser exercida) entre os sujeitos e seus contextos sociais pelos programas e serviços disponíveis. Assim, elementos como o grau e a qualidade do compromisso desses serviços e programas, os recursos de que dispõem os valores e competências de suas gerências e técnicos, o monitoramento, avaliação e retroalimentação das ações, a sustentabilidade das propostas e, especialmente, sua permeabilidade e estímulo à participação e autonomia dos diversos sujeitos sociais no diagnóstico da situação e no encontro dos caminhos para sua superação, são elementos fundamentais no enfoque da vulnerabilidade (AYRES et al., 2009, p. 397-8).

Tendo em vista o interesse em abordar a vulnerabilidade e a gestação na adolescência, procedeu-se ao aprofundamento da revisão de literatura. A gestação na adolescência é um tema clássico e tem sido tratado por diferentes áreas do conhecimento. A maioria dos estudos na área da saúde se fundamenta na epidemiologia do risco que, segundo Ayres et al. (2009), tendem a apresentar a totalidade de uma condição sanitária desfavorável à saúde com base na naturalização das doenças, não conseguindo apreender as relações sociais do processo saúde-doença e os modos como os grupos e indivíduos organizam socialmente seus modos de viver, isto é, o conhecimento positivo dos processos sociais de saúde-doença, tanto em seus determinantes como nas implicações para a intervenção.

Na última década, inúmeros estudos fundamentados na determinação social do processo saúde-doença apontam os impactos das relações de gênero, classe social, acesso à educação e trabalho na gestação na adolescência. (AYRES et al., 2003a; MARIOTONI; BARROS FILHO, 2000; BRANDÃO; HEILBORN, 2006).

Dentre as dissertações e teses da área de saúde sobre o adolescente, na Biblioteca Digital de Dissertações e Teses da Universidade de São Paulo, encontra-se uma vasta produção sobre a gestação na adolescência, especialmente nos aspectos individuais da vulnerabilidade (conhecimento sobre métodos anticoncepcionais, sexualidade, vivência no cuidado do filho, desejo da maternidade, concepções sobre o cuidado no pré-natal, pais adolescentes) e aspectos sociais (sexualidade, gênero, violência familiar, educação e trabalho). São mais escassas as investigações sobre os aspectos programáticos da vulnerabilidade, especialmente numa perspectiva intersetorial, embora os estudos a recomendem. Entre os estudos encontrados destacam-se o enfoque presente nos trabalhos de D'Oro (1992), Salomão (2007), Eduardo (2006) e Toledo (2008).

Estudando o perfil das adolescentes gestantes na cidade de São Carlos, em 1991, D'Oro (1992) observa que elas engravidaram solteiras, numa relação de namoro com um parceiro em média cinco anos mais velho. As adolescentes eram, em sua maioria, dependentes economicamente dos pais e, após o parto, dependentes dos parceiros. Ao engravidar, 90,0% delas já tinham interrompido os estudos, alegando falta de motivação para estudar e necessidade de trabalhar. Embora todas conhecessem pelo menos um método anticoncepcional, muitas não faziam uso de nenhum método antes da gravidez. O autor considera que práticas sexuais e reprodutivas entre adolescentes e jovens, importantes elementos para a atuação junto a esses grupos, devem ter em vista essa teia de relações.

Eduardo (2006) estudou os programas de atendimento social aos adolescentes em São Carlos no ano de 2005, visando compreender o projeto político de atenção aos adolescentes. As metodologias qualitativa e quantitativa conduziram a coleta de entrevistas e de fontes documentais sobre os programas existentes no município. Os resultados demonstraram que os programas divergem na missão, cobertura e recursos, porém possuem uma semelhança: o viés assistencialista. A maioria deles está centrada em complementação escolar e ensino profissionalizante; outros atendem exclusivamente os adolescentes autores de atos infracionais. A autora conclui que, em São Carlos, embora presente numericamente, as instituições de atenção ao adolescente não estão em rede e possuem enfoque assistencialista e de política compensatória.

Salomão (2007) realizou estudo qualitativo sobre as necessidades de saúde dos adolescentes atendidos em Unidades Básicas de Saúde no município de São José do Rio Preto (SP). A autora concluiu que as necessidades de saúde e as expectativas de ajuda dos

adolescentes não fazem parte do processo de trabalho nos serviços de saúde assim como estes serviços não fazem parte da vida dos adolescentes.

Toledo (2008), por sua vez, realizou uma revisão integrativa da literatura sobre os elementos da vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS, no período de 1996 a 2006. A autora concluiu que a maioria dos estudos se detém nos aspectos da vulnerabilidade individual e que existem evidências científicas dessas três dimensões: individual, social e programática, assim como outros elementos, como a falta de percepção do adolescente sobre sua vulnerabilidade ao HIV/AIDS e a falta de perspectiva quanto ao futuro. Nos estudos sobre a dimensão programática da vulnerabilidade identificou: relação entre o usuário adolescente e o profissional (discriminação), qualidade do aconselhamento, teste para HIV e acessibilidade aos serviços de saúde (descontinuidade das ações preventivas e falta de integração com outros serviços no planejamento e desenvolvimento das ações).

A vulnerabilidade da gestação na adolescência e a redução das desigualdades são prioridades do “Marco Teórico Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Jovens e Adolescentes”, publicado recentemente como estratégia de implementação da Política Nacional de Atenção Integral de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2006a).

Segundo o documento, as ações e estratégias para promoção da saúde e redução das iniquidades devem ser organizadas em rede de atenção à saúde intra e inter setorial e o planejamento das estratégias devem partir da análise da situação de um território, respeitando-se as diversidades.

Mediante tal quadro elegeu-se como objeto de estudo a organização da rede de proteção ao adolescente em São Carlos para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais da gestação na adolescência.

Com base nas diretrizes do Ministério da Saúde e na Política Nacional de Atenção Básica, tomou-se como ponto de partida e eixo estruturante da atenção ao adolescente a APS.

[que] [...] se constitui como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. [...] Afinal, o Pacto pela Vida definiu como prioridade: consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006b, p. 7).

Neste sentido, emergiu a seguinte questão norteadora dessa pesquisa: em que medida a rede se articula à rede de saúde, intersetorialmente, para a redução das iniquidades no contexto das gestantes adolescentes moradoras das áreas de maior vulnerabilidade social de São Carlos?

Para responder a essas inquietações, buscou-se como aporte teórico a vulnerabilidade

social e programática dos territórios e a integralidade do cuidado como eixo norteador das práticas intersetoriais e de saúde.

Na exposição da pesquisa e dos resultados obtidos adotou-se a organização da tese em cinco itens. No item *Objetivos*, apresentado a seguir, encontram-se o objetivo geral e os objetivos específicos da tese. Na sequência, o item Marco teórico-Conceitual, consolida as diretrizes teóricas do estudo, quais sejam: a gestação na adolescência, a trajetória da abordagem do risco à de vulnerabilidade e, por fim, a exposição da importância da atenção primária na coordenação do cuidado.

O item *Percurso Metodológico* trata do tipo de estudo, da metodologia adotada e traz a descrição detalhada dos dados, do tratamento dos indicadores de saúde e da produção dos mapas temáticos que permitiram a territorialização dos indicadores e a identificação da área de maior vulnerabilidade social no município.

A exposição dos dados obtidos, seu tratamento e discussão à luz da revisão de literatura empreendida são organizados no item Resultados e Discussão. Cinco subitens contemplam a análise da gestação na adolescência, das vulnerabilidades e a rede de proteção em São Carlos. Num primeiro momento, descreve-se a dinâmica reprodutiva no município no período de 1998 a 2008. O item *Disparidades intra-urbanas* consolida os dados sobre a territorialização dos indicadores de saúde, especialmente aqueles envolvendo as gestantes adolescentes, e apresenta os mapas temáticos referentes à vulnerabilidade.

A ARES Aracy é abordada no item 5.3 tendo em vista tratar-se do território-processo com os índices mais elevados de vulnerabilidade social. “A atenção ao adolescente em São Carlos: mapeamento da rede” é o item 5.4. Nele são descritos as políticas, programas e projetos do município que atendem ao público adolescente. A análise prima pela discussão da vulnerabilidade programática e a avaliação dos avanços da construção da rede de proteção intersetorial em São Carlos. Ao final da tese, nas conclusões, consolidam-se os resultados do estudo.

Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O estudo objetivou analisar as condições sociais e os indicadores de saúde da população feminina adolescente de São Carlos na perspectiva da vulnerabilidade social e programática, com ênfase na territorialização das disparidades intra-urbanas e no potencial de enfrentamento das ações, programas e projetos desenvolvidos pelo Estado.

2.2 Objetivos específicos

Os **objetivos específicos** consistiram em:

- a) Descrever as características da população feminina de acordo com indicadores demográficos e de saúde em São Carlos no período de 1998 a 2008;
- b) Analisar a distribuição da gravidez na adolescência por meio da territorialização das vulnerabilidades;
- c) Descrever a organização da rede de proteção às adolescentes gestantes na área de maior vulnerabilidade social do município de São Carlos;
- d) Identificar os conceitos de saúde, adolescência e vulnerabilidade que fundamentam políticas e programas voltados ao adolescente;
- e) Analisar a vulnerabilidade programática do cuidado à gestação na adolescência na área de maior vulnerabilidade social do município, a ARES Aracy.

Marco Teórico-conceitual

3. MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

3.1 Gestação na adolescência

Para compreender a gestação na adolescência é preciso principiar com a exposição do conceito de adolescência adotado, pois se trata de um conceito polifônico, especialmente no campo da saúde. A adolescência, termo derivado do latim *adolescere*, que significa “crescer”, é um conceito relativamente novo, com pouco mais de cem anos, e é compreendido de maneira geral, em nossa sociedade, como o momento de transição entre a infância e a vida adulta (OUTEIRAL, 2008).

A legislação brasileira, focada nas definições sobre maioridade, idade penal, direitos sociais, proteção e condutas frente às infrações, considera adolescentes as pessoas de 12 e 18 anos. A Organização Mundial da Saúde (OMS), que antes considerava como período da adolescência a faixa etária entre 10 e 19 anos, mais recentemente concebe como jovens as pessoas na ampla faixa de 10 a 24 anos, mas recomenda, para efeitos práticos de análise e de proposição de ações, uma divisão dessa categoria em três subgrupos: pré-adolescentes: 10-14 anos, adolescentes: 15-19 anos, jovens: 20-24 anos (OMS, 1997). O “Marco teórico e referencial saúde sexual e saúde reprodutiva de jovens e adolescentes” utiliza a definição da OMS (BRASIL, 2006a).

Estas aparentes contradições nos limites etários da adolescência apontam para a historicidade do conceito, sendo que os atributos de cada fase não são naturais e mudam nos diferentes momentos históricos, diferentes culturas e interesses (SARTI, 2007).

Castro e Abramovay (2005) concordam que os conceitos de adolescência e juventude são, em princípio, provisórios. Os limites etários são conceitos demográficos com aportes de psicologia, da antropologia e da sociologia, mas o que proporcionará uma maior compreensão da multiplicidade do real é o aprofundamento da análise e a compreensão sobre significados, construções simbólicas, relações sociais estabelecidas pelos jovens, identidades elaboradas com base em gênero, motivos socioeconômicos, de raça e etnia, entre outras referências.

Ainda segundo Castro e Abramovay (2005), a origem da adolescência encontra-se no desenvolvimento das sociedades industriais modernas, pela necessidade de especialização para o trabalho e o adiamento da inserção no mercado de trabalho e da autonomia financeira

pelo adulto jovem.

A esfera do trabalho se torna mais complexa e as relações sociais, mais sofisticadas, sobretudo, a partir do final do século XIX. Com isso, a adolescência e a juventude passam a se caracterizar como momentos de socialização e de preparação para o ingresso na esfera da produção. Essa preparação passa a acontecer em instituições especializadas - as escolas - e faz com que o ingresso no mundo do trabalho e o momento de ter filhos sejam adiados. Nesse sentido, duas situações se tornam centrais para compreendermos as concepções de adolescência e juventude vigentes em nossa sociedade: ficar livre das obrigações do trabalho e dedicar-se ao estudo numa instituição escolar (CASTRO; ABRAMOVAY, 2005, p. 87)

Assim, a adolescência se caracteriza pela negação - não ser criança ou não ser adulto - e, em nossa sociedade, significa uma transição gradual da total dependência e heteronímia para uma independência e autonomia relativas, o que demanda proteção e tutela. Por sua vez, o conceito de fase adulta implica na capacidade de exercer as dimensões de: produção - sustentar a si e a outros; reprodução - gerar e cuidar dos filhos; e participação nas decisões, deveres e direitos que regulam a sociedade. Nessa concepção, a singularidade da adolescência seria a busca de autonomia, marcada tanto por uma atitude de experimentação, quanto pela construção de elementos da identidade-pessoal e coletiva (CASTRO; ABRAMOVAY, 2005). Abramo (2005) afirma que há certa autonomia entre os diversos campos institucionais em que se desenrolam as trajetórias biográficas, entre eles os sistemas escolar, produtivo e familiar.

Nas últimas décadas, dentre as alterações no cenário social e familiar das sociedades ocidentais modernas que interferiram no processo de aquisição de autonomia do adolescente destacam-se: a mudança no estatuto infantil, o redimensionamento da autoridade parental, as novas normas educativas, as transformações nas relações de gênero e intrageracionais, a extensão da escolaridade e a dificuldade de inserção e permanência no mercado de trabalho que acentuam a dependência dos adolescentes em relação aos pais e ampliam o tempo de estada na casa dos pais, embora exerçam a autonomia da sua sexualidade cada vez mais cedo (KNAUTH, et al. 2006)

Abramo (2005) classifica as transformações que vêm acontecendo na sociedade em dois sentidos ou paradoxos. O primeiro expresso no prolongamento de experiências características da juventude como, por exemplo, a escolarização e do período de viver com a família de origem. Destaca-se a tendência de adiar o casamento e a reprodução para permitir uma maior flexibilidade de planos de vida. O segundo paradoxo se configura com experiências de ascensão mais precoce a determinados atributos, entre eles o avanço da puberdade, o avanço da idade da maioridade civil e da responsabilidade penal e, ainda, o avanço da idade de início da sexualidade adulta.

Este avanço na idade adulta e a extensão do tempo de dependência financeira dos

pais, nas últimas décadas, são descritos na literatura como um fenômeno de “prolongamento da juventude” (BRANDÃO, HEILBORN, 2006).

Abramo (2005) discorda desta definição de prolongamento da juventude e afirma que o que ocorre é uma modificação e a definição de novas formas de “ser jovem”.

Nesse sentido, podemos afirmar que há certa autonomia entre os diversos campos institucionais em que se desenrolam as trajetórias biográficas, entre eles os sistemas escolar, produtivo e familiar. Assim, não se pode considerar que esteja acontecendo um simples prolongamento da fase da adolescência ou da juventude (ABRAMO, 2005, p.79).

As concepções mais recentes sobre juventude mostram que, se algum dia existiu essa transição linear e escalonada, ela não ocorreu sempre e em todos os grupos sociais e que os processos são vividos de formas muito diferentes pelos jovens, de acordo com o gênero e a inserção social.

Na contemporaneidade, os jovens mantêm-se por mais tempo vinculados às suas famílias de origem para completar sua escolarização e, também, em virtude das dificuldades de inserção profissional. Junto a isso, passam a exercer sua sexualidade, muitas vezes independentemente da reprodução e da possibilidade de formação de um novo núcleo familiar. Em outras situações, ainda, apesar de terem filhos, mantêm-se junto a suas famílias de origem, configurando núcleos familiares em que se observa uma dupla hierarquia parental: jovens pais vivem sob o mesmo teto que seus pais, em que têm de submeter-se, ainda, a suas normas, apesar de imporem a seus filhos novas normas. A esse processo de transformação sociocultural das especificidades das idades da vida damos o nome de descristalização (ARAÚJO; CALAZANS, 2007. p. 13).

Montardo (2009), fundamentado em Edgar Morin, descreve o adolescente como uma unidade inserida numa sociedade que, simultaneamente, o produz e se transforma a partir de sua existência.

[...] são múltiplas as culturas adolescentes dentro de uma mesma sociedade, como as integradas pelos frequentadores de shoppings e as dos moradores das favelas, pelos que desempenham os papéis de filhos e os que já são pais, pelos que projetam um futuro e os que precisam defender o presente, pelos que se entediam para ocupar seu tempo disponível e os que lutam pela sobrevivência, pelos que estão ocupados em consumir e os que estão preocupados em ganhar algum dinheiro para sua subsistência ou a de seus familiares (MONTARDO, 2009, p.8).

As questões que surgem dessa nova concepção de adolescência e juventude são: - como se entende o papel de profissionais de saúde em relação aos adolescentes e jovens? Se o que caracteriza a compreensão sobre a experiência juvenil é o início da busca da autonomia, marcada tanto pela atitude de experimentação quanto pela construção de elementos da identidade pessoal e coletiva, qual o sentido das políticas públicas e da atuação de profissionais de saúde?

Em primeiro lugar, a partir da perspectiva que se apresenta, deixa de ser possível definir uma ordem cronológica "tradicional" para a aquisição dos atributos da idade adulta, o que dificulta a adequação de protocolos assistenciais que homogeneízam os adolescentes e jovens. Assim, passa a ser necessário rever constantemente as concepções adotadas, considerando o contexto no qual as práticas se darão.

A abordagem da complexidade e diversidade das adolescências supera a definição cronológica da adolescência e toma como foco de atenção processos histórico e socialmente determinados, ou seja, há que se trabalhar com a unidade e a diversidade de múltiplas realidades sociais nas quais estão inseridos (MONTARDO, 2009).

A inexistência de roteiros pré-estabelecidos que imponham uma sequência padronizada de acontecimentos na adolescência traz a necessidade dos jovens, da sociedade e do Estado de construir percursos plurais e singulares rumo à autonomia. Ganha importância, portanto, a elaboração de projetos de vida individuais e coletivos viabilizados por meio de políticas públicas intersetoriais. Esta é uma das diretrizes do “Marco teórico e referencial dos Direitos Sexuais e Reprodutivos de Adolescentes e Jovens, do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2006a).

Coerente com tal interpretação, a perspectiva teórica adotada nesta investigação é a que reconhece as adolescências como construtos sociais complexos e diversos nos diferentes períodos históricos, etnias, gênero e a classes sociais, além das características familiares e individuais. Compreende-se o critério etário como provisório, havendo necessidade de parâmetros para os indicadores de saúde e o diálogo com demais pesquisas.

Os adolescentes e jovens, na faixa etária compreendida entre 10 e 24 anos, representam 29% da população mundial, sendo que 80% vivem em países em desenvolvimento como o Brasil (BRASIL, 2010a). Os adolescentes e jovens correspondem a 30,33% da população brasileira, ou seja, 1/3 da população total, o que faz com que o país tenha uma população relativamente jovem (IBGE, 2010).

A partir da segunda metade da década de 1990, tem-se, no Brasil, o alargamento da pirâmide etária na adolescência e juventude, compreendida entre 10 e 24 anos. Os efeitos desse fenômeno serão sentidos nas faixas etárias subsequentes, e resultam no aumento absoluto da população que vai se integrando às faixas etárias seguintes, fenômeno denominado de onda jovem. A queda da fecundidade, o crescente declínio da mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer são fatores que contribuem para a ocorrência dessa onda, merecendo destaque um ligeiro decréscimo populacional de jovens na

faixa etária compreendida entre 20 e 24 anos. Esse declínio está relacionado ao aumento da violência urbana e a mortalidade por causas externas. A forte migração do campo para a cidade fez com que, atualmente, cerca de 70% da população resida nas áreas urbanas e suas periferias e contribuiu para a configuração do cenário de morbimortalidade da população adolescente e jovem no Brasil. Os acidentes e homicídios, sobretudo aqueles relacionados ao tráfico de drogas e uso abusivo de álcool e as intercorrências da gravidez e maternidade são as principais causas de internação desse grupo populacional no SUS (BRASIL, 2005a). Em 2008, a gravidez na adolescência foi a causa de 66,1% das internações de adolescentes do sexo feminino na rede do SUS (DATASUS, 2010).

A gestação na adolescência não é um fenômeno recente, constatando-se em registros históricos que, no Brasil, há pouco mais de 70 anos, os casamentos ocorriam na faixa etária dos 13 a 14 anos e adolescentes concebiam seus filhos logo após a menarca (PARAYBA, 2002). A gestação na adolescência ganha visibilidade e status de problema de saúde com o aumento de sua incidência em todo mundo, desde o início da década de 70, período que ocorre uma queda na fecundidade nas demais faixas etárias.

No final da década de 1990, cerca de 10% dos nascimentos anuais no mundo foram de mães adolescentes, aproximadamente 14 milhões de nascimentos por ano; mais de 90% desses nascimentos ocorrem nos países em desenvolvimento, onde a proporção de parturientes com menos de 20 anos de idade varia de 8% no leste da Ásia para 55% na África (DUARTE, NASCIMENTO, AKERMAN, 2006).

No Brasil, de acordo com o PNAD de 2006, entre 1965 a 2006, a fecundidade geral declinou de quase seis crianças por mulher para 1,8 filhos por mulher, verificando-se diferenças regionais e entre as mulheres de diferentes graus de escolaridade, sendo que as com menos estudo apresentam taxas mais elevadas (IBGE, 2006). Ao contrário da fecundidade geral, a fecundidade adolescente vem aumentando sua participação relativa, passando de 7,1%, em 1970, para 14,1%, em 1991, 17%, em 1996 e 23% em 2006 (BONZON, ENOCH, 1999 *apud* HEILBORN, 2006).

Gama et al. (2002) afirmam que o aumento da fecundidade entre as adolescentes nesse período deve-se às mudanças ocorridas nos processos de construção das adolescências verificados após a década de 1960, com o movimento de liberação sexual, culminando com o início das relações sexuais cada vez mais precoces. Contudo, segundo os autores, a abordagem sobre a sexualidade no contexto familiar e escolar não acompanhou esse movimento de liberação sexual.

Concordando com Gama et al. (2002), Brandão e Heilborn (2006) afirmam que as alterações no padrão de fecundidade feminina brasileira e as redefinições na posição social da mulher, geraram novas expectativas para as jovens, no tocante à escolarização e profissionalização. O fato da maioria destes nascimentos ocorrerem fora de uma relação conjugal estável trouxe preocupação para o Estado sobre os investimentos requeridos por estes nascimentos. Para o Ministério da Saúde,

A gravidez na adolescência aparece como fenômeno incompatível com o modelo vigente na sociedade ocidental – competitivo, consumista, em processo de empobrecimento, com estreito mercado de trabalho – e, ao mesmo tempo, exigente de melhores condições de vida para a população como um todo (BRASIL, 2000, p. 4).

Na última década, dados do Ministério da Saúde apontam uma redução nas taxas de gestação na adolescência. Tal redução deve-se às campanhas em relação ao uso de preservativo, a disseminação da informação e o maior acesso dos métodos anticoncepcionais, além da participação da mulher no mercado de trabalho (BRASIL, 2010a). O IBGE concorda em parte com essa avaliação do Ministério da Saúde e, com base nas PNAD's de 2007, de 2008 e de 2009, constatam que o aumento do grau de escolaridade e a ampliação do mercado de trabalho para as mulheres foram causas determinantes para a redução da gravidez na adolescência nos últimos anos (IBGE, 2007).

Várias pesquisas confirmam que a velocidade de redução da fecundidade entre as adolescentes é menor do que entre as adultas jovens e, principalmente, acontece de forma desigual de acordo com o desenvolvimento social do território (SABROZA et al., 2004; ESTEVES; MENANDRO, 2005). Pesquisas do IBGE e do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) confirmam que a fecundidade adolescente em 2006 cresceu 0,14% nas classes econômicas mais baixas. Em 2007, a taxa de fecundidade na região Norte foi de 27,77% e na Sudeste de 17,58%. Estas pesquisas confirmam a determinação social da gestação na adolescência e a necessidade de intervenções intersetoriais em rede para a promoção da saúde (BRASIL, 2010b).

Em São Carlos, em 2008, a população de adolescentes era de 32.612 habitantes, o que representava 14% da população, destes, 15.751 eram mulheres (IBGE, 2010). Neste ano, foram registrados 2.835 nascidos vivos residentes, 13,51% filhos eram filhos de mães adolescentes. Embora a taxa de gestação na adolescência esteja abaixo da nacional (29,17%) e estadual (15,75) observa-se um aumento proporcional do risco de morbimortalidade infantil nessa faixa etária, relacionado à maior incidência do baixo peso ao nascer (BPN) (peso inferior a 2.500g), à menor adesão ao pré-natal, às intercorrências no parto. Também as mortes

infantis no período pós-neonatal (29 dias a 364 dias de vida) entre as adolescentes são proporcionalmente maiores que a média do município (DATASUS, 2010).

Considera-se que a mortalidade infantil no período pós-natal possui uma relação direta com as condições de vida da criança; já a mortalidade neonatal (0 a 28 dias), sofre influência do acesso e da qualidade da atenção ao pré-natal, parto e pós-parto (BRASIL, 2005b). De fato, em 2008, 100% dos óbitos entre os filhos das adolescentes foram considerados evitáveis, segundo a Lista Brasileira de Mortes Evitáveis (LBME), do Ministério da Saúde (MALTA et al., 2007).

Tais dados apontam para a urgência em ampliar a abordagem da gestação na adolescência. As leituras empreendidas demonstraram contribuições significativas dos conceitos de vulnerabilidades para o estudo desse fenômeno, apresentadas no próximo item.

3.2 Gestação na adolescência: do risco à vulnerabilidade

Nos últimos anos, o conceito de vulnerabilidade tem sido empregado na área da saúde com distintas interpretações. Segundo Alves (1994), sua origem provém da área da advocacia internacional, usado para designar grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica e politicamente, na promoção, proteção ou garantia dos seus direitos de cidadania.

Toledo (2008) realizou uma revisão integrativa do conceito de vulnerabilidade e encontrou nas bases de dados relacionadas às ciências da saúde a seguinte definição:

[...] grau de susceptibilidade ou de risco a que está exposta uma população de sofrer danos por um desastre natural; relação existente entre a intensidade do dano resultante e a magnitude de uma ameaça, evento adverso ou acidente e; probabilidade de uma determinada comunidade ou área geográfica ser afetada por uma ameaça ou risco potencial de desastre, estabelecida a partir de estudos técnicos (Ministério da Ação Social, 1992 *apud* TOLEDO, 2008, p. 22).

Dilley e Boudreau (2001) empregam o termo na área de nutrição, definindo-o como a possibilidade de sofrer danos e a capacidade do seu enfrentamento. Os autores defendem a necessidade de se identificar: quem, por que e em que nível os grupos estão vulneráveis. Vulnerabilidade, neste sentido, não se distingue do conceito de risco, e muitas vezes os termos são empregados como sinônimos.

A ineficiência do modelo biomédico no enfrentamento da pandemia da AIDS levou pesquisadores e profissionais de saúde a repensarem o conceito de risco e avançar nas discussões sobre a vulnerabilidade (AYRES et al., 2003b; TOLEDO, 2008). O marco do novo

conceito é a publicação nos Estados Unidos, em 1992, do livro *Aids in the World*, por Mann e Tarantola, parcialmente reeditado no Brasil, em 1993. O novo conceito surge das aproximações entre o ativismo diante da epidemia de AIDS e o movimento dos Direitos Humanos, especialmente nos países da América do Norte (AYRES et al., 2003b).

O conceito se difunde amplamente na Saúde Pública, por meio da proposta de um diagnóstico das tendências mundiais da AIDS, no início dos anos 90, com base no conceito e, mais recentemente, aproximando-o da discussão dos Direitos Humanos.

Para evidenciar as transformações no uso do conceito, pode-se retomar o estudo de Mann e Tarantola (1996), citado por Ayres et al. (2003a), no qual defenderam que a chance de exposição das pessoas ao adoecimento é resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas coletivos, contextuais, que acarretam maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. Contudo, para os autores, o comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção, o que justifica focalizar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente pra o controle da epidemia.

Os autores propõem uma estrutura de análise que incorpora o comportamento individual, o âmbito coletivo e o social e a aplicação de um sistema de escores que classificam a vulnerabilidade como alta, média e baixa. Nessa perspectiva, enfatizam a necessidade de que os indivíduos se responsabilizem pela prevenção de doença.

De outro modo, Ayres et al. (2003b) advertem sobre a necessidade de transformar a maneira de pensar a AIDS superando os conceitos de grupo de risco e de comportamento de risco, ultrapassando a noção de risco individual e apontando para uma nova compreensão de vulnerabilidade social. A passagem do conceito de risco ao de vulnerabilidade é, assim, um movimento conceitual com desdobramentos profundos nas estratégias para reduzir as iniquidades em saúde.

Ayres et al. (2003a) assim sintetizam as diferenças entre os alvos e estratégias de ação em saúde que emergem dos referenciais do risco e da vulnerabilidade:

- o alvo do risco são os indivíduos expostos; da vulnerabilidade são as populações susceptíveis, ou seja, há um descolamento do individual para o coletivo;
- a finalidade do risco é alertar, enquanto da vulnerabilidade é favorecer as capacidades de resposta, empoderando os sujeitos para tomada de decisão;
- os processos educativos, que na perspectiva do risco são modeladores e controladores, no da vulnerabilidade são construtivistas. Entende-se que, por meio da

construção do conhecimento coletivo, se promove transformação das práticas do auto-cuidado em saúde. Portanto, a informação é realizada por compartilhamento bilateral, ao invés de unilateral, como na perspectiva do risco;

- a base institucional de intervenção no risco é a da saúde, enquanto na vulnerabilidade é imprescindível que seja intersetorial;

- quanto aos agentes de intervenção, na perspectiva do risco, são os técnicos da área de saúde; já a vulnerabilidade considera os pares;

- a expectativa da resposta ao risco é a adesão aos programas e ações propostos verticalmente e o da vulnerabilidade é a participação e a autonomia dos sujeitos para o auto-cuidado;

- por último, o impacto visado pelo risco é a mudança de comportamento dos indivíduos; o da vulnerabilidade é a transformação dos contextos e das relações.

Segundo Ayres et al. (2003a, p.128), a vulnerabilidade não tem a pretensão de buscar estabelecer probabilidades matematicamente calculadas de adoecimento, mas almeja “expressar os potenciais de adoecimento e não-adoecimento, relacionados a todo e a cada indivíduo, que vive em certo conjunto de condições”. Para isso, considera importante trabalhar a mutualidade, a interferência, a relatividade e a pluralidade de significados como a essência de seu conceito. Importante ressaltar que o conceito de vulnerabilidade não desmerece o uso de conceitos epidemiológicos, que contribuem para gerar e testar as hipóteses da vulnerabilidade e que podem apresentar resultados práticos imediatos. De outro modo, as críticas ao conceito de risco e a adoção do conceito de vulnerabilidade social implicam no reconhecimento de que a desigualdade social traz impactos para a condição de saúde e o processo de cuidado.

No Brasil, o conceito de vulnerabilidade emerge na década de 1990 como possibilidade de interpretação da epidemia da AIDS e, fundamentando-se na determinação social do processo saúde-doença e no direito à saúde, visava reconceituar a tendência individualizante da abordagem da doença (AYRES, 1993; AYRES et al., 1999; AYRES et al., 2003b; AYRES et al., 2009). Importante ressaltar, também, os desdobramentos dos conceitos de risco e de vulnerabilidade na interpretação do processo saúde-doença. O primeiro indica probabilidades e apresenta um caráter eminentemente analítico e, o segundo, é um indicador de iniquidade e de desigualdade social.

As iniquidades em saúde entre indivíduos e grupos “são aquelas que, além de sistemáticas e relevantes, são evitáveis, injustas e desnecessárias” (DAHLGREN;

WHITEHEAD, 2004 *apud* CARVALHO; BUSS, 2008, p. 123). Do ponto de vista operacional, equidade em saúde implicaria reduzir e eliminar as disparidades evitáveis na saúde e seus determinantes entre grupos humanos com diferentes graus de privilégio social.

Segundo Ayres et al. (2003a, p. 123), o conceito de vulnerabilidade pode ser resumido como “movimento de se considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais”. Assim, a adoção do conceito de vulnerabilidade implica na possibilidade de

[...] apreender o peso dos diferentes contextos sociais como determinante de diversas suscetibilidades e criar alternativas técnicas sensíveis a essas diferenças. Todavia, essas diferenças passaram a ser claramente vistas não como características grupais, fixas e identitárias, e sim como efeito de relações sociais que, na verdade, diziam respeito a todo o tecido social (AYRES et al., 2003a, p.131).

Os autores indicam que a vulnerabilidade não é binária, não é unitária e não é estável, ou seja, é multidimensional e relacional, pode haver diferentes graduações de vulnerabilidade, e estas, por sua vez, estão em constante movimento (AYRES et al., 2003a).

Na tentativa de fornecer uma estrutura de análise da vulnerabilidade, Watts e Bohle (1993) a definiram como resultante da intersecção de *entitlement*, *empowerment* e política econômica. *Entitlement* refere-se ao direito das pessoas; *empowerment* à participação política e institucional e, por último, à política econômica que diz respeito à organização estrutural da sociedade. Entende-se que, a matriz de Watts e Bohle amplia o modelo de Mann e Tarantola na medida em que compreende os elementos que envolvem o comportamento humano a partir das relações macroestruturais das sociedades. Contudo, tal modelo não é sensível às relações micro-estruturais que indicam uma co-responsabilidade entre Estado, indivíduo, família e sociedade na determinação das vulnerabilidades.

Nesse sentido, o modelo de análise proposto por Ayres et al. (2009) se apresenta mais abrangente, quando propõe que a vulnerabilidade busca integrar três dimensões interdependentes, a saber:

- dimensão da vulnerabilidade individual: toma como ponto de partida os comportamentos e modo de vida das pessoas, que podem contribuir (ou não) para a vulnerabilidade.

- dimensão da vulnerabilidade social: se refere aos aspectos materiais, culturais, políticos, morais que dizem respeito à vida em sociedade, como estrutura jurídico-política, educação, trabalho, relações de gênero, relações raciais, etc.

- dimensão da vulnerabilidade programática: busca identificar o quanto os serviços de saúde, educação, assistência social, cultura, etc., está propiciando que os contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos ou grupos sociais (AYRES et al., 2009, p. 735).

Na questão do plano individual, o modelo proposto por Ayres et al. (2009) amplia a concepção de Mann e Tarantola (1996) na medida em que compreende que os comportamentos individuais não podem ser entendidos como decorrência imediata dos indivíduos, mas relacionam-se ao grau e consciência que esses têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos, em especial do poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência. Toma-se como exemplo a prática de atividades físicas: ainda que o indivíduo se conscientize de sua importância e necessidade, nem sempre ele terá como exercê-la, visto sua dupla ou tripla carga horária de trabalho, entre outros fatores. Os diferentes arranjos implicados em “obterem informações” e fazerem “uso efetivo” delas já remetem ao segundo plano das análises de vulnerabilidade: o social.

No plano social, a vulnerabilidade vem sendo avaliada nos seguintes aspectos: acesso à informação; quantidade de recursos destinados à saúde por parte do Estado; acesso e qualidade dos serviços de saúde; nível geral de saúde da população, por meio do comportamento dos indicadores de saúde; aspectos sócio-políticos e culturais de segmentos populacionais específicos, como relação de gêneros, sexualidade; grau de participação numa política; grau de prioridade política dada à saúde; condições de bem-estar social, como moradia, escolarização, acesso a bens de consumo, entre outros.

Finalmente, contextualizando a vulnerabilidade individual e social, está a programática, pois se entende que cada indivíduo está relacionado diretamente ao modo como as políticas sociais, em especial às de saúde, trabalho e educação, permitem que, em contextos determinados, se mobilizem os recursos necessários para a proteção da saúde das pessoas. A vulnerabilidade é apreendida aqui por aspectos como: grau e tipo de compromisso das autoridades locais com o enfrentamento do problema; ações efetivamente propostas por estas autoridades; coalização interinstitucional e intersetorial (saúde, educação, trabalho, etc.) para atuação específica; planejamento das ações; gerenciamento dessas ações; capacidade de resposta das atividades envolvidas; financiamento adequado e estável dos programas propostos; sustentabilidade das ações; avaliação e retro alimentação dos programas, entre outras possibilidades. O nível programático de vulnerabilidade refere-se, portanto, às ações institucionais especificamente voltadas para a saúde. Saúde aqui no contexto ampliado e

pressupondo, assim, ações intersetoriais voltadas para a saúde das pessoas, em especial, para a promoção e prevenção.

Em suma, o modelo proposto por Ayres et al. (2009) colabora para que os elementos sociais, econômicos, culturais e políticos, antes considerados pano de fundo dos comportamentos individuais, também sejam tomados como objetos de intervenção.

Ayres et al. (1999) advogam que o conceito de vulnerabilidade incorpora, necessariamente, o contexto como locus vulnerabilidade e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção da saúde das pessoas; privilegia o coletivo como unidade analítica e requer um referencial ético e filosófico que busca a interpretação crítica dos dados, trazendo implícita a intervenção.

Sánchez e Bertolozzi (2007) analisam o potencial do conceito de vulnerabilidade para a construção do conhecimento em Saúde Coletiva. A partir da teoria da determinação social do processo saúde-doença afirmam:

Neste sentido, o modelo propõe construir políticas voltadas às necessidades dos seres humanos, trabalhar com as comunidades e realizar diagnósticos sobre as condições dos grupos sociais, de maneira participativa, assim como a redefinição dos objetos de intervenção e a análise crítica das práticas de saúde para a sua reconstrução orientada às necessidades dos indivíduos e da coletividade (SÁNCHEZ; BERTOLOZZI, 2007, p.321).

A opção teórica pelo modelo de análise de Ayres et al. (2009) pautou-se nos pressupostos do conceito de adolescências e da determinação social do processo saúde-doença. Alguns estudos já foram conduzidos com esta perspectiva, entre eles destacam-se os de Sánchez e Bertolozzi (2007). Os autores investigaram como se processava a vulnerabilidade à tuberculose, num grupo de estudantes universitários. Com base em critérios da Sociedade Americana Torácica e do Centro para o Controle de Doenças, construíram uma matriz utilizando categorias e definindo escores de vulnerabilidade: média e alta. As categorias foram analisadas em conjunto com outras que se referem à vulnerabilidade individual e social, verificando-se também como fundamentais a situação de empregabilidade dos pais e dos próprios alunos, o acesso à informação, as crenças religiosas, as possibilidades do acesso ao lazer, dentre outras, que minimizam ou potencializam a vulnerabilidade à tuberculose.

No estudo, analisaram a vulnerabilidade programática com relação à unidade que era referência para o grupo de alunos estudados. Verificou-se que a dificuldade de acesso ao serviço de saúde se constitui como importante marcador de vulnerabilidade. Para as autoras, o modelo de vulnerabilidade se coloca como um convite para renovar as práticas de saúde,

como práticas sociais e históricas, envolvendo diferentes setores da sociedade.

Cabral e Oliveira (2010) analisaram a importância que os profissionais de Equipes de Saúde da Família (ESF's) dão ao puerpério na adolescência. O estudo descritivo-exploratório, realizado por meio de grupos focais, indicou que os profissionais naturalizam o processo da adolescência e limitam a compreensão dos possíveis problemas a falhas no cuidado de si e acreditam que as ações educativas podem corrigir “comportamentos inadequados”.

Para as autoras, este entendimento simplista dos profissionais reproduz e reforça a ideia amplamente veiculada no contexto das profissões da saúde de que, na sua maioria, os processos de adoecimento vivenciados pela população são decorrentes de falhas pessoais e que as pessoas não se cuidam porque não querem, desconsiderando toda a gama de elementos contextuais que repercutem nesta vulnerabilidade e na vivência da adolescência. Ao serem naturalizadas, questões relativas à saúde das puérperas adolescentes tendem a se tornarem invisíveis e, portanto, não serem valorizadas como demandas de saúde pelas equipes pesquisadas.

A pouca visibilidade destas questões pode, por sua vez, reduzir as possibilidades de acesso dessas puérperas aos serviços de saúde. Como a atenção puerperal não é considerada nessas equipes como uma necessidade, outras demandas mais tradicionais (como hipertensão e diabetes) acabam sendo priorizadas. O resultado disto é a possibilidade de produção e/ou ampliação de situações de vulnerabilidade que poderiam ser evitadas a partir de uma intervenção efetiva das ESF's. Os resultados apontam para a necessidade de reorientação das práticas de educação e promoção da saúde das ESF's dirigidas às puérperas adolescentes para além do componente informativo e a incorporação da perspectiva da vulnerabilidade no planejamento destas ações (CABRAL; OLIVEIRA, 2010).

Almeida e Hardy (2007) analisaram as relações de gênero vivenciadas por adolescentes do sexo masculino e como elas contribuem para torná-los vulneráveis à gravidez. Realizaram um estudo qualitativo em Campo Grande (MS), em 2003. Participaram 13 adolescentes masculinos com menos de 20 anos, com um único filho de até 11 meses, cuja mãe estava na mesma faixa etária do pai. Identificaram estereótipos de gênero em que se destacavam papéis de líder, provedor e ativo sexualmente, bem como a rejeição a ser cuidados. Esses papéis apareceram consolidados principalmente na perspectiva dos entrevistados acerca do trabalho como marcador de sua condição de homem e provedor da

família. A liderança dos adolescentes prevaleceu no relacionamento com a mãe de seu filho, notadamente na iniciativa das relações sexuais e no uso de contraceptivos.

A gravidez foi considerada por eles como "por acaso" e inesperada, mas a paternidade foi vivenciada como uma prova final de sua condição de homens adultos. Verificou-se a condição de vulnerabilidade dos adolescentes para a paternidade em virtude da socialização de gênero nos moldes tradicionais. Isso foi evidenciado com a ausência dos papéis relativos ao cuidado consigo próprio e com os outros, com a incorporação precoce de papéis de dominação sexual masculina e de trabalhador e pai, ou seja, deixar de ser criança e alcançar a condição de homem. A paternidade na adolescência provocou um maior compromisso com o trabalho, embora recebessem ajuda dos pais e já estivessem inseridos no mercado de trabalho antes da paternidade. Os autores concluem que os adolescentes necessitam de acesso a informações científicas atualizadas e ao conhecimento de seus direitos reprodutivos e acesso a serviços de saúde e de educação com profissionais capacitados para atendê-los. Tal capacitação refere-se não somente à competência técnica, mas, também, à sensibilidade adequada para estimular e respeitar a autonomia dos adolescentes como sujeitos de sua vida reprodutiva.

Boruchovitch (1992) elaborou uma revisão crítica da literatura sobre os fatores associados à não utilização de anticoncepcionais na adolescência integrando os resultados à compreensão da vulnerabilidade do adolescente para problemas como a gravidez indesejada e a AIDS. No estudo, a escolaridade, a concepção de sexualidade da família, as relações de gênero e a escolaridade dos adolescentes influenciam na não utilização de anticoncepcionais. O autor enfatiza que é fundamental investir na estrutura social do adolescente, de maneira que ele possa fazer as escolhas mais compatíveis com uma vida adulta saudável.

Melo e Coelho (2006) investigaram o processo de cuidado pré-natal a adolescentes grávidas por profissionais de saúde do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de um município da Bahia tendo a integralidade como enfoque teórico. A análise revelou que o cuidado pré-natal às adolescentes se concretiza sob o modelo biomédico e o cumprimento de rotinas e protocolos institucionais se sobrepõe à singularidade do adolescente. Assim, distancia-se da integralidade, na medida em que as práticas consideram as adolescentes como "objetos" do cuidado. Percebeu-se a necessidade de se repensar as práticas de saúde voltadas à integralidade, superando o enfoque do risco. Além disso, os autores asseveram a importância da contextualização das práticas integrais com a valorização dos sujeitos por meio de uma reconstrução ética e política do cuidado.

Os documentos “Marco Teórico e Referencial dos Direitos Sexuais e Reprodutivos de Adolescentes e Jovens” (BRASIL, 2006a) e “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” (BRASIL, 2010a) reconhecem as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas envolvidas na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens no Brasil, tais como: as transformações na vida sociocultural nas últimas décadas que tem como consequência o início da vida sexual dos adolescentes cada vez mais cedo; a vivência da sexualidade em condições de desigualdades de gênero, entre distintas condições sociais e culturais, raciais e intergeracionais, fenômeno de juvenilização e feminilização da transmissão da AÍDS. Tais desigualdades afetam as dimensões da vida sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens e refletem de forma perversa no quadro de morbimortalidade desse segmento.

Os principais problemas referentes à saúde sexual e reprodutiva relacionam-se às adolescentes e mulheres jovens. Existe uma responsabilização cultural e social das mulheres pela reprodução e cuidados de saúde da família, muitas vezes reforçada pelos serviços de saúde, o que explica serem as mulheres a maioria dos usuários do SUS, inclusive no segmento juvenil.

Os documentos supracitados orientam que a gestação na adolescência não seja considerada como “evento-problema” tal qual é considerado nas análises e nas políticas, mas como um ponto de inflexão que pode resultar de uma multiplicidade de experiências de vida – por isto pode assumir diferentes significados e ser também tratada de diferentes formas e apresentar diferentes desfechos.

A intervenção na redução das situações de vulnerabilidade exige a organização da rede de saúde, com as políticas de interface, para desenvolver ações educativas e preventivas que atinjam os fatores de vulnerabilidade para adolescentes e jovens. Nesse sentido, o estabelecimento de articulações intersetoriais e espaços institucionais para atuar na promoção da saúde, na prevenção e no tratamento visam incorporar a perspectiva de gênero e a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de adolescentes e de jovens nas linhas de cuidado integral, como condição fundamental para a redução das vulnerabilidades.

Com base em tais reflexões sobre as potencialidades do conceito de vulnerabilidade e suas contribuições para o estudo da gestação na adolescência delinear-se os pressupostos da pesquisa expostos no item 3.4.

3.3 A Atenção Primária e a coordenação da atenção

As políticas voltadas à saúde da adolescente gestante acompanharam a transformação das demais políticas econômicas e sociais no país. Até 1970, o modelo de saúde no país era previdenciário e a saúde pública focalizava a saúde materno-infantil, como incentivo a formação da mão de obra para indústria. O adolescente estava à margem do sistema de saúde, visto que não era comum adoecer e quando engravidava era considerada adulta (HEILBORN, 2006; AYRES, 1993).

No final da década de 1960 e, principalmente, na década de 1970, a transformação no quadro epidemiológico e demográfico e a emergência de novos problemas de saúde, o aumento das doenças crônico-degenerativas e as mortes por causas externas, evidenciaram os limites do modelo biomédico hospitalocêntrico.

A revolução sexual e o movimento feminista desencadearam, na década de 1960, mudanças nas relações sociais, desvinculando a atividade sexual da reprodução, resultando num processo de “juvenilização” da maternidade, visto que as mais novas não tinham acesso cultural e econômico para previni-la. O aumento proporcional da fecundidade entre as adolescentes associado à maternidade fora de uma situação social e econômica estável trouxe visibilidade ao tema (BRANDÃO; HEILBORN, 2006).

No campo da saúde, Ayres (1993) afirma que a concepção social do processo saúde-doença, na década de 1970, período contemporâneo às discussões sobre direito à saúde, o modelo da atenção primária (1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários em Saúde, Alma-ata, 1976) e novo conceito de promoção (1ª Conferência Internacional sobre promoção da Saúde, Ottawa, 1986). A saúde passa a ser reconhecida como resultante dos determinantes sociais e, como tal, objeto de reflexão interdisciplinar e de intervenção intersetorial (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

O modelo da atenção primária à saúde propunha uma inversão na lógica do sistema de saúde, tendo como eixo ordenados os serviços descentralizados nas comunidades, no lugar onde a vida acontece. Os princípios da atenção primária são: acessibilidade, integralidade, longitudinalidade, atenção continuada, coordenação do cuidado, enfoque familiar e participação dos sujeitos (STARFIELD, 2004).

Por sua vez, o conceito de promoção é ampliado para além da prevenção primária, proposto pelo modelo da história natural das doenças, no qual a prevenção aconteceria antes

do período patogênico. Na Carta de Ottawa, a promoção da saúde foi definida como o processo de capacitação das pessoas e comunidades para cuidar da própria saúde e é apresentada estrategicamente pelo Ministério da Saúde como:

[...] uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuem na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. [...] uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso País – como, por exemplo: violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada; e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2010a, p.10)

Estes conceitos foram temas de amplos debates no cenário internacional e, em no Brasil, influenciaram o Movimento da Reforma Sanitária e a Assembléia Constituinte resultando no art.196 da Constituição Federal de 1988:

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

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, assim se pronuncia:

Art. 3 A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país (BRASIL, 1990, Art. 3).

A Estratégia Saúde da Família, implantada a partir de 1994, como uma experiência piloto em alguns municípios do Nordeste atualmente é a estratégia para reorganizar todo o sistema de saúde e consolidar os princípios do SUS.

Como dito anteriormente, a APS e a promoção da saúde resultaram dos movimentos internacionais originados na década de 1970. Atualmente, a APS ganhou novo impulso com a proposta de “Renovação da APS à Saúde nas Américas” (OPAS, 2007). A APS é considerada eixo estratégico para a estruturação de sistemas de saúde universais, resolutivos e com melhores níveis de equidade, efetividade e eficiência. O Brasil alcança reconhecimento internacional pela experiência bem sucedida da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A APS constitui-se no primeiro ponto de atenção à saúde na rede de atenção à saúde e tem como um dos seus objetivos o alcance de certo grau de resolução de problemas que possa, além de prevenir, evitar a evolução de agravos, com vistas à redução de situações mórbidas que demande ações de maior complexidade (STARFIELD, 2004).

A rede de APS no Brasil tem origem na década de 1920, com a abertura de centros de saúde planejados para atuar em base territorial, a fim de promover as medidas de saúde pública destinadas ao controle de doenças, imunização e, posteriormente, a atenção materno-infantil. Estas iniciativas foram frutos de experiências difundidas nos Estados Unidos, com destaque para as enfermeiras visitadoras de Saúde Pública.

Assim, até a Constituição de 1988, houve no Brasil, a ênfase em dois modelos dicotomizados: um voltado exclusivamente para tratar a doença dos doentes, conhecido como modelo hospitalar ou assistencial privatista. O segundo, preventista e a cargo do Estado, como um conjunto de estratégias para o controle das doenças de risco organizados em programas verticais e centralizados, que ficou conhecido como modelo sanitarista. Foi no contexto de superação destes modelos com a implantação do SUS que o PROSAD e o PAISM foram implantados.

Segundo Mendes (2010), estes dois modelos se mantêm, mesmo com a implantação do SUS, apesar das evidências de que as modificações dos padrões de distribuição da carga de doenças demandem a estruturação de redes de atenção voltadas prioritariamente para as situações de vulnerabilidade que predispõem às doenças. Contudo, o avanço na descentralização da gestão da saúde para os municípios motivou experiências de novos modelos de atenção com foco na APS (FAUSTO; MATTA, 2007).

Com a Norma Operacional Básica, em 1996, a APS ganha destaque na política nacional e se institui o Piso da Atenção Básica (PAB), com repasse direto para o Fundo Municipal, calculado com base *per capita*, acrescido de um valor variável, para incentivo a programas estratégicos. Os dois programas estratégicos que mereceram o valor variável para os municípios foram o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF).

Fausto e Matta (2007) demonstram que as primeiras iniciativas dos PSF/PACS foram focalizadoras nas populações mais vulneráveis no sentido de enfrentar elevados índices de morbimortalidade infantil e de epidemias de algumas regiões do país. Para os autores, a história do PSF no Brasil poderia ser dividida em duas etapas: uma primeira focada no aumento da cobertura do acesso aos serviços de saúde e uma segunda como estratégia de transformação do modelo assistencial, superando as práticas tradicionais pouco efetivas.

A modificação do financiamento das equipes do PSF, a partir de 1999, introduziu a noção de cobertura populacional como parâmetro para o repasse dos recursos e gerou aumento significativo do volume de recursos para esta estratégia. Em 2006, com o Pacto pela

Saúde, passam a ser utilizados indicadores de avaliação da atenção básica que fortalecem a atuação das equipes no sentido de orientação do modelo assistencial (BRASIL, 2006b).

Em 2006, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é consolidada no país por meio da Portaria MS nº 648, que tem o sentido mais abrangente possível, sendo acima de tudo área norteadora tanto dos princípios doutrinários do SUS quanto da proposta de reorganização da atenção à saúde. Essa política tem ainda a responsabilidade de ser o campo privilegiado para a prática de ações intersetoriais e de lançar as bases para uma sociedade democrática e participativa por meio do exercício do direito à saúde (BRASIL, 2006c).

De acordo com a PNAB, a atenção básica

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006c, p. 10)

Outro aspecto enfatizado pela PNAB é a abordagem do sujeito, “em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural”. Decorre dessa interpretação ampliada de homem e de processo saúde-doença a atenção integral (BRASIL, 2006c, p. 10).

Para Oliveira et al. (2009) a ESF é o espaço privilegiado de práticas integrais em saúde que permitem a superação da antiga dicotomia entre prevenção/cura, construindo alternativas de ações integrais a partir de uma realidade local de saúde, não mais focalizada em grupos vulneráveis. Neste sentido, a ESF tem um papel central na garantia da integralidade da atenção, que implica em tomar como objeto os problemas de saúde e seus determinantes, organizando a atenção de modo a incluir não apenas as ações e serviços que incidem sobre os efeitos dos problemas (doenças, incapacidades e mortes), mas, sobretudo, atuar sobre as causas (vulnerabilidades como condições de vida, trabalho e lazer).

Segundo a Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, à equipe do PSF compete:

[...] participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, desenvolvendo o *diagnóstico de saúde local*, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento da equipe; realizar o *cuidado integral* em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário; realizar ações de **atenção integral** conforme a **necessidade de**

saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; realizar **busca ativa** e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; realizar a **escuta qualificada** das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando **atendimento humanizado** e viabilizando o estabelecimento do **vínculo**; **responsabilizar-se** pela população adscrita, **mantendo a coordenação do cuidado** mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde; participar das atividades de **planejamento e avaliação** das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; promover a **mobilização e a participação** da comunidade, buscando efetivar o controle social; **identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersectoriais com a equipe, sob coordenação da SMS**; garantir a **qualidade do registro** das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; participar das atividades de **educação permanente**; e realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as **prioridades locais** (BRASIL, 2006c, p. 42. Grifos nossos).

Assim, se faz necessário a reorganização do processo de trabalho, com base na substituição do modo de atuar dos profissionais de saúde: o foco do cuidado na doença passa a ter a nova orientação, o cuidado pautado na integralidade das ações, atuando nos campos da promoção, prevenção, assistência e reabilitação. A centralidade do cuidado passa a ser a família e comunidade, e não mais o indivíduo. Propõem-se ações territorializadas, fundamentadas no conhecimento dos determinantes do processo saúde-doença de grupos populacionais, como os jovens e adolescentes, referidos às equipes locais e permanentes, com dedicação exclusiva a essas tarefas. A equipe de saúde da família é multiprofissional e são previstas ações diferenciadas na comunidade, como a visita domiciliar, a educação em saúde e as ações intersectoriais visando a promoção de saúde no seu sentido mais amplo, o de capacitar pessoas e comunidade para o assumirem o seu direito à saúde.

Diversos estudos têm demonstrado o impacto do modelo de atenção com base na estratégia do PSF, tais como a capacidade de tomar decisões, a qualificação das equipes, a capacidade de articulação externa, a inovação de práticas assistenciais e gerenciais (GOULART, 2007). O modelo tem experimentado também aperfeiçoamentos, como a inclusão da saúde bucal e a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Os benefícios da atenção às populações antes desassistidas se fazem sentir na redução dos indicadores de morbimortalidade e de assistência, como no aumento da cobertura do pré-natal, aumento da cobertura vacinal, redução da mortalidade infantil (ABREU; CESAR, FRANÇA, 2007).

Contudo, vários trabalhos têm avaliado os desafios desse novo modelo, tais como as dificuldades dos profissionais formados para o modelo assistencial anterior lidarem com a dinâmica familiar e comunitária, com os problemas que surgem em função destas categorias e suas intervenções correspondentes. A crítica é que se trabalha muitas vezes por suposições e

empirismos, como se fosse possível e bastasse a experiência pessoal a orientar a prática cotidiana nestas áreas (MARSIGLIA, 2007).

Frente a isso, desde 2003, o Ministério da Saúde assumiu a Política de Educação Permanente em Saúde (EPS) como ordenadora da formação do profissional da área da saúde, segundo a qual as instituições superiores de ensino devem voltar às práticas educacionais para o trabalho das equipes de saúde da família, sendo inseridas precocemente no campo. A problematização da análise de territórios concretos e das relações entre equipe e entre a equipe e a comunidade passam a ser as ordenadoras dos processos de formação (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

Outra questão debatida em relação ao modelo APS, é da sua ineficiência quando acontece deslocada de uma rede de atenção de diferentes níveis de densidade tecnológica, visto que a APS em si não resolve todas as demandas. Assim, a organização por redes de atenção é a mais indicada.

Segundo Oliveira et al. (2009), uma rede de atenção constitui-se de um conjunto de unidades de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender as necessidades de saúde de uma população. Os diversos equipamentos e serviços que compõem a rede de saúde, na prática, funcionam como pontos de atenção ou lugares onde o cuidado à saúde é oferecido.

A construção da rede baseia-se na constatação de que os problemas de saúde não se distribuem uniformemente na população, no espaço e no tempo, e envolvem tecnologias de diferentes densidades e custos. O princípio da regionalização do SUS direciona para a construção das redes de atenção à saúde, orientando a definição das unidades de saúde que compõem a rede por níveis de atenção distribuídas geograficamente. No nível mais básico estão as Unidades Primárias (UBS/ESF), inseridas o mais próximo das comunidades, dotadas de tecnologia e profissionais para atender os problemas mais frequentes da população. Em um nível especializado, estão os ambulatórios de especialidades, as unidades de apoio e diagnóstico. No último nível, estão os hospitais e pronto-socorros. Diferentes redes de atenção à saúde podem ser encontradas de acordo com a forma que os serviços estão articulados e são prestados os atendimentos.

Andrade, Barreto e Bezerra (2009), baseados na classificação da Atenção Primária proposta por Vuori, em 1985, propõem os seguintes modelos distintos de organização da atenção primária: APS seletiva, Atenção Primária, Atenção Primária Ampliada, Enfoque de Saúde e Direitos Humanos.

No primeiro caso, a APS seletiva, refere-se a um conjunto limitado de atividades dos serviços de saúde para pobres. Orienta-se a um nível limitado de ações voltadas aos problemas prevalentes como controle de crescimento, uso da TRO, incentivo ao aleitamento materno, imunização, planejamento familiar. A Atenção Primária propriamente dita refere-se à porta de entrada de um sistema de saúde e o nível de atenção continuada da comunidade. Esta é a concepção mais comum em todo mundo. A Atenção Primária Ampliada, definida na Declaração de Alma-Ata (1978), é considerada como o primeiro nível de atenção que inclui a responsabilidade da equipe de saúde por um território, mediante adscrição da clientela, análise da situação das condições de vida e de saúde, planejamento participativo de enfrentamentos intersetoriais. Os princípios dessa atenção referem-se à redução das desigualdades na saúde, cobertura e acesso universais segundo às necessidades locais, empoderamento para o autocuidado e participação individual e comunitária, ação intersetorial pela saúde e racionalização dos recursos disponíveis. Neste sentido, a APS ampliada é uma estratégia para reorganização do sistema de saúde para promoção da saúde.

Por último, o Enfoque de Saúde e de Direitos Humanos, fundamenta-se na concepção da saúde como direito universal e na determinação do processo saúde-doença e prioriza o alcance da equidade na saúde por meio de amplas políticas públicas inclusivas. Nessa concepção a APS é, antes de tudo, uma filosofia que atravessa a saúde e os setores sociais.

No Brasil, o SUS assume o modelo da APS ampliada enquanto eixo estruturante de reorganização do sistema e o Enfoque de Saúde e de Direitos Humanos como filosofia está aprovado na Constituição Federal. A adoção da Estratégia Saúde da Família como ordenadora do sistema de saúde implica em adotar o território como dimensão fundamental para o planejamento de redes de atenção. O território é aqui compreendido como o local concreto da realidade da vida coletiva, onde as relações entre uma dada sociedade e a natureza se expressam e onde as desigualdades sociais aparecem entre os cidadãos (KOGA, 2003).

Santos (1998 apud ROCHA et al., 2009), enriquece essa temática ao afirmar que cada homem vale pelo lugar onde está. O seu valor como produtor, consumidor e cidadão dependem de sua localização no território. O seu valor vai mudando incessantemente, em função das diferenças de acessibilidade (tempo, frequência, preço) independente de sua própria condição. Portanto, compreende-se que o espaço é seletivo e o fator econômico será decisivo no acesso diferenciado aos lugares oferecidos pela cidade. Segundo o Comitê dos

Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2006) a renda é um dos principais determinantes da saúde, porém,

[...] a pobreza não é somente a falta de acesso a bens materiais, mas também a falta de oportunidades e de possibilidades de opção entre diferentes alternativas. Pobreza também é a falta de voz ante as instituições do Estado e da sociedade e uma grande vulnerabilidade diante de imprevistos (CNDSS, 2006. p. 8).

Carvalho e Buss (2008) defendem que, nessa nova perspectiva da pobreza,

[...] as estratégias para combatê-las devem incluir tanto a geração de oportunidades econômicas como medidas que favoreçam a construção de redes de apoio e o aumento das capacidades desses grupos para melhor conhecer os problemas locais e globais, para estreitar suas relações com outros grupos, para fortalecer sua organização e participação em ações coletivas, para constituir-se, enfim em atores sociais e ativos participantes das decisões da vida social (CARVALHO; BUSS, 2008. p. 160).

Nesse contexto, a inserção da equipe de APS no território é estratégica para a construção do diagnóstico de necessidades de recursos para o planejamento local de saúde. Também a proximidade dos trabalhadores de saúde com a comunidade favorece o vínculo, o estímulo para a participação individual e comunitária. A redução das desigualdades no território, o empoderamento da comunidade e a ação intersetorial são os princípios ordenadores da APS que devem coordenar todo o sistema. Enfrentar os determinantes sociais de saúde, ou seja, as causas das causas da saúde, envolve, portanto, ações e políticas interssetoriais tendo em vista a redução das desigualdades na saúde. Esta questão é aprofundada no item 5.4.7 Potencialidades da Rede de Proteção.

Tendo como marco teórico-conceitual a gestação na adolescência, os diferentes tipos de vulnerabilidade e a coordenação da atenção à saúde oriunda da compreensão ampliada de APS, definiram-se os pressupostos da pesquisa apresentados no item 3.4.

3.4 Pressupostos da pesquisa

A abordagem ampliada da gestação na adolescência acena para os impactos dos determinantes sociais da saúde e as demandas crescentes por construção intersetorial de políticas, projetos e programas. Contudo, pressupõe-se de que há incipiente articulação entre as diversas instituições da rede de proteção social à adolescência e a rede de saúde de São Carlos.

A ampliação das relações entre as diversas instituições, programas e projetos

voltados aos adolescentes pode ser oportunizada pela construção intersetorial das políticas públicas e subsidiadas pela discussão das vulnerabilidades individuais e sociais expressas na espacialização dos indicadores sociais e de saúde. O georreferenciamento dos dados se apresenta, pois, como ferramenta de planejamento, monitoramento e avaliação da atuação da rede de proteção.

Percurso Metodológico

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Local da Pesquisa

O município de São Carlos se localiza no centro geográfico do Estado de São Paulo, coordenadas 47°30' e 48°30' longitude oeste 21°30' e 22°30' latitude sul, distante 232 km da capital do Estado de São Paulo, com uma área de 1.141 km.

A população estimada para 2009 foi de 218.080 habitantes, sendo 110.415 mulheres e 107.605 homens (IBGE, 2010). A essa população residente soma-se uma população flutuante de 20.000 habitantes (SÃO CARLOS, 2010a). A taxa de urbanização era 96,39% e a densidade demográfica de 201,95 hab/km².

Segundo a Fundação SEADE, a taxa de crescimento anual da população vem decrescendo nos últimos anos, passando de 2,57% a.a. no período 1980/1991 para 2,26% a.a. no período 1991/2000 e 1,81% a.a. no período de 2000/2009. A taxa de fecundidade geral por mil mulheres entre 15 e 49 anos reduziu de 52,66 em 2000 para 44,88 em 2008 (SEADE, 2009).

No que se refere às condições de vida da população, em 2000, a taxa de analfabetismo na população com 15 anos ou mais era de 5,64%, a média de estudos entre a população de 15 a 64 anos foi de 8,29 anos e 99,06% dos domicílios possuíam saneamento e infra-estrutura interna urbana adequada. O rendimento médio no total de vínculos empregatícios cresceu de R\$735, 33, em 2000, para R\$1.364,63 em 2008. Com relação à ocupação profissional, em 2008 o setor industrial contrata 34,08%, o setor de serviços 39,49%, o de comércio 18,6%, o setor agropecuário 4,41% e o da construção civil 3,41% (SEADE, 2009).

A Universidade de São Paulo (USP), com dois "campus" na cidade, e a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) oferecem ensino gratuito e de qualidade e já incorporaram à história de São Carlos suas contribuições à ciência e à capacitação profissional de milhares de alunos. Diante da concentração de universidades e centros de pesquisas, São Carlos apresenta elevado número de cientistas e pesquisadores: um pesquisador doutor para cada 180 habitantes enquanto os dados brasileiros são de um doutor para cada 5.423 habitantes.

Já a atividade industrial é marcada pela presença de grandes indústrias: Volkswagen®

(motores), Tecumseh[®] (compressores), Faber Castell[®] (lápiz), Electrolux[®] (geladeiras e fogões), além de empresas têxteis, de embalagens, de máquinas, tintas, lavadoras, equipamentos ópticos e uma grande quantidade de indústrias médias e pequenas dos mais diversos setores de produção.

O comércio atende às necessidades da cidade e da região e no setor agropecuário destacam-se a produção de leite, cana, laranja, frango, carne bovina e milho. São Carlos também é servido por excelentes estradas que permitem o deslocamento com segurança e rapidez a São Paulo (cerca de 240 km) e às principais cidades do Estado.

São Carlos assumiu a Gestão Plena Municipal da Saúde em 1999 e assinou o Pacto pela Saúde em 2008. Pertence à Regional de Saúde de Araraquara (DRS-III), constituindo-se na sede de uma microrregião. Desde 2001, o território está distritalizado em cinco Administrações Regionais de Saúde (ARES): ARES 1 – Cidade Aracy; ARES 2 – Vila Isabel; ARES 3 – Redenção; ARES 4 – São José; ARES 5 – Santa Felícia. Cada uma das ARES possui serviços de baixa e média densidade e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Todas as ARES referenciam para um Centro de Especialidades Médicas (CEME), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um hospital geral filantrópico conveniado com o SUS e o Hospital-Escola da Universidade Federal de São Carlos.

A atenção primária à saúde (APS) ainda é mista, coexistindo três modalidades: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Equipes Saúde da Família (ESF). Em 2008, havia quinze UBS, um PACS e quinze ESF cuja cobertura era de 23,72% da população.

A organização da atenção à saúde é direcionada por grupos técnicos ligados diretamente à gestão. Até o momento não existe o grupo técnico de atenção ao adolescente e o cuidado à gestação na adolescência é orientado pelo Grupo Técnico de Atenção à Saúde da Mulher e pelo Comitê Municipal de Prevenção do Óbito Infantil e Materno. Na atenção terciária, São Carlos é referência regional de alta densidade para a gestante e o neonato de alto risco.

No período analisado, 2006 a 2008, considerando a organização da prefeitura municipal (SÃO CARLOS, 2010b), localizaram-se as seguintes secretarias: Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Secretaria de Esportes e Lazer, Secretaria da Cidadania e Assistência Social, Secretaria de Trabalho e Renda e pela Secretaria Especial de Infância e Juventude, que alberga o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA).

4.2 Tipo de Estudo

A pesquisa trata-se de um estudo de caso descritivo, exploratório e de cunho quantitativo. Optamos associar duas técnicas de análise quantitativa, ou seja, a epidemiologia descritiva e a análise espacial e para melhorar a compreensão dos dados quantitativos, utilizamos documentos, programas, protocolos e políticas para melhor contextualização dos dados quantitativo e epidemiológicos encontrados.

De acordo com Yin (2001), três razões principais justificam a escolha do Estudo de Caso como a estratégia mais apropriada para esta pesquisa: a possibilidade de estudar determinado assunto em seu ambiente natural, de aprender sobre o estado da arte e de gerar teorias a partir da prática; a possibilidade de compreender a natureza e a complexidade do processo com questionamentos do tipo “como?” e “por quê?”; a possibilidade de pesquisar uma área na qual poucos estudos prévios tenham sido realizados. Esse tipo de estudo

[...] surge na pesquisa médica e psicológica, com uma forma de análise aprofundada de um caso individual de certa patologia [...] Nas Ciências Sociais caracteriza-se como uma metodologia de estudo que se volta à coleta de informações sobre um ou vários casos particularizados. É também considerado como uma metodologia qualitativa de estudo, pois não está direcionada a se obter generalizações do estudo e nem há preocupações fundamentais com tratamento estatístico e de quantificações dos dados em termos de representação e/ou de índices [...] Pode-se finalizar o estudo de caso tipificando um indivíduo, uma comunidade, uma organização, uma empresa, um bairro comercial, uma cultura etc (BARROS; LEHFELD, 2004, p.127).

Para Trivinõs (2009), o estudo de caso é uma pesquisa com objeto específico em análise e consiste na observação do fenômeno em sua evolução e suas relações estruturais fundamentais.

Minayo (2010) aponta para a importância da “triangulação de métodos” que consiste na combinação e cruzamentos de múltiplos pontos de vista, de informantes e técnicas de coleta de dados. Na triangulação, ao método quantitativo cabe conduzir a pesquisa “em níveis de realidade, onde os dados se apresentam aos sentidos”. Ao qualitativo cabe “aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente” (MINAYO, 2010, p. 46).

Em relação às fontes secundárias de tratamento estatísticos no Brasil, o setor Saúde é detentor de extensos bancos de dados que abrangem dados vitais, de morbidade, gerenciais e contábeis. Esses dados vêm sendo armazenados em diversos sistemas de informações: Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos

Vivos (SINASC), Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH), Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SIA), entre outros.

Neste estudo os dados referentes aos indicadores de saúde foram extraídos dos seguintes sistemas: Sistemas de Informação em Saúde, Assistência Social e Educação: Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informação sobre o Cadastro Único da Bolsa Família.

Por meio de pesquisa em fontes documentais primárias levantaram-se os protocolos, linhas-guia, projetos, atas e demais documentos referentes à constituição da rede de proteção adolescência no município de São Carlos e, especialmente, na ARES Aracy. Ocorreu a coleta de dados junto às diversas Secretarias municipais: Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação, Secretaria de Esportes e Lazer, Secretaria da Cidadania e Assistência Social, Secretaria de Trabalho e Renda e pela Secretaria Especial de Infância e Juventude, que alberga o Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA).

Na ARES Aracy, os dados foram obtidos junto às unidades de saúde (PSF Aracy I e II, PSF Antenor de Melo, PSF Presidente Collor, Unidade Básica de Saúde Aracy Pereira Lopes), as escolas municipais e o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Diante do exposto, a análise documental realizada possibilitou a captação e validação das informações sobre os programas, projetos e ações desenvolvidos pelas diversas instituições estatais da rede de proteção ao adolescente e da APS na ARES Aracy no que tange à atenção integral ao adolescente e, em específico, à saúde sexual e reprodutiva.

Para tanto, observou-se atentamente as seguintes informações: Ação/Projeto, origem, finalidade, público-alvo, cobertura, vigência, mecanismos de participação popular, financiamento, recursos humanos, infra-estrutura, recursos materiais, fluxo/vínculo com o serviço de atenção primária da ARES Aracy, adesão do público alvo.

Por fim, os recursos da rede de proteção à adolescência foram relacionados à vulnerabilidade social visando analisar o potencial de enfrentamento das ações, programas e propostas desenvolvidas pelo Estado.

4.2.1 Coleta de dados secundários

De todos os relatórios dos sistemas de informação foram suprimidos os nomes das pessoas, mantendo todos os demais dados. As categorias, nome, descrição e fonte dos indicadores analisados neste estudo estão detalhadas no Anexo I.

A coleta de dados ocorreu no site do Departamento de Informática do SUS – DATASUS (www.datasus.gov.br), no Departamento Municipal de Vigilância à Saúde, no setor de Informações para a Saúde da Secretaria de Saúde do Município e no Setor de Informação do Cadastro Único de Assistência Social da Secretaria de Cidadania e Assistência Social. A referência dos dados do site do DATASUS será sempre indicada pelo ano da consulta.

Para a classificação das causas de óbito empregou-se a Décima Classificação Internacional das Doenças (CID 10) e a classificação das causas evitáveis e não evitáveis seguiu a Lista Brasileira de Mortes Evitáveis do Ministério da Saúde.

A seleção dos indicadores considerou a importância para os objetivos da pesquisa e a disponibilidade de dados com cobertura e validades adequadas. Assim, selecionaram-se os seguintes indicadores:

- Indicadores relacionados ao nascimento: nascidos vivos/ano residentes em São Carlos, idade da mãe, peso ao nascer, duração da gestação;
- Indicadores relacionados à mortalidade infantil: óbito em menores de um ano de idade residentes em São Carlos, causa base do óbito, idade da mãe.

Os critérios de exclusão foram:

- Dados de nascimento e morte cujos endereços de residência eram inexistentes ou estavam incompletos;
- Nascimentos e óbitos infantis cujas mães residem na zona rural.

No tratamento estatístico e de espacialização geográfica das informações foram considerados 7.679 dados, ou seja, a totalidade das ocorrências de nascimentos e óbitos na área urbana de São Carlos. As análises relacionadas aos aspectos sócio-econômicos e de assistência às gestantes (estado civil, idade, ocupação, consultas pré-natal, escolaridade) foram referenciadas ao número total de casos.

Na primeira fase, na análise descritiva da série histórica de 1998 a 2008 tratou-se dos indicadores de nascidos vivos e óbitos infantis e, em seguida, explorou-se o perfil da gestante

adolescente pela frequência média dos indicadores nos anos de 2006-2008. Para tanto, empregou-se o sistema TABWIN e a produção de tabelas e gráficos.

A análise da série histórica dos indicadores permitiu identificar o contexto social das mortes infantis e dos nascimentos, indicou os referenciais de risco e vulnerabilidade social utilizados posteriormente para a análise espacial, quais sejam: óbitos infantis, prematuridade, baixo peso ao nascer, parto cesáreo, número de consultas no pré-natal inferior a sete, mãe sem companheiro, multiparidade, ocupação da mãe com nível de competência de ensino fundamental, mãe desocupada, grau de escolaridade inferior a oito anos.

A base de dados inicial, contendo informações sobre as ocorrências de nascidos vivos e óbitos na cidade de São Carlos, período de 2006 a 2008 foi elaborada em Dbase IV. Após organização e tratamento dos dados, filtragem e respectiva exclusão dos dados contendo informações incompletas, a tabela totalizou 7.063 casos, sendo esse o valor considerado em todas as análises. As características sobre os nascimentos e óbitos foram detalhadas em duas tabelas: uma contendo os dados do SINASC e outra do SIM. Dentre os dados das tabelas constavam: residência, bairro, idade, estado civil, escolaridade, ocupação, paridade, duração da gestação, tipo de parto, consultas pré-natal, peso ao nascer, ano de nascimento, ano do óbito, causa base do óbito.

Nas tabelas utilizaram-se os mesmos códigos dos sistemas de Informação de origem, exceto nos indicadores: estado civil, ocupação, paridade e causa do óbito, recodificados conforme pode ser observado no Quadro 1.

| | Código SINASC/SIM/CBO | RECODIFICAÇÃO |
|--------------|--|--|
| Estado Civil | 1. Solteira 3. Viúva 4. Separada | 1. Vive sem o companheiro |
| | 2. Casada 5. Relacionamento Estável 9. Ignorado. | 2. Vive com companheiro |
| Paridade | Campo “filhos vivos” Campo “filhos mortos” | 1. Primípara 2. Multípara |
| Ocupação | Código dos grandes e pequenos grupos da CBO | Classificação da Ocupação por nível de competência (CBO) 0. Desocupado 1. Nível Superior 2. Nível Técnico 3. Nível Fundamental 4. Sem exigência 91 – Estudante 92 – Doméstica 9 – Ignorado |

Quadro 1 - Códigos do SINASC e SIM modificados

Fonte: Elaborado a partir do SINASC, SIM e CBO, 2009.

Em relação ao estado civil, o SINASC e o SIM a codificam por seis códigos: solteira, casada, viúva, separada, relacionamento estável, ignorado. De acordo com os objetivos desse estudo, interessou identificar se a mãe possuía ou não companheiro no momento do parto. Assim, esses códigos foram condensados em: código 1 – mãe sem companheiro (antigos códigos 1 – solteira, 3- viúva, 4 – separada); código 2 - mãe com companheiro (antigos códigos 2-casada, 5 relacionamento estável); mantivemos o código 9 – ignorado.

Na paridade, interessou distinguir as primíparas das múltiparas. Assim, condensamos os campos “filhos mortos” e “filhos vivo” para o campo paridade, distinguindo dois códigos: código 1 – primípara, código 2 – múltipara.

Para o tema ocupação foi necessário um refinamento mais acurado. O SINASC e SIM utilizam o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) na sua descrição mais ampla. A primeira análise continha 245 ocupações, das quais se destacavam: doméstica, entre as mulheres acima de 20 anos e estudantes e desocupadas, nas abaixo de 20. As demais não produziam densidade para análise. A primeira opção de reduzir os códigos foi a dos grandes grupos da CBO (0 - membro das forças armadas, policiais e bombeiros militares, 1 - membros superiores do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas, gerentes, 2 - profissionais das ciências e das artes, 3 - técnicos de nível médio, 4 - trabalhadores de serviços administrativos, 5 - trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados, 6- trabalhadores agropecuários, florestais e da pesca, 7 - trabalhadores da produção de bens e serviços industriais, 8 - trabalhadores da produção de bens e serviços industriais, 9 - trabalhadores em serviços de reparação e manutenção, 91 – estudantes, 92 – domésticas).

Na classificação dos grandes grupos, houve uma concentração das mães nos códigos 4 e 5, porém estes dados ainda não produziam sentido para a investigação. Por fim, optou-se em utilizar outra categorização do próprio CBO que consiste no nível de competência exigido no grupo de profissões, a saber: código 0 – sem ocupação (não estuda e não trabalha), código 1 - nível de competência 4 (superior), código 2 - nível de competência 3 (técnico), código 3 - nível de competência 2 (fundamental), código 9 – sem exigência, código 91 – estudante; código 92 – doméstica.

Na causa do óbito, foi recodificada a causa base disponível no SIM, que utiliza a 10ª Revisão do Código Internacional das Doenças (CID 10), em três novas categorias, segundo a segundo a Lista Brasileira de Mortes Evitáveis, do Ministério da Saúde: 1 – não evitáveis, 2 – evitáveis, 9 – Mal definidas.

Após a recodificação desses campos, antes da finalização da edição das tabelas de dados, acrescentou-se um campo nomeado como ID, utilizado como chave para a integração com a base de dados do SIG.

4.2.2 Análise dos dados secundários e geoprocessamento

Na segunda fase da pesquisa ocorreu o geoprocessamento dos dados para a análise espacial dos riscos e da vulnerabilidade da gestação na adolescência. O geoprocessamento tem sido definido como um conjunto de tecnologias voltadas à coleta e tratamento de informações espaciais executadas por sistemas específicos para cada aplicação. Nas últimas décadas, esses sistemas têm sido empregados para avaliação ambiental, planejamento urbano, meteorologia e, também, na saúde.

Na área da Saúde, os sistemas de informações geográficas (SIGs) permitem integrar em única base de dados informações provenientes de diversas fontes: scanner, mídias digitais, imagens de satélite, tabelas, dentre outras. A capacidade de integrar diversas operações auxilia o processo de entendimento da ocorrência de eventos, predição, tendência, simulação de situações, planejamento e definição de estratégias no campo da Vigilância em Saúde.

Barcellos et al. (2008) salientam que uma peculiaridade do geoprocessamento na Saúde é que os dados não são obtidos por meios remotos. Dados sobre as condições de saúde das pessoas devem ser adquiridos mediante inquéritos e censos demográficos ou pelos sistemas de vigilância, pois são dados de atributos da pessoa. Grande esforço tecnológico e metodológico tem se desenvolvido para captá-los e tratá-los como característica de territórios. Essa transformação resulta em uma abstração e simplificação de processos sociais e ambientais presentes na determinação de doenças.

Para Paim (2008), a distribuição dos eventos de saúde segundo a inserção espacial dos grupos humanos no território-processo tende a ser uma alternativa teórico-metodológica para a análise das necessidades e das desigualdades sociais de Saúde.

Para que os dados gerados pelos sistemas de informações em saúde fossem mapeados, os eventos de saúde foram relacionados a um conjunto de objetos geográficos ou unidades espaciais previamente construídas, como bairros, setores censitários, lotes ou trechos de logradouros.

Assim, o primeiro passo para a análise espacial dos indicadores de vulnerabilidade da

gestação em São Carlos consistiu no reconhecimento da cartografia urbana existente. A base cartográfica da Secretaria de Saúde é produzida pela Secretaria de Habitação e Desenvolvimento Urbano (SHDU), continha os bairros, as áreas de abrangência das ARES e dos equipamentos de saúde e localizava os equipamentos sociais em todos as ARES, mas não continha os polígonos das áreas (ARES e bairros). Essa base foi elaborada no programa Autocad[®], com referência de coordenadas planas e encontra-se na extensão “dwg”.

A segunda base cartográfica, fornecida pela própria Secretaria de Habitação e Desenvolvimento Urbano (SHDU), dispunha os setores censitários e bairros, mas, também, não apresentava os polígonos dos limites dos territórios. Como um complicador, alguns bairros no mapa não possuíam limites gráficos, como o Centro, o Bairro Santo Antônio e a Vila Nery, pois a listagem de ruas por bairros do Serviço de Água e Esgoto Municipal (SAAE) não indicava o limite dos mesmos (números inicial e final). Assim, a base cartográfica da pesquisa traçou os polígonos por bairros, ARES e áreas de abrangência das unidades de saúde. Tal etapa foi realizada no Observatório de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Visando um melhor gerenciamento e organização dos dados, no Arcview 9.3[®] foi criado um arquivo de geodatabase contendo feature dataset e respectivos *features class*. Os planos de informação (features class), bem como o projeto no ArcMap, foram configurados para sistema projetado UTM, datum WGS84.

No SIG Arcview 9.3 foi inserida a base cartográfica contendo a malha urbana de São Carlos, escala 1:20.000, fornecida pela Prefeitura Municipal. A base original foi retificada e corrigida geometricamente tendo-se por referência pontos de controle levantados em imagem de satélite ASTER, resolução espacial de 15 m. Para o geo-referenciamento adotou-se projeção UTM e datum WGS84.

Configurado o SIG, elaborados o banco de dados e a base cartográfica, passou-se a georeferenciar os dados da tabela do SINASC e SIM.

Num primeiro momento, optou-se em georeferenciar os eventos a partir do bairro de residência da mãe. Contudo, após a conferência por amostragem da fidedignidade da classificação dos endereços por bairros, entendeu-se que esse caminho não seria possível, visto que havia equívocos: a codificação dos endereços por bairro dos eventos de nascimento e morte em São Carlos não está padronizada. Observou-se em vários endereços que a classificação de bairros que não constavam no mapa como, por exemplo, os bairros fictícios Lagoa Serena, Vila Pureza, Tijuco Preto e outros, que são assim denominados pela população,

mas que não são oficiais. Sendo assim, os eventos foram geo-referenciados por endereço (rua e quadra), o que permitiu uma variedade de agregações: bairro; região administrativa; áreas programáticas; entre outras possibilidades, facilmente construídas a partir dos recursos de análise espacial oferecidos pelo SIG.

Com esses procedimentos, foi possível geo-referenciar 7.063 (87,58%) pontos, dos 8.065 eventos de nascimentos e mortes infantis residentes na área urbana de São Carlos, entre os anos de 2006 a 2008.

Na tabela de dados dos pontos, criada no SIG, foi lançado um campo identificador (ID), o qual foi preenchido com o mesmo número constante no campo ID da tabela do banco de dados Dbase IV. Após lançados os 7.063 casos, na forma gráfica de pontos, realizou-se a operação de união das tabelas do SIG com a tabela externa no formato Dbase IV. Utilizando-se a base geo-referenciada vetorizaram-se os planos de informação referentes aos bairros, às áreas de cobertura das AREs, dos PSFs.

A espacialização dos casos de nascidos vivos e óbitos infantis por região (ARES e bairro) ocorreu com o uso da técnica de interseção entre os pontos de nascidos vivos e óbitos com os polígonos representantes dos ARES e dos bairros. Concluída a interseção dos planos de informação e levantada a relação caso/região, procedeu-se ao tratamento estatístico de classificação dos dados. O tratamento por ARES e Bairros resultou em tabelas de frequência e mapas referentes aos temas: nascidos vivos, gravidez na adolescência, baixo peso ao nascer, prematuridade, mortes infantis evitáveis, escolaridade, ocupação, estado civil, paridade, consultas no pré-natal, cobertura do PSF. Para a análise espacial, a unidade referência foi a do bairro, considerando que é a lógica para definição das áreas de abrangência das unidades básicas de saúde do município.

A análise espacial dos planos de informação oportunizou o cruzamento dos dados dos bairros com os piores indicadores relacionados às informações trabalhadas, gerando assim, um mapa de vulnerabilidade social da gestação na adolescência em São Carlos.

Na análise dos mapas temáticos dos riscos e contexto social das mães identificaram-se as seguintes vulnerabilidades sociais da gestante adolescente: classe social, acesso ao ensino médio e técnico, inserção precária no mercado de trabalho, relações de gênero, acesso ao pré-natal.

4.3 Aspectos Éticos da Pesquisa

A pesquisa foi analisada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (Anexo I) e primou pelo cumprimento de todas as exigências vigentes sobre pesquisas envolvendo seres humanos, atentando-se para os cuidados metodológicos relativos aos princípios éticos, incluindo-se a relevância social, a viabilidade, a preservação da confidencialidade dos dados e a beneficência e maleficência do processo de investigação (Resolução 196/1996).

O CEP aprovou a não obtenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), considerando tratar-se de pesquisa de análise documental, retrospectiva, com uso de dados de bancos de domínio público (Sistemas de Informação em Saúde e programas e protocolos das instituições sociais).

O acesso às fontes de informação (bancos de dados, documentos, protocolos e linhas-guias) foi autorizado previamente pelos responsáveis da instituição/Secretaria/Departamento.

Resultados e Discussão

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Dinâmica reprodutiva em São Carlos (1998-2008)

Visando caracterizar o fenômeno da gravidez na adolescência no município de São Carlos procedeu-se ao levantamento de dados sobre a dinâmica reprodutiva em uma década (1998-2008). Os dados expostos no Gráfico 1 caracterizam a evolução temporal das taxas de natalidade, mortalidade geral e crescimento populacional anual e permitem observar uma tendência decrescente nas taxas.

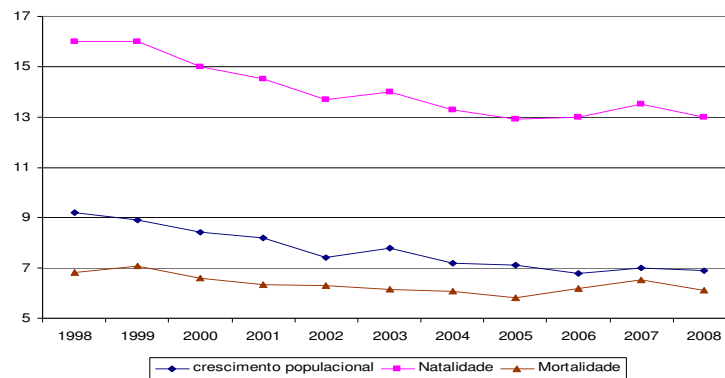


Gráfico 1 - Taxa de natalidade, mortalidade geral e crescimento populacional, São Carlos 1998-2008.

Fonte: Datasus, 2010

Em 2008, a taxa de natalidade foi 13,7 por mil, variação de 3,14 por mil no período, bem menor que a taxa estadual e a nacional: 14,67 e 16,30 por mil, respectivamente. A taxa de mortalidade reduziu 0,7 por mil e a de crescimento anual, diferença entre a natalidade e a mortalidade geral, representou 9,2 a cada mil, ou seja, a cada ano a população cresceu cerca de 0,9%. Este crescimento reduziu-se ano a ano e, em 2008, observa-se uma taxa de 0,7 por mil, taxa inferior às médias nacional e estadual, sendo 10 por mil e 9 por mil respectivamente.

Desde a metade do século XX, a diminuição da natalidade vem sendo observada no Brasil, em decorrência de um intenso processo de industrialização e urbanização do país associado ao movimento de inserção da mulher no mercado de trabalho, da ampliação do acesso à educação e aos métodos anticoncepcionais (BARATA, 2008).

Segundo Costa, et al.,

[desde os anos sessenta], as mulheres brasileiras vinham processando a ruptura com o clássico e exclusivo papel social que lhes era atribuído pela maternidade, introduzindo-se no mercado de trabalho e ampliando suas aspirações de cidadania]. Controlar a fecundidade e praticar a anticoncepção passou a ser aspirações das mulheres, assim como a vivência plena da sexualidade, desvinculando a maternidade do desejo e da vida sexual (COSTA et al., 2006, p. 76)

Essa conjuntura implicou na necessidade de políticas voltadas à mulher. Desde 1984, com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) ampliou-se a abordagem da saúde da mulher e dos direitos sexuais e reprodutivos, o que implicou na construção de diversos programas para atenção à saúde com impactos positivos no acompanhamento pré-natal e no acesso aos métodos anticoncepcionais, educação sexual nas escolas, entre outros. Importante ressaltar, também, que o PAISM acena para a superação da abordagem da mulher centrada somente na saúde reprodutiva.

Em consequência da redução da natalidade e fecundidade, verifica-se um processo de envelhecimento da população e redução da população jovem, processo definido como transição demográfica. Esse processo pode ser observado em São Carlos com a análise da evolução temporal de nascidos vivos segundo faixa etária materna (Gráfico 2).

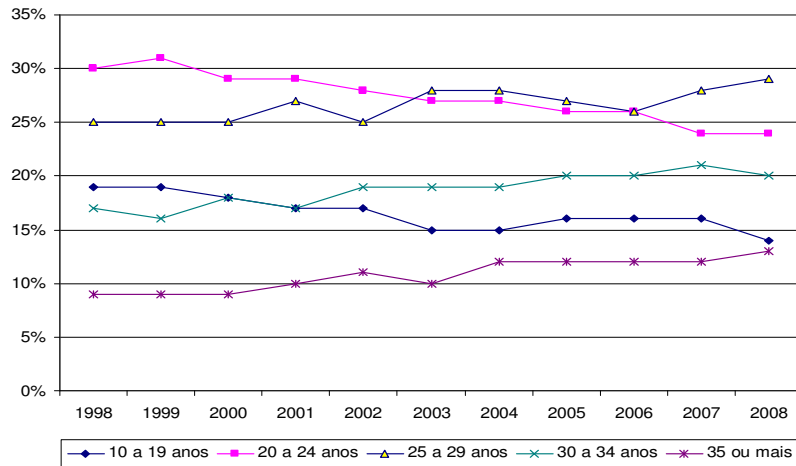


Gráfico 2 - Proporção de nascidos vivos segundo a faixa etária da mãe, São Carlos 1998 - 2008.

Fonte: Datasus, 2010.

Em 1998, os filhos de mães de 10 a 19 anos representaram 575 (19%) do total dos nascimentos caindo para 383 (14%) em 2008, o que permite afirmar que houve uma redução do número de nascidos vivos em mulheres dessa faixa etária no período. Há que se considerar que 2% na redução de nascidos vivos na população adolescente ocorreram no último ano. Essas mudanças no perfil de natalidade e de fecundidade são perceptíveis nas pirâmides demográficas apresentadas nos gráficos 3 e 4.

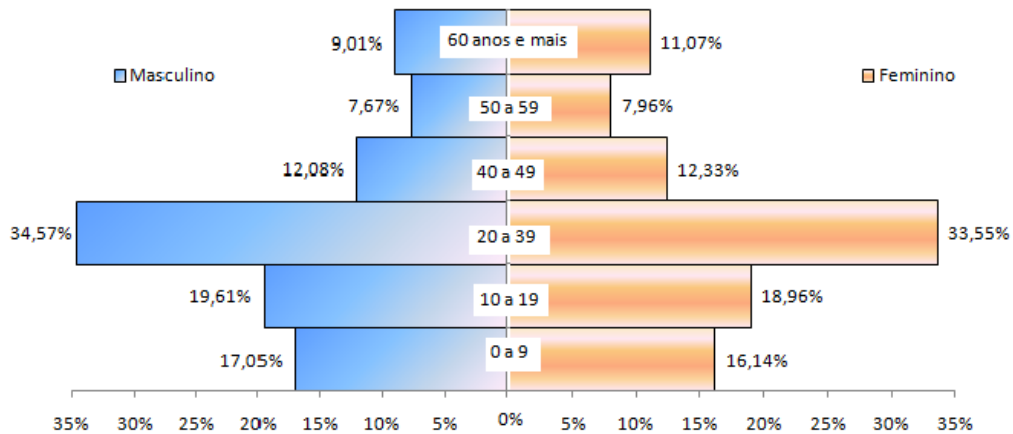


Gráfico 3 - Pirâmide Demográfica, São Carlos, 1998.
Fonte: Datasus, 2010

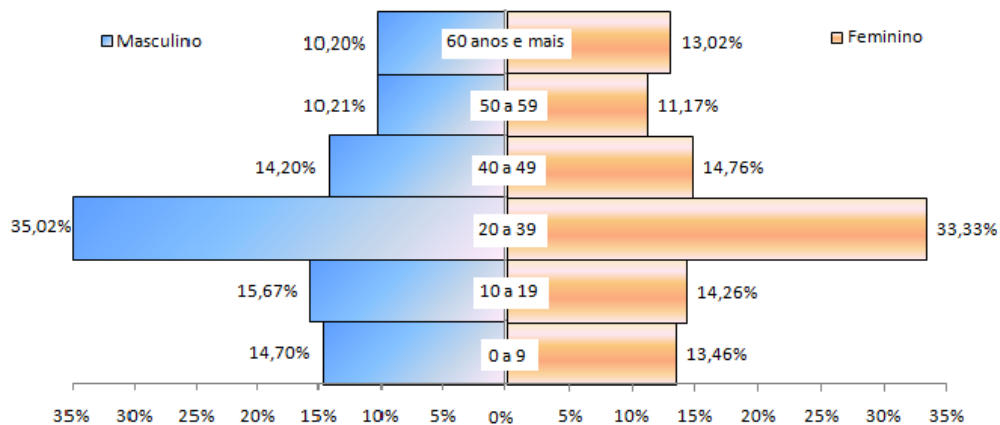


Gráfico 4 - Pirâmide Demográfica, São Carlos, 2008.
Fonte: Datasus, 2010

Os gráficos das pirâmides demográficas de São Carlos referentes aos anos de 1998-2008, foram construídas com base de dados nos disponíveis no Datasus (2010). A comparação dos mesmos indica um estreitamento da base, com diminuição na população de 19 anos ou menos, de 6,3% na população masculina e de 7,38% na população feminina no período. No topo da pirâmide houve um alargamento na população com 60 anos ou mais, de 2% na população feminina e 1,2% na população masculina, indicando um processo de envelhecimento populacional. A população entre 29 e 39 anos é o grupo mais representativo e cresceu 0,5% no período. Comparando a base com o topo, percebe-se que se tornaram mais simétricos do que no ano de 1998. O estreitamento da base está relacionado à redução das taxas e natalidade, mortalidade e crescimento anual. O alargamento do topo representa o aumento da esperança média de vida. Concluiu-se que a pirâmide populacional de 2008 é

adulta, com tendência para envelhecimento. Tais dados serão retomados posteriormente para fins de discussão das disparidades intraurbanas uma vez que, como será demonstrado, a ARES com indicadores de maior vulnerabilidade apresenta uma pirâmide demográfica bastante diversa da municipal.

Outro dado observado na avaliação do perfil das gestantes do município de São Carlos foi a paridade segundo a faixa etária conforme apresentado no gráfico 5:

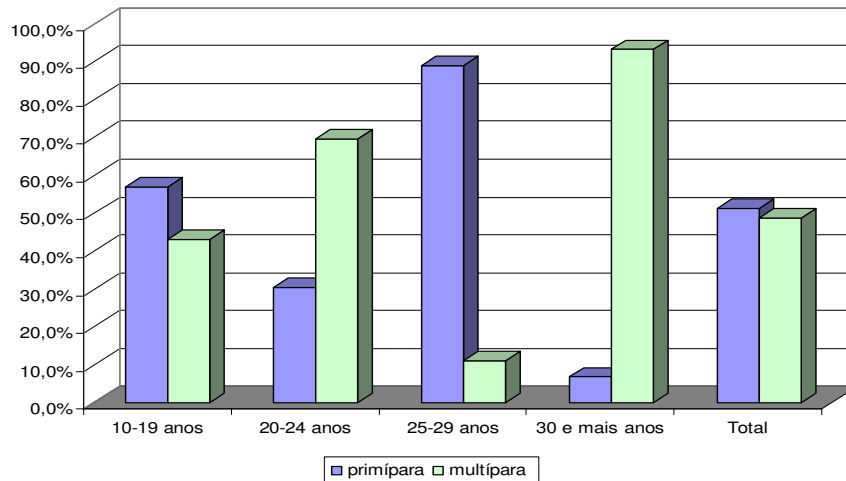


Gráfico 5 - Paridade proporcional por faixa etária, São Carlos 2006-2008.
Fonte: Sinasc/SMSSC, 2009

Verifica-se que, do total de mães, 51,3% eram primíparas. Este percentual aumenta para 57,0% entre as adolescentes e diminui para 30,3% entre a população de mães de 20 a 24 anos e para 89% entre as mães com 25 a 29 anos e 7,0% entre as mães acima dos 30 anos.

As maternidades sucessivas na adolescência constituem uma situação complexa que requer da adolescente a administração de três dimensões que inspiram ponderações: o processo de adolescência, a maternidade e a criação de vários filhos com o agravante de ocorrerem em contexto de considerável desigualdade sócio-econômica (ROSA, 2007).

De outro modo, o adiamento da maternidade no município pode estar ocorrendo pela melhoria das condições de vida que começou a exercer pressão contrária à juvenização da maternidade, o que empurrou os nascimentos para faixas etárias mais tardias.

Pirotta e Schor (2004) investigaram as intenções reprodutivas e práticas de regulação de fecundidade entre grupos de adolescentes de jovens universitários em São Paulo (SP) por meio de estudo quanti-qualitativo. Encontraram que o padrão de família idealizado pelo grupo era pequeno, com até dois filhos. A idade considerada ideal no nascimento do primeiro filho seria próximo aos 30 anos. Os estudantes referiram uma alta proporção de uso de contraceptivos – sobretudo do condom e da pílula. Observou-se uma alta proporção de gestações finalizadas pelo aborto. Como consequência, a fecundidade foi bastante baixa no

grupo. Os autores concluem que o grupo adia a maternidade/paternidade em função de um projeto de vida orientado para a conclusão de um curso superior e a inserção no mercado de trabalho.

Brandão e Heilborn (2006) também encontraram relação entre a ausência de projeto de vida/realização profissional e a maternidade entre adolescentes, quando estudaram os significados da maternidade para adolescentes de diferentes classes sociais em três capitais brasileiras.

A proporção de anos de estudo pela paridade da mãe está apresentada no Gráfico 6.

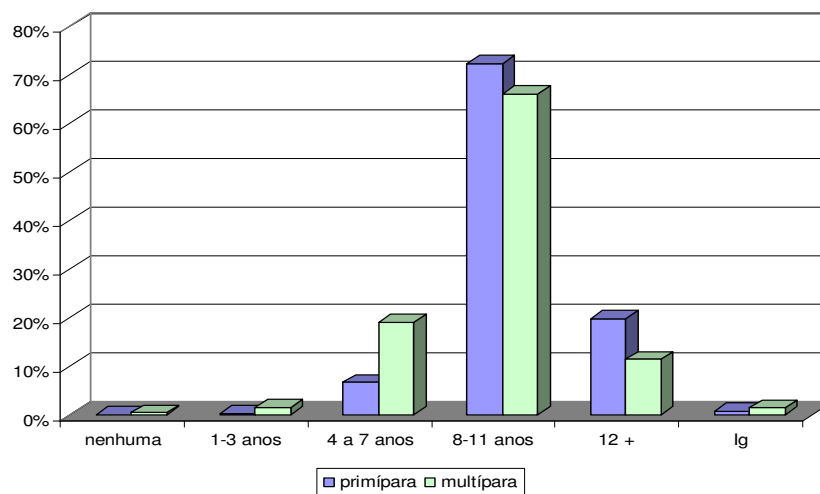


Gráfico 6 - Percentual de anos de estudos e paridade, São Carlos 2006-2008.
Fonte: Sinasc/SMSSC, 2009

Verifica-se que do total de 3.926 mães primíparas, 2 (0,05%) não estudaram, 12 (0,30%) estudaram de um a três anos, 259 (6,5%) estudaram de quatro a sete anos, 2.846 (72,5%) estudaram de oito a onze anos e 778 (19,8%) estudaram doze anos ou mais. Dentre as 4.419 múltíparas, 17 (0,4%) nunca estudaram, 67 (1,5%) estudaram de um a três anos, 844 estudaram de quatro a sete anos, 2.927 (66,23%) estudaram de oito a onze anos e 503 (11,4%) estudaram doze anos ou mais. Maior percentual de primíparas estudaram oito ou mais de anos. As múltíparas apresentaram menos anos de estudos quando comparadas às primíparas. .

Em São Carlos, assim como no cenário nacional, ocorreu uma sensível melhora no grau de instrução das mães, com aumento de 52,3% das mães com 8 a 11 anos de estudo e de 6,4% com mais de 12 anos de estudo. Em 1998, 21% das mães haviam estudado entre 8 a 11 anos; em 2008 este percentual atinge 87%, alcançando um aumento de mais de 50%. Também cresce o número de mães que estudaram 12 anos e mais, aumentando 6,4% no período (Gráfico 7).

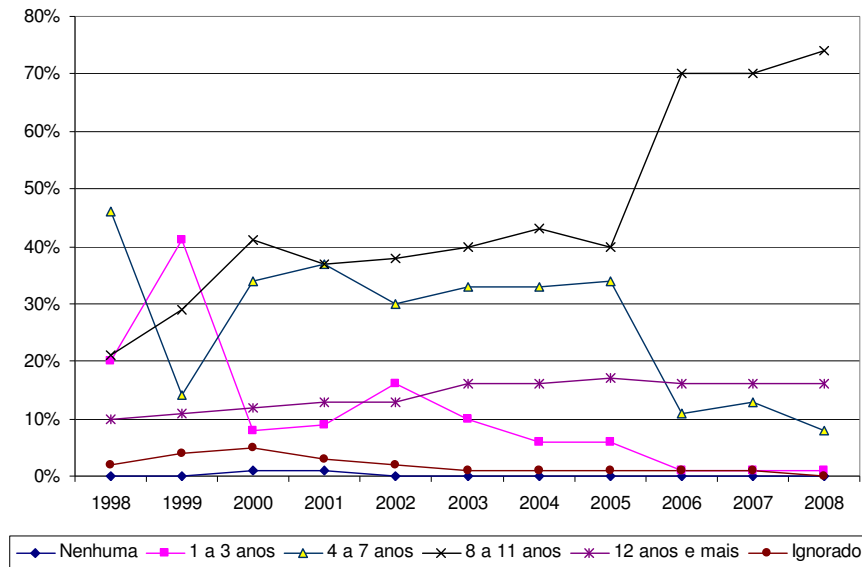


Gráfico 7 - Evolução da proporção de anos de estudo segundo idade materna, São Carlos 1998-2008.

Fonte: Datasus, 2010.

Em 2008, das 2.087 mães adolescentes que se dedicaram entre 8 a 11 anos de estudo, apenas 11,6% estavam matriculadas na escola no momento do parto. Considerando que a média de idade entre as mães adolescentes é de 16,5 anos e o ingresso habitual aos sete anos de idade, estas deveriam alcançar 12 anos de estudo nessa faixa etária, indicando uma interrupção da trajetória escolar, que pode ou não ter sido determinado pela gestação na adolescência.³ Os anos de estudo pela faixa etária da mãe são determinados pela escolaridade dos avôs e pela renda familiar mais do que por qualquer outro indicador, inclusive a própria idade da maternidade indicando, assim, influências intergeracionais (OLIVEIRA, 2008; IBGE, 2010b).

Brandão e Heilborn (2006) pesquisaram o impacto da gestação na adolescência nas trajetórias escolar e profissional dos jovens e adolescentes em três capitais brasileiras e afirmam que a gestação na adolescência interfere apenas na trajetória escolar das jovens de classe média, pois na adolescente das classes menos favorecidas economicamente a instabilidade na trajetória escolar antecede à gestação.

Oliveira (2008) pesquisou o significado da educação e o trabalho para adolescentes de classes populares e seus familiares na cidade de São Paulo. Encontrou que o gênero ainda é um forte fator na educação dos adolescentes. Nas classes populares ainda cabe às mulheres o aprendizado e desempenho das atividades domésticas, como cuidado da casa e a educação

³ Na discussão da vulnerabilidade social da ARES Aracy é retomada a importância da educação.

dos filhos e aos homens, o sustento da casa. Assim, ainda que os jovens de ambos os sexos comecem a trabalhar na adolescência, o significado não é o mesmo. Um desses papéis para as mulheres refere-se à maternidade. As jovens desde cedo “aprendem a serem mães”, cuidando dos irmãos menores. A autora defende que a gravidez, ainda que não planejada, parece surgir, nos meios populares, como uma espécie de ancoragem social, tendo o potencial de elevar as jovens à posição de mulheres, conferindo-lhes o status de adulta. Cabe, pois investigar em cada caso quando confere *status* e quando reforça vulnerabilidades.

A ocupação da mãe também segundo a paridade da mãe está demonstrada no Gráfico 8.

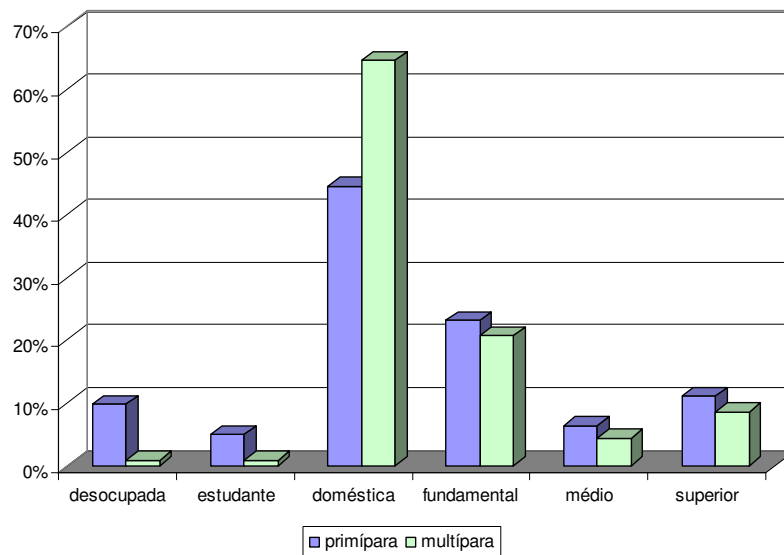


Gráfico 8 - Distribuição da ocupação segundo a paridade da mãe, São Carlos 2006-2008.

Fonte: Sinasc/SMSSC, 2009.

A análise do gráfico 8, que relaciona a ocupação das mães com a paridade, no período 2006-2008, demonstra que, do total de mães, 427 (57,6%) eram domésticas, 792 (9,2%) ocupavam cargo que exige nível superior, 253 (4,1%) exerciam atividades de serviços domésticos remunerados (empregadas doméstica, diarista e mensalista, caseira, cozinheira, camareira, governanta, copeira, lavadeira) e apenas 231 (3,0%) eram estudantes.

Dentre as adolescentes, 66,25% estavam desocupadas no momento do nascimento do filho (não estudavam, não trabalhavam e moravam na casa dos pais); 11,62% apenas estudavam; 6,31% ocupavam cargo com exigência de formação básica e fundamental; 0,5% cargos com formação no ensino médio e 0,3% eram bolsistas das universidades.

Segundo a Síntese dos Indicadores Sociais (IBGE, 2010b), o mercado de trabalho brasileiro vem se transformando estruturalmente desde a década de 70 do século XX com o ingresso maciço de mulheres no mercado de trabalho em consequência da crise financeira,

destacando o crescimento das taxas de atividades das mulheres mais instruídas. Contudo, o ingresso no mercado de trabalho é mais difícil entre as mais jovens e o desemprego adquire proporções preocupantes entre a população urbana em todas as regiões do país.

A atividade econômica das mulheres tem maior expressão no setor de serviços (34,2%). Em relação ao rendimento médio e o número de horas trabalhadas, o perfil da jovem trabalhadora é desanimador. Em 2000, 62,8% trabalhavam mais de 40 horas e 42,5% recebiam até dois salários mínimos. Outra dificuldade é que, em 2000, 25% das mulheres trabalhadoras com idade 15 a 24 anos, tinham filhos pequenos, necessitando conciliar cuidados e educação dos filhos com o trabalho. O IBGE concluiu que a responsabilidade dos cuidados com a casa e com os filhos pequenos determina uma inserção social e ocupacional precária, principalmente para as mais jovens e pobres.

Brandão e Heilborn (2006) defendem que o significado do trabalho difere entre as classes sociais e afirmam que, para a classe média, o trabalho está relacionado à realização profissional e é um projeto de vida. Entre a população de baixa renda significa, sobretudo, luta pelas condições de sobrevivência. Neste caso, o limitado acesso à qualificação profissional se desdobra na precária inserção no mercado.

A relação entre situação marital e idade materna está demonstrada no Gráfico 9..

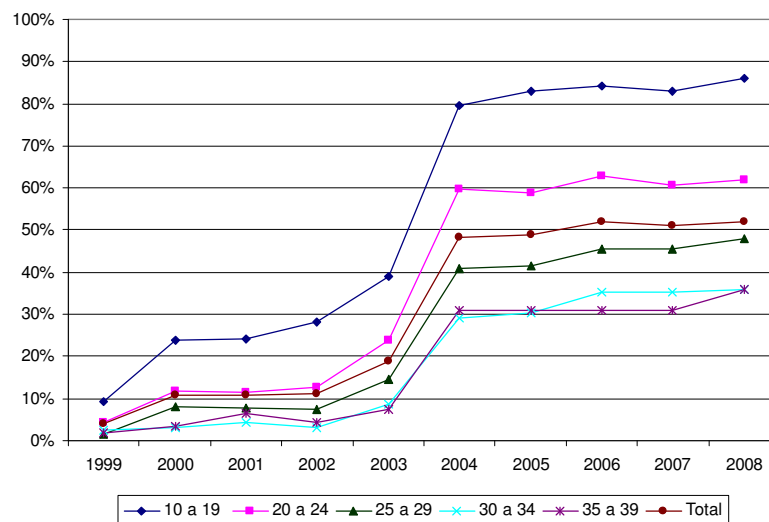


Gráfico 9 - Evolução da proporção de mães sem companheiro no momento do parto por idade materna, São Carlos 1999-2008.

Fonte: Sinasc/SMSSC, 2009.

Observa-se um aumento de 50,0% das mães sem companheiro no momento do parto em todas as faixas etárias, especialmente a partir de 2003. Entre as mães mais jovens o

aumento foi de 75,0%. Mais de 85,0% das mães entre 10 e 19 anos viviam sem o companheiro no momento do parto, em 2008. Este dado aponta para uma mudança no perfil das famílias sancarlenses e chama a atenção para duas questões fundamentais: a autonomia da sexualidade do adolescente e os novos arranjos familiares, uma vez que a maternidade de mães sem companheiro aumenta em todas as faixas etárias. Segundo Melo (2005), o mais difundido método para relacionar pobreza e gênero tem sido o indicador de mulheres chefes de família, habitualmente utilizado como medida da feminilização da pobreza. Uma das razões para essa associação relaciona-se aos menores rendimentos femininos no mercado de trabalho. Assim, as famílias chefiadas por mulheres geralmente são as mais vulneráveis. Entretanto, na atualidade, com o aumento da escolarização e o adiamento da maternidade, este conceito tem sofrido críticas, considerando que esta categoria é muito heterogênea e, na década de 90, houve um aumento proporcional das famílias chefiadas por mulheres em todas as classes sociais.

O gráfico 10 evidencia que a mortalidade infantil (MI) está decrescendo nos últimos anos em São Carlos, como em todo território nacional e, atualmente, é considerado como baixo pela classificação da OMS⁴.

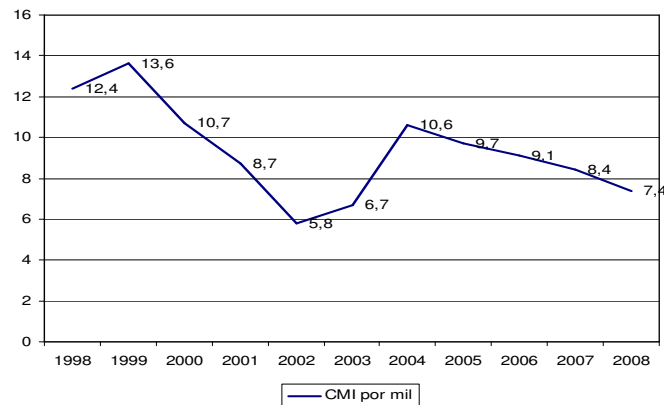


Gráfico 10 - Coeficiente de Mortalidade Infantil por mil, São Carlos 1998-2008.
Fonte: Datasus, 2010

No período 1998-2008, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) passa de 12,4 óbitos por mil nascidos vivos, para 7,4 óbitos por mil nascidos vivos, ou seja, houve uma redução de 60,2%. Redução semelhante é observada no cenário nacional, porém nos últimos

⁴ A OMS classifica a taxa de mortalidade infantil como alta (50 por mil ou mais), média (20 a 49) e baixa (menos de 20) (RIPSA, 2008).

vinte anos, caindo de 61,7 por mil, em 1989, para 19,88 por mil em 2008, totalizando uma redução de 61% (DATASUS, 2010).

A maior redução foi no período pós-neonatal (28 a 364 dias) que, em geral, estão relacionadas ao desenvolvimento socioeconômico e a infra-estrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas. O não acesso e a má qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são, também, determinantes da mortalidade nesse grupo etário. São Carlos é um dos municípios com melhor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Brasil (b, 2010) e a redução da mortalidade infantil no município reflete a melhoria nas condições de vida, o declínio da fecundidade e o efeito de intervenções públicas nas áreas de saúde, saneamento e educação da mãe, entre outros aspectos. Contudo, a taxa de MI pode ocultar iniquidades entre grupos sociais num território. Este aspecto será abordado no item *Disparidades Intra-urbanas*.

Nos anos de 2006 a 2008 as mortes infantis no período neonatal foram responsáveis por 77% dos óbitos no município, 66% delas no neonatal precoce. Por estar mais relacionada a causas endógenas e à qualidade do atendimento médico, sua diminuição vem ocorrendo em ritmo menos acentuado que a mortalidade pós-neonatal. No mesmo período, no estado de São Paulo as mortes neonatais precoces representaram 68% e as pós-neonatais 32%. Comparando o perfil municipal com o estadual, São Carlos se assemelha mais aos dos países desenvolvidos.

No que se refere à taxa de mortalidade infantil proporcional à idade materna, verifica-se que foi inversamente proporcional. A distribuição do CMI pela idade da mãe no período 2006-2008 está demonstrada no Gráfico 11.

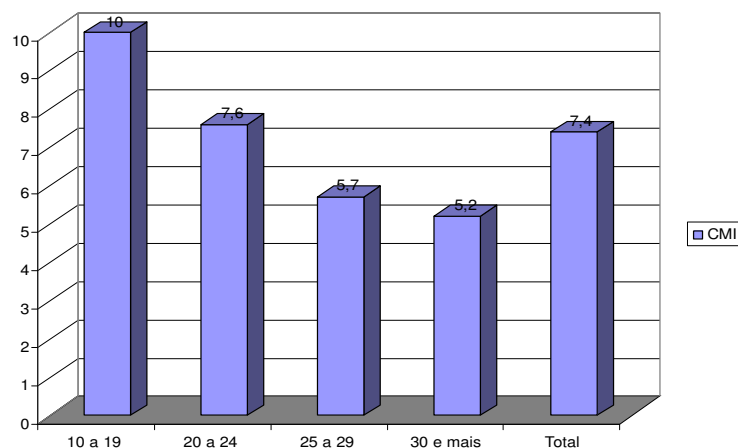


Gráfico 11 - Proporção do CMI por faixa etária da mãe, São Carlos 2006-2008.

Fonte: Datasus, 2010.

Em relação aos óbitos infantis proporcionais à faixa etária materna, houve um aumento do percentual de óbitos dos filhos das adolescentes no período.

As mães adolescentes e jovens de 20 a 24 anos e as com 30 anos e 34 anos apresentavam uma taxa 3,0% superior às demais faixas etárias. Os filhos com mães multíparas com idade entre 20 e 24 anos e que tinham sido mães na adolescência apresentavam maiores risco de morrer no primeiro ano de vida. Estes dados concordam com os estudos de Rosa (2007) que investigou o contexto das maternidades sucessivas em Rondonópolis (MT).

Chama a atenção que os filhos de mães adolescentes tiveram um maior risco de morrer no primeiro ano de vida, o que pode estar relacionado às condições de vulnerabilidade individual e social em que vive a maioria dessas mães. Este dado reforça a necessidade do cuidado contínuo das mães adolescentes e seus filhos.

Além disso, ocorreram nascimentos e óbitos de filhos de mães adolescentes com anomalias congênitas como causa básica do óbito. Existem estudos que indicam associações entre as anomalias congênitas nos filhos das adolescentes ao uso de substâncias tóxicas durante a concepção e gestação como o uso de medicações para provocar o aborto, o consumo de bebidas alcoólicas, fumo ou drogas psicoativas (MORAES; REICHENHEIM, 2007; YAMAGUCHI, et al., 2010). O uso de drogas e álcool tem sido descrito como fator predisponente à gestação na adolescência. Em Marília (SP) um estudo relacionou o uso frequente de drogas ilícitas por familiar residente no domicílio enquanto fator predisponente independente associado à gravidez na adolescência.

O baixo peso ao nascer e a prematuridade tem sido relacionadas à maiores riscos de morbimortalidade infantil (AMORIM et al., 2009). O pré-natal é uma estratégia eficaz na redução do baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade em todas as faixas etárias maternas (KILSZTAJN et al., 2007).

Em São Carlos, a taxa bruta de BPN foi a mesma nos dois períodos (1998-2008): 10% do total de nascidos vivos, superior a do Estado de São Paulo em 2008 (8,9%) (DATASUS, 2010).

O BPN associado à prematuridade aumentou 6% no período 1998-2008 e, em 2008, 50,53% das crianças com BPN eram prematuras. Situação semelhante foi encontrada em Campinas (CARNIEL et al., 2008) e Ribeirão Preto (AZENHA et al., 2008), em ambos associados ao aumento dos partos cesarianos, gemelaridade, menor número de consultas no pré-natal. Este dado indica que o município encontra-se numa situação intermediária entre a dos países desenvolvidos, que têm o maior percentual de BPN devido à prematuridade, e a

dos em desenvolvimento, com maior ocorrência em razão do retardo de crescimento intra-uterino.

De fato, em São Carlos, os partos cesáreos apresentaram uma taxa maior de prematuridade limítrofe (32 a 36 semanas) do que os partos naturais (7,2% e 4,6%, respectivamente). Este aumento é proporcional à faixa etária da mãe, sendo menor entre as mais jovens e mais expressivos entre as mães com 35 anos (6% e 9% respectivamente).

A proporção entre o BPN e óbitos infantis foi de 36,7% no período de 1998-2008, destes, 54,2% são prematuros. Estas taxas de BPN e prematuridade entre os óbitos infantis sobem para 65,5% e 68,2% entre os filhos das adolescentes.

Há um consenso entre a associação do BPN, a prematuridade e a gestação na adolescência. Estudos indicam que essa associação está relacionada às condições de vida desfavoráveis a que esta população está mais exposta (baixa escolaridade, precária ou ausência de renda, má alimentação e fumo durante a gestação (AMORIM, 2009; CARNIEL et al., 2006).

Gama et al. (2001) compararam as características sócio-econômicas, a assistência pré-natal e o estilo de vida de três grupos de puérperas, um composto por adolescentes (< 20 anos) e os demais, por mulheres de 20-34 anos categorizadas segundo experiência (ou não) de gravidez na adolescência. Foram entrevistadas 3.508 puérperas no pós-parto em maternidades municipais e federais no Rio de Janeiro (RJ). A análise estatística consistiu em utilizar testes qui-quadrado (c2) para testar hipóteses de homogeneidade de proporções.

Ao comparar os três grupos, observou-se uma situação mais desfavorável entre as mães de 20-24 anos com história de gravidez na adolescência. Estas têm pior nível de instrução, mostram com maior frequência hábitos de fumo e uso de drogas ilícitas durante a gestação e apresentam menor número de consultas de atendimento pré-natal. Os autores concluem que a assistência pré-natal se apresentou como uma política compensatória eficiente para a prevenção da prematuridade e do baixo peso ao nascer, sobretudo entre as puérperas adolescentes.

O acesso e o número de consultas no pré-natal são indicadores da qualidade da assistência. O Ministério da Saúde recomenda iniciar acompanhamento da gestante no primeiro trimestre de gravidez e realizar pelo menos seis consultas (sendo, no mínimo, duas realizadas por médico) (BRASIL, 2005b). O Datasus estabelece a seguinte classificação de consultas no pré-natal: nenhuma, 1 a 3, 4 a 6, e mais de 7 consultas. Considerou-se, então, como parâmetro para avaliação da assistência pré-natal *7 consultas ou mais* como indicador

de qualidade e ampliação do acesso ao serviço verificado nos últimos anos. O acesso e o número de consultas no pré-natal em São Carlos estão demonstrados no Gráfico 12.

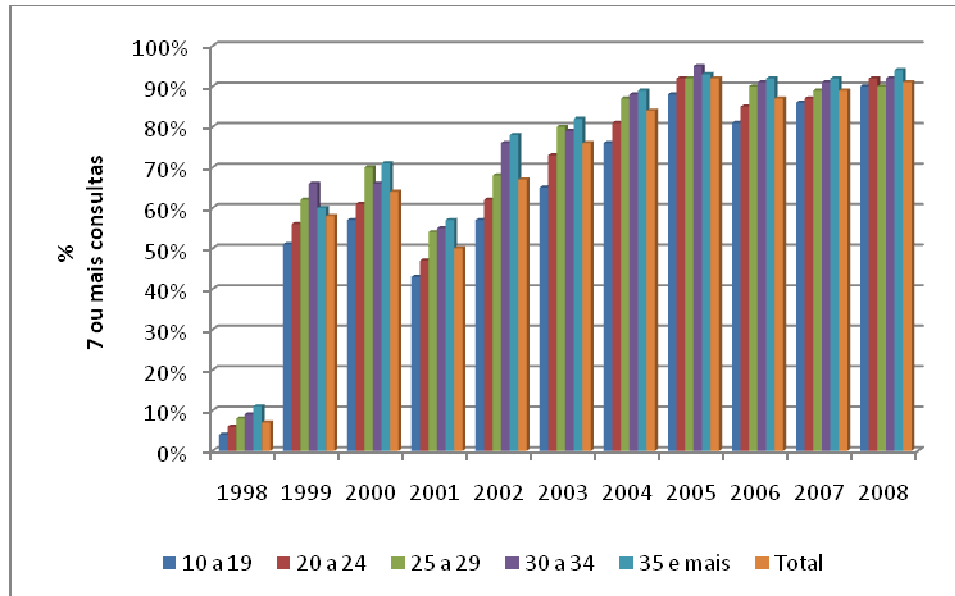


Gráfico 12 - Gestantes com sete consultas ou mais durante o pré-natal segundo faixas etárias, São Carlos 1998-2008.

Fonte: Datasus, 2010.

Em 2008, 99,27% das mães realizaram o acompanhamento pré-natal, destas, 88,9% realizaram sete consultas ou mais. Observa-se um aumento de mais de 80% da realização de mais de sete consultas no pré-natal em todas as faixas etárias maternas no período. O aumento na cobertura do pré-natal, especialmente a partir de 2001, coincide com o período da implantação de dezessete unidades de Saúde da Família, cinco Núcleos Integrados de Saúde e a ampliação de 100% do quadro de enfermeiros e médicos (São Carlos, 2010c).

Os dados do Datasus (2010) indicaram sensível melhora do total de consultas no pré-natal ao longo dos anos, embora esse número diminua com a faixa etária, sendo menor entre as adolescentes (87,6%). Além disso, os SISPRENATAL indicaram que apenas 78% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e, segundo a sala de situação do Ministério da Saúde, apenas 30% das mães realizaram a consulta puerperal (DATASUS, 2010).

O Gráfico 13 indica a evolução da taxa de partos cesáreos no período de 1998-2008 segundo a idade da mãe.

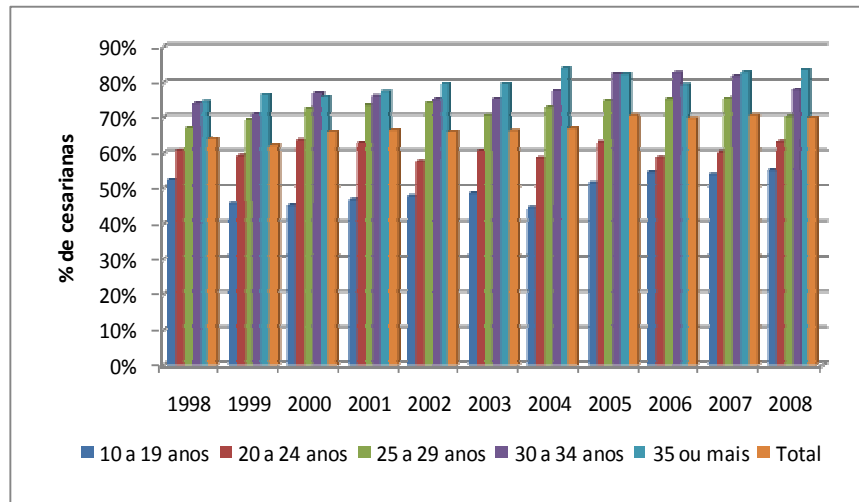


Gráfico 13 - Partos cesáreos segundo faixas etárias, São Carlos 1998-2008.

Fonte: Datasus, 2010.

Em 2008, a taxa de cesárea no município supera os 70% do total dos partos, taxa alarmante diante dos 15% considerados aceitáveis pela OMS, tendo em vista que o uso indiscriminado desse procedimento pode trazer riscos para mães e recém-nascidos (PÁDUA et al., 2010).

Ao longo do período estudado, verificou-se um aumento de 6% da taxa de cesáreas no município. Tal aumento varia segundo a faixa etária da mãe: de 3% entre as adolescentes a 9% entre as com 35 anos e mais. Em 2008, as adolescentes apresentaram uma taxa de 55%, enquanto nas mães com mais de 35 anos foi de 83%. Os dados levantados em São Carlos são coerentes com os estudos de Goldenberg, Figueiredo e Silva (2005) sobre os riscos perinatais em Montes Claros (MG): menor frequência de cesáreas entre as mais jovens.

É interessante que haja uma pequena redução do percentual de partos cesáreos entre as mães acima de 30 anos em 2007-2008, coincidindo com a implantação de um serviço privado de parto domiciliar no final de 2006, o que pode significar uma nova cultura do parto natural nas classes média e alta no município. Segundo o DATASUS (2010), em São Carlos, a taxa de cesarianas, em 2008, foi de 61%, enquanto no Brasil, foi de 27,5.

Os anos de estudo das mães também interferem no tipo de parto, como demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição do tipo de parto por anos de estudo das mães, São Carlos, 2008.

| Anos de Estudo | Nenhum (%) | 1 a 3 (%) | 4 a 7 (%) | 8 a 12 (%) | >=12 (%) | Ign (%) | Total (%) |
|----------------|---------------|--------------|--------------|---------------|-------------|------------|--------------|
| Vaginal | 0,2 | 2,1 | 12,0 | 78,8 | 6,4 | 0,4 | 100,0 |
| Cesário | 0,2 | 0,6 | 6,9 | 71,4 | 20,6 | 0,5 | 100,0 |

Fonte: Datasus, 2010

A tabela indica que dentre as mulheres que realizaram o parto vaginal, 90,8% estudaram entre quatro e onze anos de estudo. Dentre as que realizaram a cesárea, 92,0% tinham mais de oito anos de estudo, destas, 20,6% tinham mais de doze anos. É possível observar a relação direta entre anos de estudo e parto cesáreo sendo que, em 2008, 88,1% dos partos entre mulheres com mais de 12 anos de estudo foram cesáreos. No estudo de Freitas et al. (2005) sobre as desigualdades sociais nas taxas de cesarianas no Rio Grande do Sul, por meio da correlação de variáveis, os autores afirmam que a escolaridade aumenta a chance de cesariana e sugerem que esta relação ocorra não apenas pela diferenciação econômica, que garantiria a possibilidade da mulher pagar o procedimento, mas, também, pela maior capacidade de negociação com o obstetra.

Os dados do período de 1998 a 2008 anteriormente expostos permitem sintetizar as características da dinâmica reprodutiva em São Carlos. No período de dez anos verificou-se uma redução da base e ampliação do topo da pirâmide populacional de ambos os sexos, conformando-se, em 2008, como adulta em processo de envelhecimento. Esta transição demográfica reflete a redução da natalidade, da mortalidade e do crescimento populacional anual no período.

A frequência de nascidos vivos reduziu entre as mulheres jovens com 24 anos ou menos e aumentou entre as mulheres com 25 anos e mais. A paridade das mães variou segundo a idade, anos de estudo e ocupação das mães. 43% das mães adolescentes e 69,7% das mães entre 20 e 24 anos eram múltiparas, indicando uma alta reincidência da gestação na adolescência, pois muitas mães jovens foram mães adolescentes.

As mães múltiparas tinham menos anos de estudo do que as primíparas. Dentre as mães com 25 e 29 anos, 89% eram primíparas, indicando um processo de adiamento da maternidade e envelhecimento reprodutivo. O grupo de mães primíparas com 25 e 29 anos foi o que apresentou maior escolaridade e melhor inserção no mercado de trabalho (ocupação com exigência de maior nível de escolaridade). 65% das múltiparas eram domésticas e tinham estudado até onze anos.

Quanto à ocupação, 66,25% das adolescentes estavam desocupadas no momento do parto (não estudavam e dependiam economicamente dos pais). Estes dados indicam uma relação entre maior paridade com menor idade materna, menor anos de estudo, pior inserção ou exclusão no mercado de trabalho. Houve um aumento de mulheres sem companheiro em todas as faixas etárias, especialmente entre as adolescentes, no momento do parto, indicando uma transição nos arranjos familiares do município, aumentando o número de mulheres chefes de família.

A mortalidade infantil reduziu 5% no período, alcançando o melhor índice do estado de São Paulo. A maior redução ocorreu no componente neonatal precoce. Os filhos das mães com 20 e 24 anos que foram mães na adolescência apresentaram maior risco para mortalidade infantil. Entre as adolescentes, constatou-se um maior índice de mortes infantis no período pós-neonatal do que nos demais grupos, o que pode estar relacionado às piores condições de vida e que confirma a necessidade de acompanhamento à longo prazo.

A taxa de baixo peso ao nascer se manteve em 10% no decênio, porém reduziu a contribuição da desnutrição intra-útero e aumentou a de prematuridade. Entre as mães adolescentes prevaleceu a desnutrição intra-útero mais do que a prematuridade entre os nascidos de baixo peso.

O aumento dos partos cesáreos foi da ordem de 70% nos dez anos. O tipo de parto variou com os anos de estudos das mães, sendo maior entre as com mais estudos. A prematuridade esteve atrelada ao tipo de parto e, portanto, o baixo peso ao nascer no município não é um bom indicador de piores condições de vida. A mãe adolescente teve uma taxa menor de cesarianas quando comparada às demais faixas etárias. Chama a atenção que 61% dos partos do SUS, em 2008, foram cesarianas, indicando a necessidade de reorganização na assistência pré-natal e parto. A cobertura do pré-natal aumentou em 80% nos dez anos, porém foi menor entre as adolescentes, que também realizaram menor número de consultas no pré-natal.

Os dados indicam que o perfil da mãe adolescente é múltipara, sem companheiro, com oito a onze anos de estudo, desocupada (não estuda e está fora do mercado de trabalho formal). Por sua vez, mães adolescentes que trabalham, ocupam cargo com exigência mínima de escolaridade, especialmente no setor de prestação de serviços. Seus filhos têm maior chance de nascer com baixo peso por desnutrição intra-útero. Embora façam o pré-natal, esta cobertura é menor do que entre as mães com 25 anos e mais. Também fazem menos consultas durante o pré-natal. 43% das mães adolescentes são múltiparas. A maioria realiza o parto

cesáreo, porém esta taxa é menor do que nas demais faixas etárias. O grupo de maior risco de mortalidade infantil nos anos de 2006-2008 foi o de mães entre 20-24 anos e múltiparas que foram mães adolescentes. Este grupo foi o de menor adesão ao pré-natal.

A análise pormenorizada da dinâmica reprodutiva em São Carlos evidenciou que, a educação, a sexualidade e a condição de gênero são fundamentais para a compreensão das vulnerabilidades sociais do grupo de mães adolescentes. Em relação à educação, a vulnerabilidade se expressou na gestante adolescente estar fora da escola (84%) e estacionar no nível fundamental. A escolaridade esteve diretamente associada à exclusão ou inserção precária no mercado de trabalho. Também a multiparidade entre as mães mais novas constitui-se numa vulnerabilidade associada à mãe não ter um companheiro no momento do parto. Menor adesão ao pré-natal também se constituiu numa vulnerabilidade relacionada ao aumento da prematuridade, baixo peso ao nascer e mortes infantis.

Estes temas foram explorados por meio do geoprocessamento dos indicadores sociais e de saúde obtidos nas fontes secundárias. Assim, no próximo item, apresentam-se as características das diversas ARES do município de São Carlos e evidenciam-se as disparidades intra-urbanas.

5.2 Disparidades intra-urbanas

O território “é o local concreto da realidade da vida coletiva; é nesse território que as relações entre uma dada sociedade e a natureza se expressam; é também onde as desigualdades sociais aparecem entre os cidadãos” (ROCHA, et al., 2009, p. 379). Assim, é necessário reconhecer as diferenças e as necessidades diversas que envolvem a gestação na adolescência no município de São Carlos a fim de analisar os limites e potencialidades da rede de proteção no território.

Para tanto, desagregaram-se os dados obtidos no SINASC e SIM por bairros para que as desigualdades intra-urbanas fossem consideradas na análise dos recursos e da organização das redes de atenção e proteção.

Como descrito no item Percurso Metodológico, o tratamento estatístico e a espacialização geográfica basearam-se em 7.609 casos no período de 1998 a 2008, ou seja, a totalidade das ocorrências de gravidez na área urbana de São Carlos. Assim, as análises relacionadas aos aspectos sócio-econômicos (escolaridade, situação marital, ocupação) e de

assistência às gestantes (consultas pré-natal, tipo de parto, paridade, causas da mortalidade infantil, baixo peso ao nascer e prematuridade) foram referenciadas ao número total de casos e não apenas às adolescentes. Tal procedimento decorreu da importância de caracterização da gestação para mensurar o fenômeno da gestação na adolescência e suas interfaces com as disparidades sociais intra-urbanas.

A Tabela 2 indica a proporção da gravidez na adolescência (GA) sobre o total de nascidos vivos da área, considerando os dados agregados de 2006-2008 por bairros.

Tabela 2 - Frequência total de NV, % de GA e Densidade da GA por bairros, São Carlos 2006-2008.

| ID do bairro | Nascimentos | (%) de NV | Idade<19 | (%) GA | Densidade |
|--------------|-------------|-----------|----------|--------|-----------|
| 2 | 825 | 11,2 | 211 | 25,6 | 5 |
| 3 | 293 | 4,0 | 76 | 25,9 | 4 |
| 1 | 95 | 1,3 | 29 | 30,5 | 4 |
| 169 | 64 | 0,9 | 20 | 31,3 | 4 |
| 178 | 209 | 2,8 | 40 | 19,1 | 3 |
| 164 | 498 | 6,8 | 83 | 16,7 | 3 |
| 7 | 283 | 3,9 | 45 | 15,9 | 3 |
| 21 | 95 | 1,3 | 26 | 27,4 | 2 |
| 93 | 109 | 1,5 | 24 | 22,0 | 2 |
| 168 | 111 | 1,5 | 20 | 18,0 | 1 |
| 120 | 47 | 0,6 | 12 | 25,5 | 1 |
| 62 | 54 | 0,7 | 12 | 22,2 | 1 |
| 109 | 50 | 0,7 | 11 | 22,0 | 1 |
| 110 | 65 | 0,9 | 12 | 18,5 | 1 |
| 9 | 41 | 0,6 | 9 | 22,0 | 1 |

Fonte: SINASC/SMSSC, 2009

No período estudado, a espacialização dos nascimentos por bairros de residência apresenta disparidades: em sessenta bairros não foram registrados nascimentos de filhos de mães adolescentes. No entanto, quarenta e oito bairros apresentaram taxas acima da média municipal (15,2%), dezesseis tiveram taxa acima de 25%, enquanto, 11,2% do total dos nascimentos ocorreram apenas no bairro Aracy.

A tabela 2 mostra ainda que as áreas de maior frequência da gestação na adolescência coincidiram com as de maior frequência de nascimentos em geral, sugerindo que as mães mais novas reproduziram as condições vivenciadas pelas mulheres do território. Tal observação também foi apresentada nos estudos de Oliveira (2008) quando afirmou que o nascimento, a amamentação, o crescimento e a adolescência existem como realidades simbólicas circunscritas, imaginadas e reproduzidas de diferentes maneiras, dependendo dos contextos sócio-culturais. Nas palavras da autora: “[...] ainda que a gravidez seja processada no

corpo das mulheres, seus significados são construídos com base na experiência social e cultural e variam conforme a classe social, a idade, o gênero, dentre outros fatores” (OLIVEIRA, 2008. p.14).

Destaca-se que o problema de saúde que se levanta não é a gestação na adolescência em si, uma vez que se tem relato na literatura que em alguns casos, a gravidez pode fazer parte dos projetos de vida de adolescentes e até se revelar, nesta faixa etária, como um elemento reorganizador da vida, como indicaram Contijo e Medeiros (2008) ao estudar o significado da maternidade para mães adolescentes que deixaram de viver na rua para cuidarem dos filhos. Para essas meninas, a maternidade foi vivenciada de forma positiva e como um motivador para saírem das ruas. Os filhos foram entendidos como ‘salvadores’ de uma morte certa nas ruas, neles depositaram suas expectativas de vida. Os autores concluem que o exercício da maternidade é uma oportunidade de estabelecer novas formas de estar e se relacionar no mundo, sendo o processo de construção dessa maternidade terreno fértil para a intervenção de profissionais.

Assim, de acordo com o referencial da vulnerabilidade adotado nesta pesquisa, o problema da gestação na adolescência refere-se ao contexto de iniquidade que o reproduz e produz. Considerando o adolescente como um sujeito de direitos, é necessário que ele esteja empoderado para decidir sobre sua sexualidade e reprodução. Tal decisão, por sua vez, relaciona-se ao seu projeto de vida, mas há interfaces com as contingências sociais e culturais.

Oliveira (2008) estudou os significados da maternidade em populações de baixa renda em São Paulo e afirmou que, nessas comunidades, o papel social da mulher ainda é o cuidado da casa e da educação dos filhos. Frente às limitadas possibilidades de se emanciparem economicamente, para muitas dessas meninas a maternidade é uma âncora social para se tornarem adultas. Nessas comunidades, a família ocupa posição central, enquanto a escolaridade e o trabalho tomam posições periféricas.

Dada a impossibilidade de se construir indicadores por base populacional, a fim de identificar a área de maior densidade da gestação na adolescência para analisar o enfrentamento das políticas públicas, conforme descrito no item *percurso metodológico*, optou-se por sobrepor os mapas de frequência e de percentual de GA sobre o total dos nascimentos, após a identificar a existência de bairros com alta taxa, mas frequência absoluta baixa e o inverso. O cruzamento dos dados pelo sistema ArcView[®] identificou 5 gradientes de densidade de GA, classificados por cor, da mais escura para mais clara como mostra o mapa da figura 1.

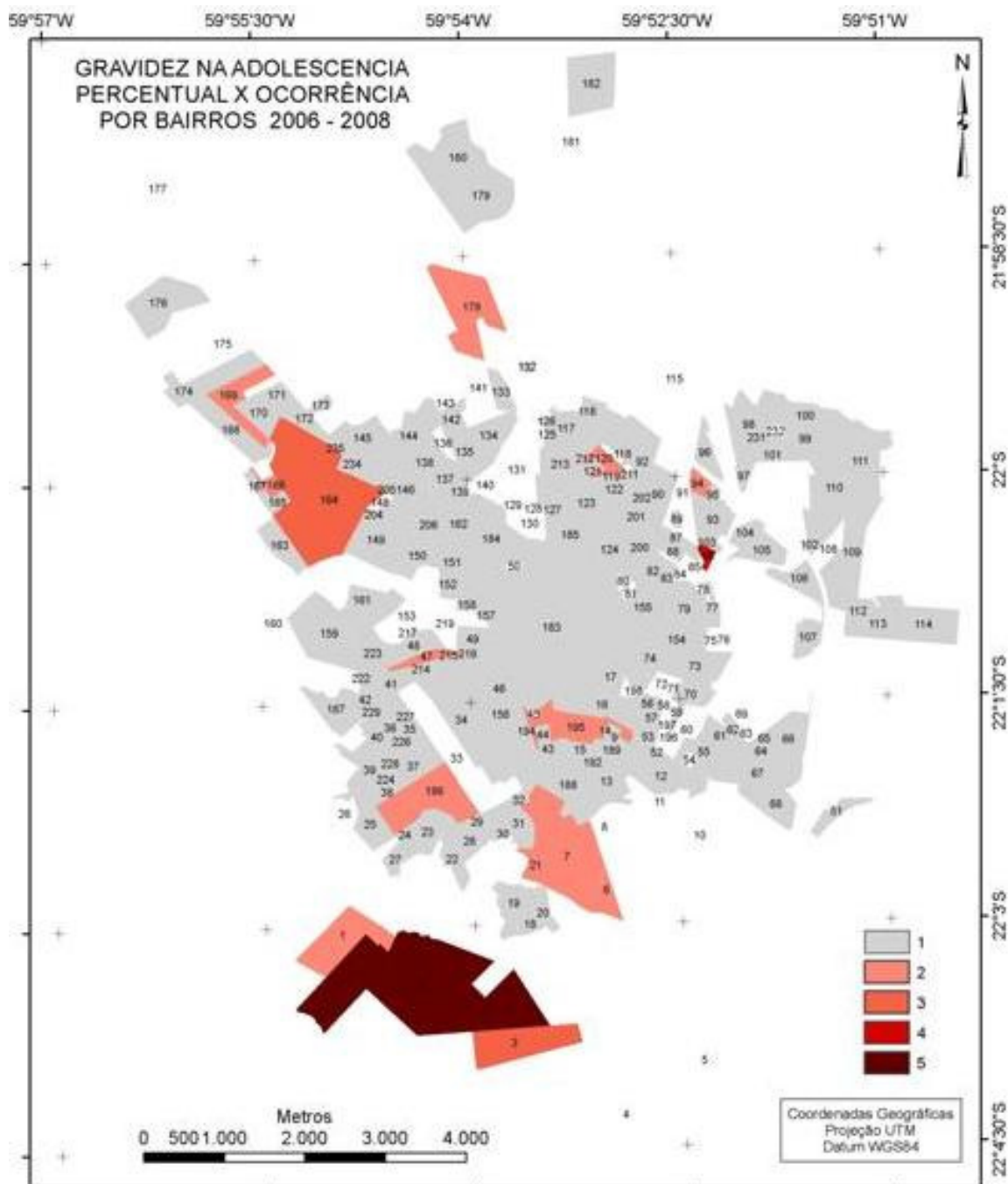


Figura 1 - Mapa da taxa e da frequência da gestação na adolescência por bairros, São Carlos 2006-2008.

Fonte: Sinasc/SMSSC, 2009.

Os bairros mais densos são o Aracy (ID2), a Chácara São Caetano (ID169), o Santa Felícia (ID164), o Presidente Collor (ID3) e todos se localizam em bolsões de pobreza da periferia da cidade.

Visualiza-se no mapa da Figura 1 que a região da ARES 1 – Aracy é a mais homogênea na sobreposição da frequência e taxa de gestação na adolescência.

A seguir, a fim de relacionar as condições de vida e saúde com a distribuição espacial da gestação na adolescência, os piores indicadores sobre condições de vida da mãe e

do recém nascido, disponíveis no SINASC, foram espacializados criando-se os seguintes mapas temáticos: mães com menos de oito anos de estudo (Apêndice B), ocupação precária (mães desocupadas ou ocupação com exigência mínima de escolaridade) (Apêndice C), multíparidade (Apêndice D), mães sem companheiro (Apêndice E), consulta pré-natal com menos do que 6 consultas, distribuição do baixo peso ao nascer e de mortes infantis evitáveis. Os mapas temáticos sobre escolaridade, ocupação, paridade e situação marital foram sobrepostos, construindo um mapa da vulnerabilidade social, apresentado na Figura 2.

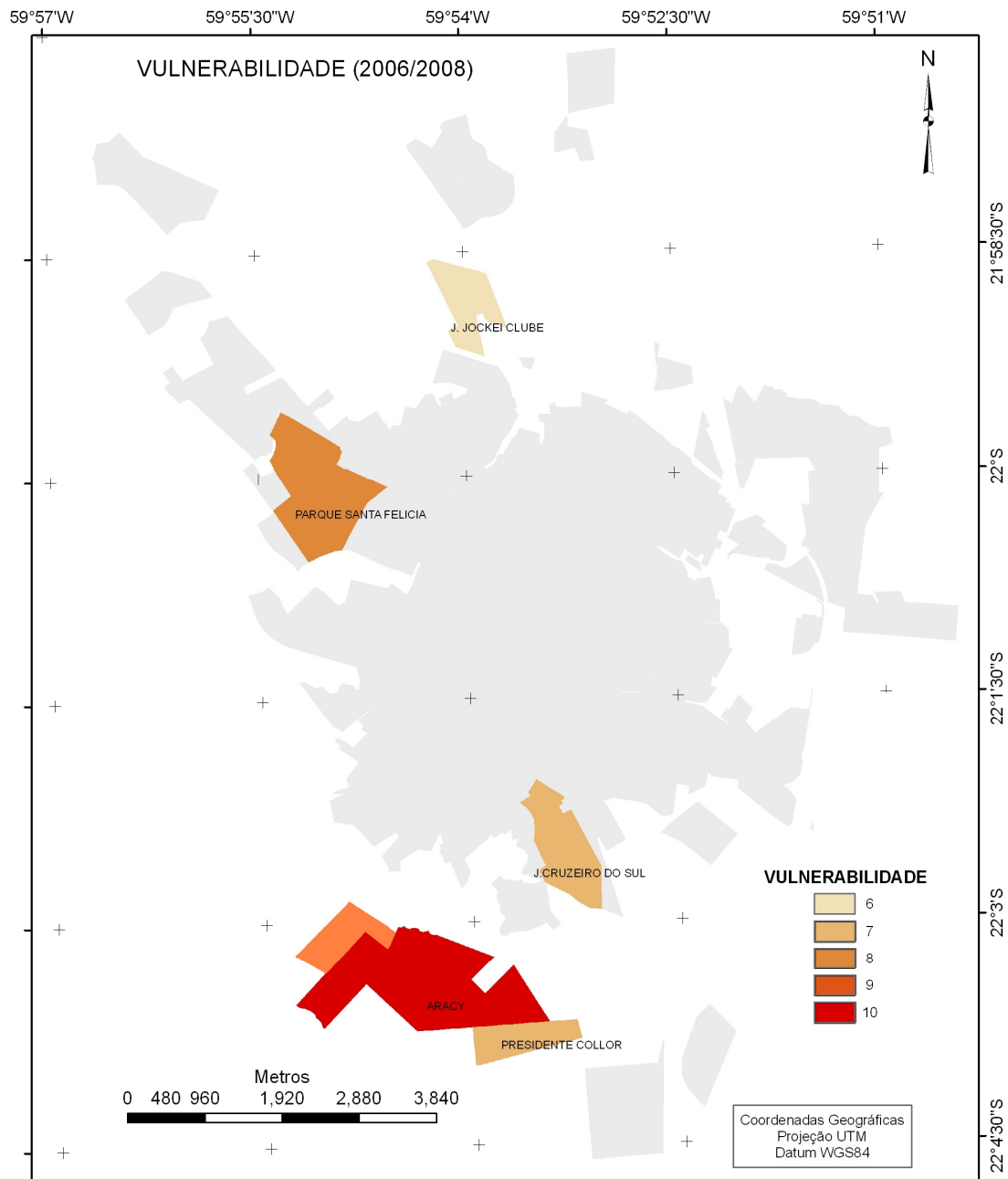


Figura 2 - Mapa da vulnerabilidade social da GA por bairros, São Carlos 2006-2008.

Fonte: Sinasc/SMSSC, 2009.

No cruzamento dos dados pelo sistema ArcView[®] identificaram-se 5 grupos de vulnerabilidade, classificadas por gradiente de cor, da mais escura para mais clara. A densidade 10 de vulnerabilidade indica as áreas onde é maior o percentual de mães com menos de sete anos de estudo, que estão fora ou inseridas precariamente no mercado de trabalho e que tem o maior número de filhos, em todas as faixas etárias.

O bairro Aracy é o de maior grau de vulnerabilidade social (10), seguido por Antenor e Santa Felícia (9), Cruzeiro (8), Presidente Collor (7), e Jockey (6).

Para verificar a confiabilidade do mapa da vulnerabilidade social da gestante, foram espacializados os dados do Cadastro Único das Famílias em situação de vulnerabilidade social dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) do município e o resultado está apresentado na Tabela 3. O critério para o cadastro único é o do Programa Bolsa Família do Ministério do Desenvolvimento social: renda *per capita* inferior a ½ salário mínimo (BRASIL, 2010b).

Tabela 3 – Famílias vulneráveis por bairro, São Carlos, 2008.

| ID | Frequência | (%) |
|-----|------------|-----|
| 2 | 2092 | 26 |
| 1 | 724 | 9 |
| 3 | 381 | 5 |
| 164 | 303 | 4 |
| 168 | 279 | 4 |
| 21 | 275 | 3 |
| 7 | 246 | 3 |
| 13 | 224 | 3 |
| 19 | 206 | 3 |
| 178 | 171 | 2 |
| 98 | 154 | 2 |

Fonte: SMASC, 2009

Os dados da tabela 3 podem ser visualizados no mapa da Figura 3.

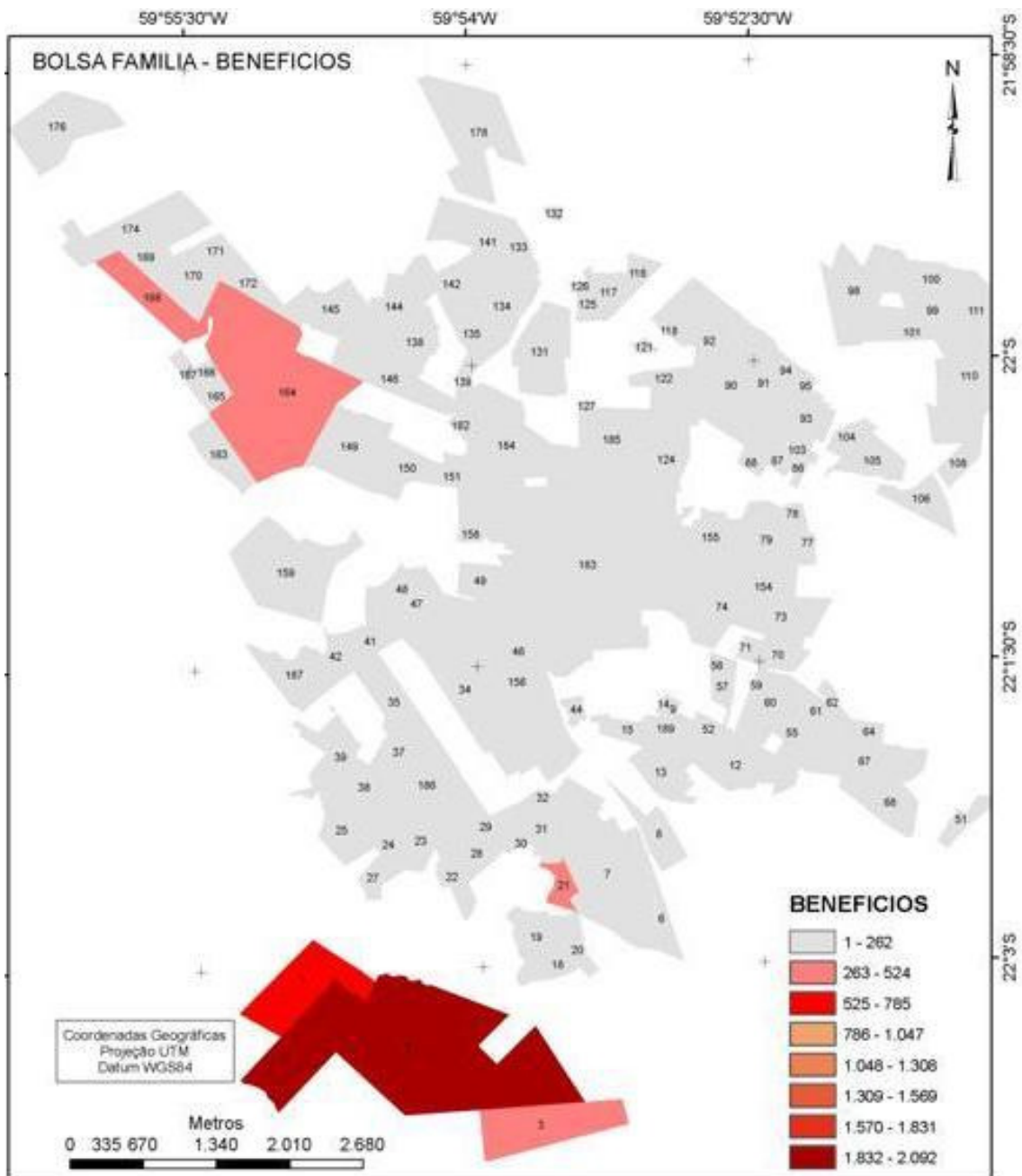


Figura 3 - Mapa das famílias em situação de vulnerabilidade social, São Carlos, 2008.
Fonte: CRAS/SMCAS, 2009

Na figura 3, as famílias beneficiárias do PBF concentram-se nos bairros Aracy (ID2), Antenor (ID1), Presidente Collor (ID3), Santa Felícia (ID164), Cruzeiro (ID168), Jockey (ID21), coincidindo com as áreas mais densas de vulnerabilidade social identificadas na Figura 2 e com as áreas de maior densidade da gestação na adolescência indicadas na Figura 1

Esses dados estão de acordo com os de Rosa (2007), Amorim et al. (2009), Cavasin et al. (2004), Minuci e Almeida (2009), confirmando a determinação social da gestação na adolescência em São Carlos.

Rosa (2007) estudou os determinantes da reincidência da gestação nas adolescentes em Rondonópolis/MT e encontrou relações positivas entre escolaridade, ocupação, multiparidade e espaço geográfico das residências das mães adolescentes, geralmente se localizando no que ele denominou de ‘periferia das periferias’, ou seja, as mães adolescentes estão distribuídas nos pontos extremos da cidade, justamente nos lugares mais carentes e de difícil acesso aos bens comunitários e àqueles oferecidos pelo poder público.

Cavasin et al. (2004) desenvolveram estudo exploratório em cinco capitais brasileiras sobre a gravidez na adolescência e a vulnerabilidade social. Encontraram que a escolaridade está diretamente relacionada à incidência da gravidez nesta faixa etária. Os autores afirmam que os jovens devem ser vistos como cidadãos e sujeitos da própria história enfatizando que:

Boa parte dessa população vive na periferia, integrando famílias de baixa renda e de baixa escolaridade, fator que refletem nas possibilidades de inserção dos jovens no mercado de trabalho e no acesso a bens e serviços. Muitas vezes adolescentes e jovens são convocados a assumir prematuramente responsabilidades para as quais não estão preparados. E justamente por serem jovens, eles não devem ser vistos apenas como consumidores e trabalhadores em potencial, mas como um grupo socialmente vulnerável, mais exposto e sensível aos problemas enfrentados pela sociedade (CAVASIN et al., 2004, p.11).

Minucci e Almeida (2009) investigaram as disparidades intra-urbanas dos nascimentos e os fatores de risco para o baixo peso ao nascer e prematuridade no município de São Paulo/SP com base no SINASC e SIM, em 2002-2003. Os autores encontraram correlação espacial, por meio de regressão logística, entre vulnerabilidade social, segundo o índice de vulnerabilidade social da Fundação SEADE, e a gravidez na adolescência, menor número de consultas no pré-natal.

A fim de comparação entre a vulnerabilidade social, mais do que a faixa etária da mãe, também realizou-se a espacialização da assistência ao pré-natal, ao parto e os resultados perinatais em São Carlos.

A Tabela 4 apresenta a distribuição das mães que realizaram menos do que seis consultas durante o pré-natal.

Tabela 4 - Proporção de mães com < de seis consultas no pré-natal por bairros, São Carlos 2006-2008.

| ID_Bairro | Frequência | (%) |
|-----------|------------|-----|
| 2 | 54 | 8,7 |
| 164 | 45 | 5,8 |
| 3 | 25 | 3,2 |
| 7 | 25 | 2,3 |
| 13 | 18 | 2,1 |
| 186 | 17 | 2,0 |
| 178 | 16 | 1,8 |
| 91 | 12 | 1,0 |
| 133 | 12 | 1,5 |

Fonte: SINASC/SMSSC, 2009

Os dados da Tabela 4 podem ser visualizados no Mapa 4.

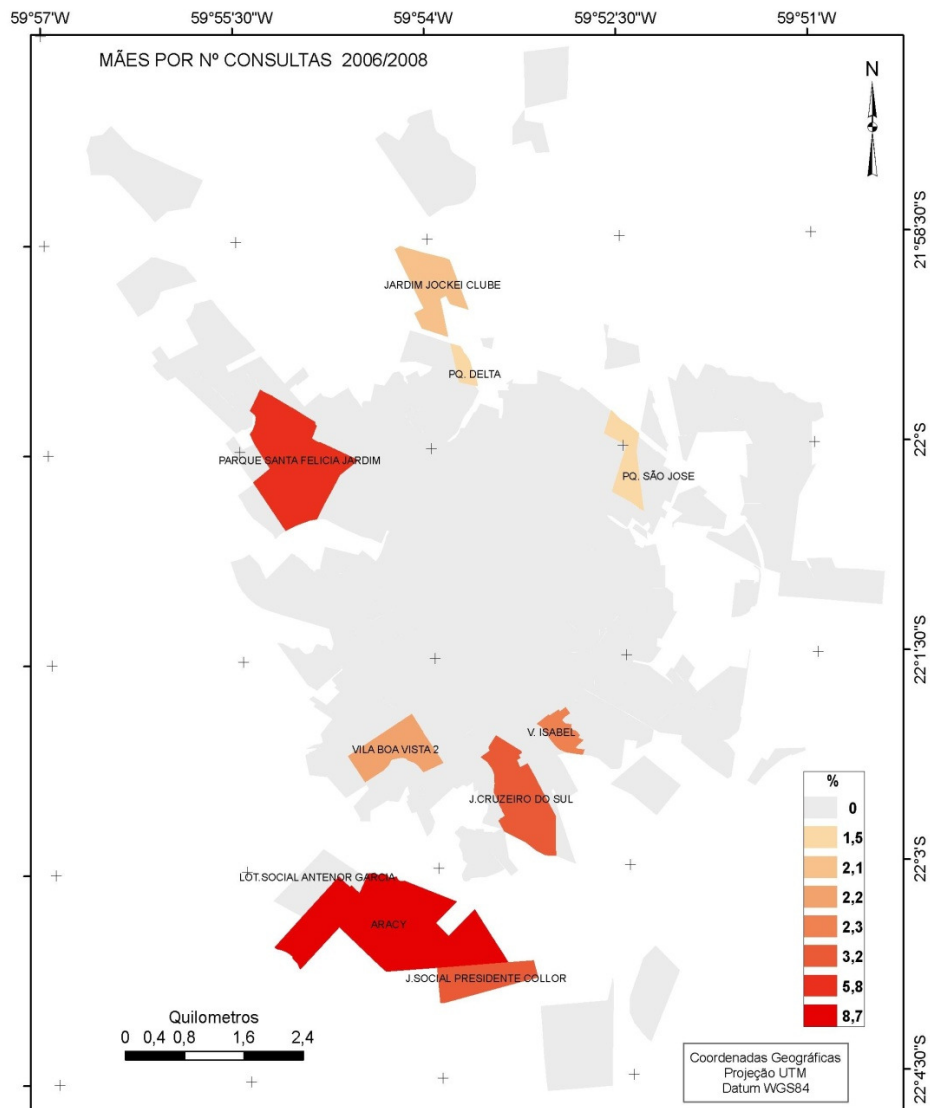


Figura 4 - Mapa das mães com < 6 consultas no pré-natal, São Carlos 2006-2008. Fonte: Sinasc/SMSSC, 2009.

Os bairros com maior concentração de mães que fizeram menos de seis consultas pré-natal foram: Aracy (ID1), Santa Felícia (ID164), Collor (ID3), Cruzeiro do Sul (ID7), Vila Isabel (ID13), Jockey (ID178), Boa Vista (ID186), São José (ID91) e Delta (ID133).

Cinco dos nove bairros que apresentaram pré-natal com menor número de consultas coadunam com os de maior densidade da gravidez na adolescência e com áreas de vulnerabilidade social, confirmando a determinação social da adesão ao pré-natal.

Martins (2010) avaliou a relação entre a mortalidade infantil e a assistência pré-natal, ao parto e pós-natal imediato em Belo Horizonte/MG. Encontrou que o número de consultas no pré-natal, o trimestre da primeira consulta, a realização pelo profissional médico e a escolaridade das mães foram os mais preditivos da mortalidade infantil. Dentre os motivos mais freqüentes alegados pelas gestantes para a não-realização de pré-natal, estavam o esconder, desconhecer ou negar a gravidez e desmotivação. A questão da rejeição da gravidez é um fator que influencia o acesso à primeira consulta de pré-natal. Algumas mulheres não buscam os serviços por medo das consequências sociais da gravidez, especialmente as adolescentes. Esses dados indicam a importância do acolhimento da gestante pela unidade de saúde, especialmente às adolescentes.

Outras barreiras que interferem na utilização dos serviços de atenção pré-natal são: o baixo nível socioeconômico, mulheres vivendo sem o companheiro, falta de disponibilidade e alto custo da assistência, alta paridade e história de complicações obstétricas. Aspectos políticos, da cultura, religião e a rede de apoio familiar e social também influenciam na utilização destes serviços (TAMEZGONZÁLEZS, 2006; SAVAGE et al., 2007; SIMKHADA, 2008).

Para avaliar possível relação entre a vulnerabilidade social construiu-se o mapa da morbimortalidade infantil sobreposição do BPN, da prematuridade e dos óbitos infantis por causas evitáveis, que está apresentado na Figura 5.

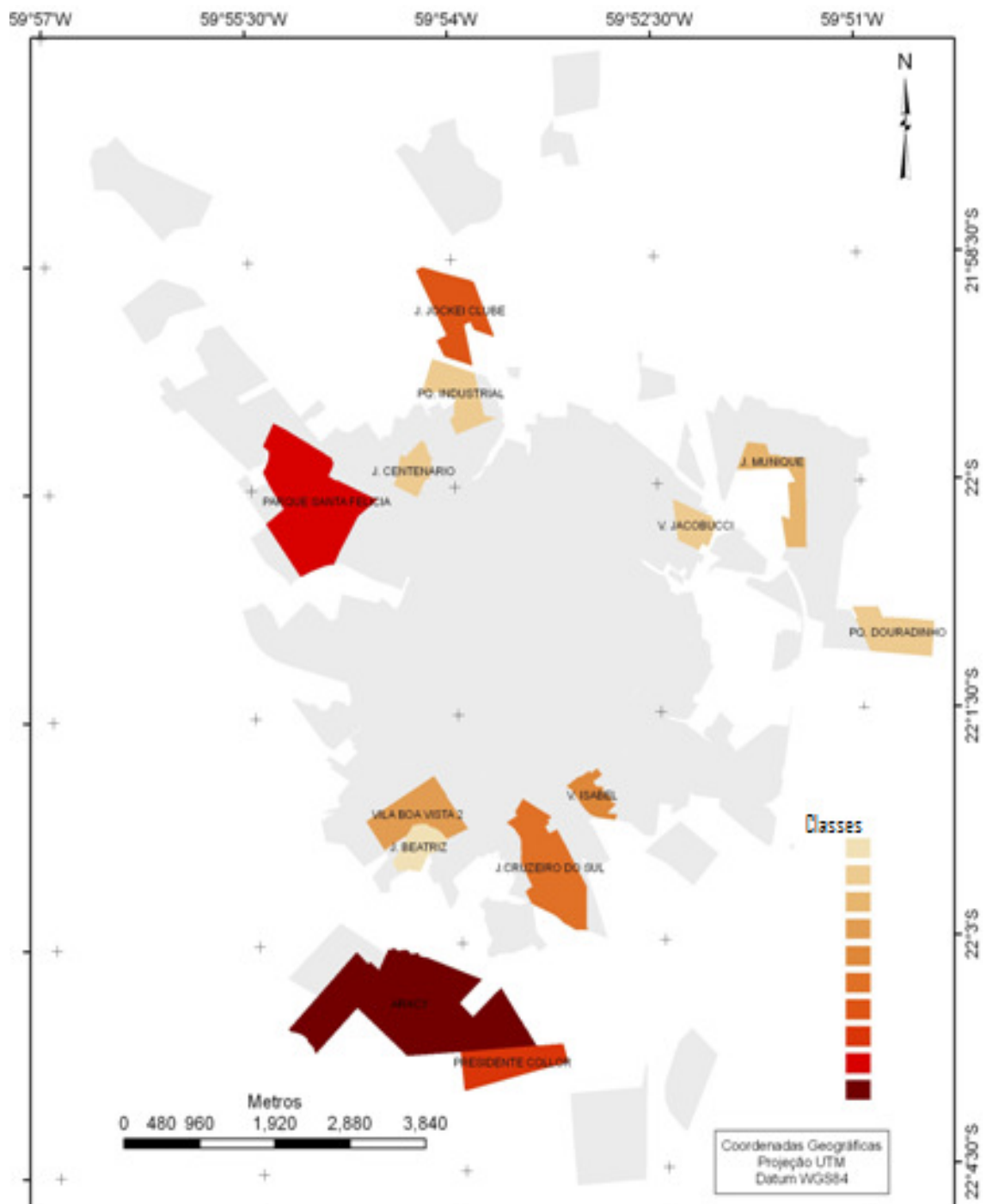


Figura 5 - Mapa do BPN e das mortes infantis evitáveis, São Carlos 2006-2008.
 Fonte: Sinasc/SMSSC, 2009.

Os resultados foram categorizados em dez grupos, da maior para a menor densidade, e podem ser visualizados no mapa da Figura 5. As áreas mais escuras referem-se aos bairros Aracy, Presidente Collor, Santa Felícia, Jockey Club, Cruzeiro do Sul, novamente coabitando com as áreas de maior vulnerabilidade social. As áreas mais claras correspondem às áreas de médio grau de vulnerabilidade social e que, também, se encontram em áreas periféricas da cidade. Destaca-se a enorme disparidade na frequência das mortes infantis evitáveis, variando

de oito ocorrências somente no bairro Aracy para nenhuma ocorrência em 199 dos 234 bairros do município.

As causas da mortalidade infantil evitáveis no município são mais frequentes no período neonatal precoce e, portanto, relacionam-se ao acesso e qualidade dos serviços de saúde prestados no período pré-natal, parto e puerpério.

A análise espacial indica que as disparidades intra-urbanas da incidência e dos riscos da gestação na adolescência são resultantes de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas, essencialmente coletivos e contextuais e requerem políticas públicas e intervenção em rede intersetorial tendo em vista a redução das desigualdades.

É fundamental que a saúde atente para as necessidades e as demandas específicas em saúde reprodutiva dessa população na construção de estratégias que atuem na redução da vulnerabilidade ocasionada por situações onde as variáveis de garantia dos direitos e de inserção social podem ser desfavoráveis para a qualidade de vida dessa população. A análise da vulnerabilidade programática em São Carlos no que tange às potencialidades e limites para redução das vulnerabilidades sociais pode contribuir para o planejamento de estratégias em saúde.

Segundo as “Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde” (BRASIL, 2010a), as ações e estratégias pautam-se na pluralidade das adolescências e devem ser planejadas com base no diagnóstico e cultura do território, por meio da rede intersetorial e com a participação social, tendo em vista o empoderamento para a redução das vulnerabilidades sociais.

Assim, em consonância com o princípio da equidade do SUS, a vulnerabilidade programática da gestação na adolescência em São Carlos foi analisada a partir do território de maior vulnerabilidade social. Respeitando a descentralização da gestão da saúde, espacializou-se os indicadores de vulnerabilidade social por ARES: baixa escolaridade, ocupação precária, multiparidade, menor número de consultas no pré-natal, frequência de nascimento de baixo peso, prematuridade e óbitos evitáveis. O resultado está apresentado na Figura 6.

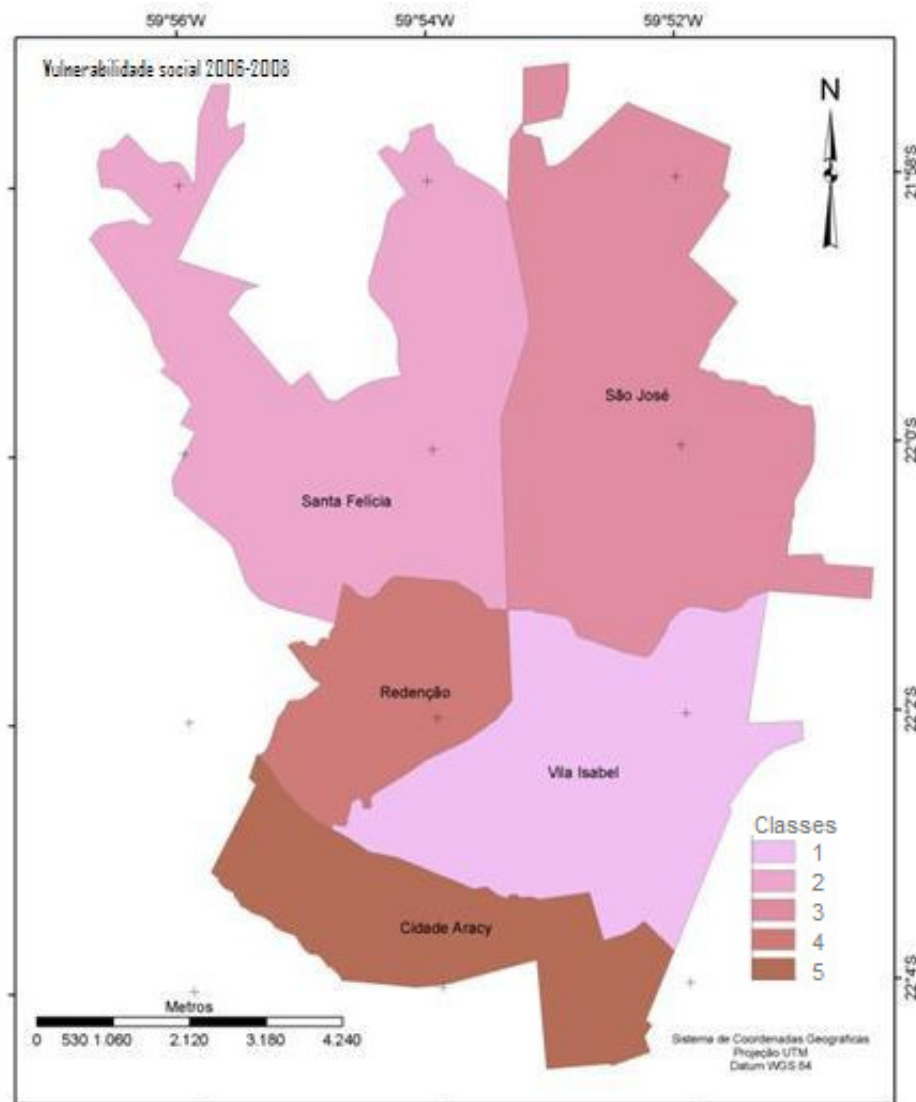


Figura 6 - Mapa da vulnerabilidade social por ARES, São Carlos, 2006-2008.
Fonte: SINASC/SMSSC, 2009.

A área mais escura correspondeu a ARES Aracy e indicou uma concentração de maiores índices de natalidade, de gestação na adolescência, multiparidade, exclusão ou inserção precária no mercado de trabalho, baixo peso (7% a mais que a média do município), prematuridade e maior risco de morrer no primeiro ano de vida (CMI de 21 por mil NV, comparado à taxa de 7,4 do município), além do menor índice de escolaridade.

A análise espacial dos dados do SIM e SINASC permitiram identificar a ARES que apresenta os piores indicadores de vulnerabilidades, ou seja, o território-processo mais iníquo do município de São Carlos no que tange aos direitos do jovem à educação, trabalho, direito sexual e reprodutivo e assistência à saúde integral e de qualidade. Seguindo a lógica da gestão por território e considerando que a saúde é construída no cotidiano das pessoas, a

caracterização pormenorizada do território-processo ARES Aracy é apresentada no item seguinte.

5.3 O território-processo da ARES Aracy

A ARES Aracy compreende uma área formada por quatro bairros: Antenor Garcia, Presidente Collor, Aracy I e Aracy II que juntos concentram uma população em torno de 25.000 habitantes, segundo a Secretaria de Habitação e de Planejamento Urbano do município.

O território da ARES Aracy é uma área de grande vulnerabilidade social dada sua localização periférica e o seu processo de urbanização irregular.

[...] o bairro formou-se de maneira totalmente inadequada, pois se trata de uma área de mananciais, que não possui condições propícias para uma ocupação irrestrita, a qual se tornou ilegal em virtude de o bairro estar numa área de proteção ambiental. Mas, como sua ocupação foi incentivada e produzida por um forte agente especulador do mercado imobiliário, o bairro acabou sendo ocupado mesmo que de maneira imprópria (SANCHEZ; DAL BELLO, 2001, p. 34).

Houve doação de meio terreno, intercaladamente, para famílias de baixa renda, esperando-se que a família adquirisse, ao longo do tempo, o meio lote restante, o que não aconteceu. Hoje o que predomina são construções em meio terreno. A via de acesso ao bairro é uma avenida que circunda um morro com inclinação íngreme, o que dificulta a locomoção para o centro da cidade sem meio de transporte motorizado. O tempo de traslado entre o centro da cidade, por meio do transporte urbano, é de cerca 45 minutos. Os limites constituem-se: numa serra, onde se localiza a rodovia de acesso entre o centro da cidade e o bairro, em fazendas de criação de gado e cavalo, na SP 215, que liga São Carlos a Ribeirão Bonito e por um Distrito Industrial.

No tratamento dos dados de nascimentos para o geo-referenciamento verificou-se a concentração de nascidos vivos nas ruas limítrofes do bairro Antenor com a rodovia SP 215, especialmente entre adolescentes inclusive acontecendo mais de um caso de GA na mesma residência no mesmo ano. Essa situação indica a necessidade da realização de estudos investigativos referentes à ocorrência da prostituição infantil na área.

Ao relatar o processo de pesquisa de campo realizado no Aracy, a antropóloga Virgínia Ferreira da Silva (2007) assim sintetiza a localização do bairro:

[..] quando a cidade parece acabar, avista-se, ao longe, e “lá embaixo” o bairro. Ligado à cidade por uma espécie de serra, uma estrada “tortuosa”, nas palavras de um antigo morador, ele está fisicamente isolado da cidade, ligado a ela pela serrinha, como é conhecida por todos (SILVA, 2007, p. 01).

Em 1994, o Núcleo de Pesquisa e Documentação do Departamento de Ciências Sociais da UFSCar (MANCUSO; OLIVEIRA, 1994) apontou o bairro como um dos mais carentes quanto à educação, saúde, segurança, renda familiar e inserção dos moradores no mercado de trabalho. Os registros históricos apontam irregularidades, problemas e deficiências. Contudo, nos últimos dez anos, por meio de pressão dos movimentos sociais do bairro, a Prefeitura assumiu a realização da infra-estrutura básica e há transporte público, asfalto e saneamento básico em mais de 85% da área, comércio próprio, escolas, creches, praças, o que valorizou os terrenos não doados (JARDIM et al., 2005)

Apesar da melhoria na infra-estrutura do bairro, Silva (2007) encontrou um forte estigma em relação ao bairro, na percepção dos moradores, especialmente quando tentam se inserir no mercado de trabalho da cidade. Há uma separação da ARES Aracy em relação ao município de São Carlos ilustrada nas expressões “o povo lá de baixo” para se referir aos moradores do bairro e “o povo lá de cima” para os demais bairros (SILVA, 2007, p.3).

Jardim et al. (2004) ao relarem atividades de extensão desenvolvidas na comunidade também se reportaram à estigmatização da população:

Não bastassem as desigualdades sociais, ao longo de duas décadas os moradores têm sido vítimas/alvo do preconceito e da discriminação na cidade. Como consequência, os moradores apresentam uma baixa auto-estima e têm dificuldades em conseguir emprego nas empresas da cidade devido ao estigma de “marginais”, “bandidos” entre outros. Durante nosso dia a dia no bairro, pudemos comprovar in loco como a estigmatização e a baixa autoestima estão presentes no cotidiano das pessoas. Seja no ponto de ônibus, quando se recusam a dar informações sobre o bairro, seja quando omitem/trocam o endereço de sua residência por endereço de um amigo que reside fora do bairro, para ter oportunidade de emprego. Os moradores se vêem destituído da identidade com o bairro, negando, a todo momento, a relação de morador, pois a mesma provoca constrangimento social (JARDIM et al., 2004, p. 02)

A pirâmide populacional da ARES Aracy, em 2008, apresentada na Figura 6, reflete o processo de migração urbana e de construção do bairro.

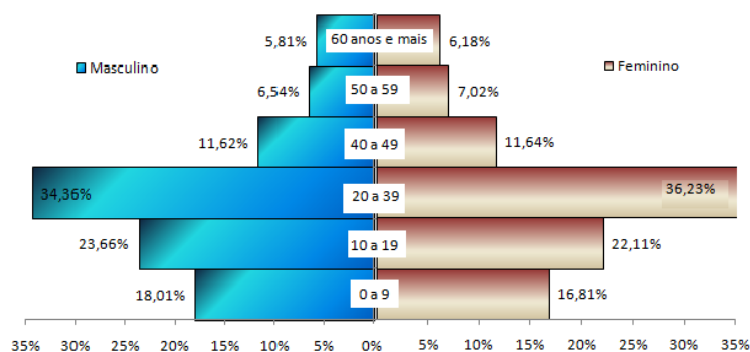


Gráfico 14 - Pirâmide demográfica da ARES Aracy, São Carlos, 2008.
Fonte: Datasus, 2010

Em 2008, a faixa etária de zero a nove anos de idade representava 2.160 (16,8%) pessoas do sexo feminino e 2.329 (18,0%) do sexo masculino, totalizando 4.489 pessoas; na faixa etária de 10 a 19, haviam 2.841 (22,2%) mulheres e 3.059 (23,7%) homens, totalizando 5.900 pessoas; entre 20 a 39 anos eram 4.654 (36,0%) mulheres e 4.443 (34,5%) homens, totalizando 9.097 pessoas; entre 40 e 49 anos eram 1.496 (11,7%) mulheres e 1.503 (11,6%) homens, totalizando 2.999; entre 50 a 59 anos foram contabilizados 902 (7,0%) mulheres e 845 (6,5%) homens, totalizando 1.747; as pessoas com mais de 60 anos somavam 794 (6,2%) mulheres e 751 (6,5%) homens, num total de 1.545 pessoas. No geral, eram 12.847 mulheres e 12.930 homens, somando 25.777 pessoas residentes na área adscrita à ARES Aracy.

Como bem observa Silva (2007), 25.000 habitantes é um porte de cidade pequena, maior que as duas cidades limítrofes de São Carlos como Itirapina e Brotas. Comparando a pirâmide populacional da ARES Aracy com a do município (p. 71) em 2008, verifica-se uma grande diferença no padrão de desenvolvimento de ambas: a do município é adulta jovem tendendo a envelhecimento, padrão de áreas mais desenvolvidas, enquanto a da Aracy permanece com a base larga e o ápice estreito, como é característico das regiões em desenvolvimento.

Em 2008, a taxa da natalidade na ARES Aracy foi cerca de três vezes maior do que a do município (47,0 por mil nascidos vivos comparadas a 13,5 do município), o que justifica as disparidades na sua pirâmide populacional.

A composição e os arranjos das famílias no bairro, de acordo com as fichas de cadastro de famílias do PSF, estão sintetizados na Tabela 5.

Tabela 5 - Composição das famílias e situação das mães sem companheiro na ARES Aracy, São Carlos, 2008.

| Equipe | Famílias | Pessoas | Pessoa/ família | (%) Mães sem companheiros |
|--------------|----------|---------|--------------------|------------------------------|
| PSF Antenor | 1.528 | 5.998 | 3.8 | 68,0 |
| PSF Collor | 881 | 3.248 | 3.7 | 69,1 |
| PACS Aracy | 1.663 | 11.916 | 7.2 | 70,3 |
| PSF Aracy I | 875 | 3.253 | 3.7 | 70,0 |
| PSF Aracy II | 351 | 1.362 | 3.9 | 70,5 |
| ARES Aracy | 5.298 | 25.777 | 4.9 | 70,0 |
| Município | 64.594 | 212.956 | 3.2 | 57,0 |

Fonte: SINASC, SIAB/SMSSC, IBGE, 2010

A ARES Aracy é coberta por quatro equipes de PSF e pelo PACS, correspondendo a 5.298 famílias totalizando 25.777 pessoas. Contudo, a Secretaria de Habitação e Planejamento Urbano contabiliza apenas 25.000 pessoas, considerando o número das habitações regulares do território.

A média da relação pessoa/família é pior na área de abrangência do PACS Aracy e a média da ARES é 1,7 maior que a do município, o que significa concentração de um maior número de pessoas na mesma residência. A relação pessoa/família oculta enormes disparidades nos arranjos familiares, renda e outros.

A taxa de gestação na adolescência nos bairros, em 2008, foi: 50% no bairro Presidente Collor; 57,5% no bairro Antenor Garcia e 29,08% nos bairros Aracy I e II. Seguindo uma tendência do município, já descrita no item *Dinâmica Reprodutiva* em São Carlos, em 2008, o percentual das mães que estavam sem companheiro no Aracy foi de 70% (13% maior do que do município), significando um maior número de famílias monoparentais na área, especialmente entre as mães adolescentes, cuja média foi de 91,3%, 6% maior que média para a faixa etária do município.

Estudos demográficos realizados na década de 1990 já sinalizavam para um aumento desse tipo de arranjo familiar, juntamente com condições de maior precariedade de capital econômico e cultural a ele associado (GODANI, 1994). Dias e Aquino (2006) encontraram que a maternidade/paternidade motivou a formação de grupos familiares, quando investigaram qualitativamente como jovens de 18 a 24 anos de classes populares experimentaram a maternidade e a paternidade na adolescência em três capitais brasileiras. Essa aparente contradição pode estar relacionada ao período de coleta de dados entre os estudos. Na presente pesquisa e na de Godani (1994), a informação referiu-se ao momento do parto enquanto Dias e Aquino (2006) entrevistaram pais e mães adolescentes quando já

estavam com 18 a 24 anos. A diferença entre os estudos também confirma a necessidade de se construir a atenção em rede a partir das necessidades do território.

Em relação à organização do espaço geográfico, segundo os dados do cadastro das famílias do SIAB em 2008, os dados sobre condições de moradia são excelentes quando comparados às regiões como o Nordeste do país, sendo que mais de 90% possui casa de alvenaria, saneamento básico, energia elétrica, coleta de lixo. Porém esses dados ocultam iniquidades como: número de pessoas por cômodos da casa, condições insalubres do ambiente e número absoluto de famílias que não dispõem de abastecimento público de água e esgotamento sanitário.

Segundo o cadastro das equipes do PSF/PACS da ARES Aracy, dez casas foram construídas de taipa revestida, uma delas não é revestida, vinte e seis casas são de madeira reaproveitada e oito são construídas com material reaproveitado. Trinta e oito residências não dispõem de abastecimento público de água, noventa e três residências não têm coleta de lixo, sendo que em cinquenta e oito casas há a prática da enterrar/queimar o lixo e em vinte e seis o lixo é depósito a céu aberto.

O esgotamento sanitário de trinta e oito casas é feito por fossa e em oito casas o esgoto corre a céu aberto; sessenta e duas casas não possuem energia elétrica. Portanto, existem no território quarenta e cinco casas construídas de modo precário e noventa e duas residências que não dispõem de serviços básicos de saneamento ambiental, que ficam ocultas no percentual de mais de 90% de saneamento da ARES.

O bairro Antenor é o que apresenta maior iniquidade: quarenta e seis casas construídas com material alternativo e sem saneamento. Este dado tem reflexos na ocorrência de doenças infecto-parasitárias e nutricionais, sendo registrados no SIAB, em 2008, duzentos e quarenta casos de diarreia, dos quais cento e noventa em menores de um ano. Apesar de não serem registrados óbitos por diarreia, uma vez que todos os casos foram tratados ambulatorialmente com Terapia de Reidratação Oral (TRO), a literatura indica o sinergismo entre desidratação e desnutrição infantil, que juntos interferem diretamente no processo de desenvolvimento da criança e do adolescente (CRUZ, 2009). Essa situação indica iniquidade na redução das mortes infantis na área, pois estão sendo evitadas por tecnologia médica que é paliativa e não garante a qualidade da vida e o direito à saúde das pessoas.

Em relação à escolaridade, situação das crianças na escola e a taxa de alfabetização de pessoas com mais de 15 anos estão apresentada na Tabela 5.

Tabela 6 - Escolaridade na ARES Aracy, São Carlos, 2008

| Equipe | 7 a 14 anos na escola | | 15 anos e mais alfabetizados | |
|-----------------------|-----------------------|--------|------------------------------|--------|
| PSF Antenor | (515) | 39,83% | (3.933) | 89,86% |
| PSF Presidente Collor | (568) | 95,24% | (2.121) | 91,98% |
| PSF Aracy –Equipe 1 | (584) | 93,44% | (2.041) | 92,65% |
| PSF Aracy –Equipe II | (264) | 86,63% | (854) | 92,78% |
| PACS Aracy | (1.995) | 99,25% | (7.725) | 93,64% |
| ARES Aracy | (3.926) | 82,91% | (15.820) | 92,21% |

Fonte: SIAB/SMSSC, 2009.

Segundo os dados do SIAB, em 2008, (3.926) 82,9% das crianças e adolescentes entre 7 e 14 anos estavam matriculados na escola e (15.820) 92,2% dos jovens e adultos acima de 15 anos eram alfabetizados. Os índices de crianças e adolescentes fora da escola informados pelo PSF Antenor são preocupantes e merecem ser mais bem investigados, especialmente devido ao fato de que 80% da população do bairro, como será discutido posteriormente é beneficiária do Programa Bolsa Família (PBF) e um dos critérios para a continuidade é a manutenção das crianças e adolescentes na escola, ou seja, há equívocos no registro do PSF ou há a falta de notificação da escola em relação à evasão escolar. Neste sentido, é importante destacar que o governo federal desencadeou no início de 2010 o recadastramento de todos os beneficiários do PBF para evitar tais problemas.

No que se refere à escolaridade das mães, segundo os dados do SINASC, do total de dos 1.213 nascimentos na ARES, 13 (1,1%) mães nunca estudaram, 19 (1,5%) estudaram de um a três anos, 255 (21,0%) mães estudaram entre quatro e sete anos, 925 (76,3%) estudaram de oito a onze anos de estudo e 12 (1,0%) mães estudaram doze ou mais anos. A análise dos bairros desagregada mostra que o Antenor tem a situação mais precária, sendo que 23 (48,0%) mães tinham menos de oito anos de estudo.

Dentre as mães adolescentes, apenas 1,1% estudaram menos de oito anos e todas as demais estudaram de oito a onze anos, porém, momento do parto, apenas 11 (10,4%) estavam matriculadas na escola, taxa 6% menor do que a do município.

Quanto à ocupação das mães, em 2008, 9 (0,8%) ocupavam cargos de nível técnico médio, 13 (1,1%) trabalhavam em serviços administrativos e 103 (8,5%) trabalhavam como empregadas domésticas, 38 (3,1%) trabalhavam na indústria, 885 (73,0%) se declararam domésticas.

Na ARES Aracy, dentre as mães adolescentes com menos de dezesseis anos, 29,0% só estudavam e 71,0% eram domésticas e não estudavam. Enfatizando que o ECA, no art. 60, proíbe qualquer trabalho a menores de dezesseis anos de idade, salvo na condição de aprendizes a partir de quatorze, essas meninas deveriam estar mesmo matriculadas na escola. Apenas 2% das gestantes adolescentes tinham menos de dezesseis anos.

Das mães entre dezesseis e dezenove anos, já liberadas pelo ECA para exercerem trabalho formal, 8,0% só estudavam; 82,3% eram domésticas e não estudavam; 3,0% eram empregadas domésticas; 3,0% trabalhavam no comércio, e 3,0% ocupavam cargos de nível técnico.

O ensino fundamental é obrigatório no país (BRASIL, 1996a) e é o mínimo exigido na para acessar a maior parte dos postos de trabalho oferecidos pelo mercado. Também é um das condicionalidades para o recebimento dos benefícios de transferência de renda do Estado, como será visto posteriormente no item *Potencialidades da rede de proteção*.

Ao estudar a vulnerabilidade da juventude no Brasil, Waiselfisz (2004) encontrou que a incidência do jovem que não estuda ou não trabalha varia segundo o gênero e renda da família, a incidência é maior de jovens do sexo feminino e é inversamente proporcional ao aumento da renda familiar. O restrito mercado de trabalho pode reproduzir as hierarquias sociais existentes, consequentemente os jovens de classe social baixa passam a ter ocupações desvalorizadas e de baixa remuneração.

Nas últimas décadas houve um crescente desemprego nesse grupo populacional. Em 2000, a proporção de jovens desempregados em relação ao total da população desempregada era de 43,8%, aumentando em 2005 para 46,6%. Segundo o Ministério da Saúde, a ocupação e a escolaridade dos jovens estão diretamente relacionadas à situação familiar, principalmente das famílias com pior inserção e remuneração, o que impede os pais de financiarem o estudo e o lazer dos jovens. É fundamental que as áreas que apresentam maiores percentuais de partos juvenis tenham uma atenção diferenciada à redução das vulnerabilidades sociais relacionadas à educação e o trabalho (BRASIL, 2010a).

A assistência materno-infantil foi analisada a partir das informações do SINASC, SIM, SISPRENATAL e SIAB sobre o número de consultas no pré-natal, tipo de parto, duração da gestação, peso ao nascer, aleitamento materno, vacinação e causa do óbito infantil.

Os dados do SIAB mostram uma grande melhora dos indicadores entre os anos de 2006-2008, passando de 78%, para 98,0%, na ARES. Porém, em relação ao número de consultas, verifica-se uma contradição dos dados do SINASC e do SIAB. A tabela 4 e a figura 4 mostram que os bairros Aracy e Collor com maior percentual de pré-natal com menos de 7 consultas e o Antenor Garcia com 100% com mais de sete consultas. Já o relatório do SIAB de cada equipe no mesmo período indica que no Antenor, 2 (7,0%) mães realizaram menos de 6 consultas no pré-natal e 26 (93,0%) realizaram mais de 7 consultas. Tais inconsistência

precisam ser diluídas visto a importância da informação em saúde para análise da situação de saúde e gestão do território.

Conforme os dados do SISPRENATAL, o número de consultas esteve atrelado à idade gestacional da primeira consulta, indicando que houve uma melhora na captação precoce da gestante na área. O aumento da cobertura do pré-natal e a captação precoce podem estar refletindo a implantação de duas equipes do PSF, Aracy I (dezembro de 2007) e II (agosto de 2008). Martins (2010), em Belo Horizonte, e Gonçalves et al. (2008), em um Município da Grande São Paulo, levantaram que a captação precoce da gestante foi facilitada pela atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. Quando se analisa o número de consultas no pré-natal segundo a idade da mãe, entre as adolescentes o percentual é mais baixo, 89%, o que esteve relacionado à captação depois do primeiro trimestre dessas mães. Os estudos demonstraram que a gestante adolescente é captada mais tardiamente, visto que muitas são indesejadas, causam conflitos familiares e com o pai da criança, tendo como consequência e a mãe pode desejar esconder a gestação ou interrompê-la.

Segundo o documento “Saúde Integral de Jovens e Adolescentes: orientações para organização dos serviços de saúde”, do Ministério da Saúde, a captação da adolescente pela Unidade de Saúde deve ser realizada por meio de ações e atividades estratégicas e o estabelecimento de vínculos com o profissional, dentro da unidade e em espaços comunitários (BRASIL, 2005b). Por sua vez, o acolhimento diferenciado da gestante também é fundamental para a qualidade do acompanhamento, visto às necessidades psico-sociais que lhes são mais frequentes.

Nesta direção, o protocolo de atenção à gestação no município assim se posiciona “a gestante adolescente não deve ser considerada de risco se não apresentar as patologias listadas no protocolo” (SÃO CARLOS, 2006, p.02). Cabe destacar que este é o único parágrafo do protocolo em que a mãe adolescente é citada. Tal declaração se justifica por se tratar da normatização dos fluxos de encaminhamento para serviços de alta complexidade tecnológica, mas certamente reforça a concepção de que a maternidade eleva às adolescentes ao status de adultas não resultando, portanto, na proposta de práticas diferenciadas. Torna-se necessário investigar qualitativa e estrategicamente os obstáculos na captação e acolhimento da gestante adolescente no pré-natal da ARES Aracy a fim de garantir a equidade no acesso às mais jovens. O potencial de enfrentamento dessa assistência será mais bem discutido no item *Potencialidades da rede de proteção*.

Em relação ao profissional que realiza o pré-natal, segundo o SISPRENATAL, a obstetra da UBS realizou 81 (76,5%) acompanhamentos pré-natais, enquanto os médicos de Saúde da Família realizaram apenas 25 (24,6%) do total da área. O protocolo de atenção ao pré-natal do município orienta que o generalista do PSF possa realizar esse acompanhamento. Compreende-se que são vários os atravessamentos que podem ocorrer neste atendimento, desde a cultura da comunidade em procurar o médico especialista até a necessidade de qualificação do generalista para assumir o cuidado. Na perspectiva da integralidade de rede a questão não é quem realiza o pré-natal, mas se o vínculo e o acolhimento estão sendo adequados às necessidades dessa clientela e se o PSF continua coordenando o cuidado, mesmo que a gestante realize as consultas em outra unidade. Conforme a pesquisa de TAMEZGONZÁLEZS (2006), a baixa escolaridade e a precarização do vínculo empregatício das mães podem apresentar-se como dificultadores na adesão ao acompanhamento pré-natal. A pesquisadora enfatiza que, para esse enfrentamento, o vínculo entre a mãe e a equipe de saúde é fundamental. Tal fato requer a realização de estudos que problematizem os impactos do modelo de organização da APS na qualidade da assistência prestada tendo em vista que somente o número de consultas não permite avaliar as ações das equipes de saúde da família na atenção materno-infantil. Importante ressaltar que a literatura defende que a qualidade do pré-natal interfere nas condições de nascimento e na redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2005b; MARTINS, 2010; SAVAGE et al., 2007; SIMKHADA, 2008).

Quanto ao peso de nascimento, o estudo identificou que não houve registro de baixo peso na ARES Aracy em 2008. Em 2006, foram registrados 9 (8,0%) de recém-nascidos de baixo peso, destes 4 (44,4%) eram prematuros e 5 (65,6%) desnutridos intra-útero, verificando-se uma melhora importante nas condições de nascimento na área no período.

Destaca-se que, em 2008, a taxa de nascimento de baixo peso entre as adolescentes foi menor do que entre as mães com mais de 20 anos, indicando que, na ARES Aracy a idade menor de 20 anos da mãe foi protetora para o nascimento prematuro e de baixo peso. Considera-se que a alta cobertura do pré-natal nesta área e a realização de mais de sete consultas durante o acompanhamento pode ter contribuído para esta melhora. A literatura referencia a eficácia do pré-natal para redução do baixo peso ao nascer e na prematuridade (KILSZTAJN et. al., 2007; BRASIL, 2005b).

No tocante ao tipo de parto, na população geral da área predominou o parto cirúrgico em 53,9% dos nascimentos, em 2008. Este dado é bem inferior ao total do município que foi de 72,1% no mesmo período. Dentre as mães adolescentes, 48 (55,0%) foram partos vaginais,

indicando que a gestação na adolescência foi de proteção para o parto cesáreo. Este indicador também apresentou melhoras comparadas aos índices de 2006 e 2007, que foram de 47,0% e 46,0% respectivamente.

Em relação aos óbitos infantis, houve redução importante no período. Em 2006 foram registrados sete óbitos infantis (um no bairro Antenor, um no bairro Collor e cinco no Aracy) e, em 2007, cinco mortes (um no Antenor e quatro no Aracy), em 2008 foi registrado apenas um óbito na ARES Aracy, cujo nascimento foi prematuro e de peso ao nascer de 340 gramas. A mãe tinha 14 anos, estudou entre 8 a 11 anos e não estava matriculada na escola no momento do parto.

Verifica-se, portanto, uma diminuição significativa da taxa de mortalidade infantil na população de mães adolescentes da ARES Aracy quando comparados os dados desagregados nos três anos: 2006, 2007 e 2008, conforme demonstrado no Gráfico 15.

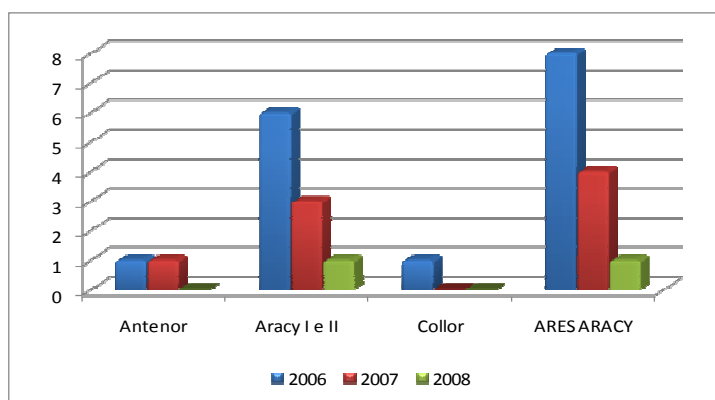


Gráfico 14 - Evolução dos óbitos infantis por bairros da ARES Aracy, São Carlos, 2006-2008.

Fonte: SINASC/SMSSC, 2009

As causas das mortes infantis de mães adolescentes no período de 2006-2008 referiram-se à doença hipertensiva da mãe (15,4%), hipóxia neonatal (23,0%), septicemia (23,9%), Infecção do Trato Urinário (8,0%), má-formação por utilização de substâncias teratogênicas (15,4%) e pneumonia bacteriana (15,4%). Todos estes óbitos ocorreram no período neonatal precoce e são classificados como evitáveis, segundo a Lista de Causas Evitáveis do Ministério da Saúde.

A redução da mortalidade infantil na área é mais um indicador da melhora da qualidade da assistência à saúde no território. O acompanhamento da criança pelas equipes de saúde da família foi verificado de acordo com a taxa de crianças menores de um ano de vida acompanhadas e pesadas, a cobertura vacinal nos menores de um ano de vida, a taxa de aleitamento materno exclusivo em menores de quatro meses registrados nos relatórios do SIAB em 2008. Esses dados são apresentados na Tabela 7:

Tabela 7 - Acompanhamento da saúde da criança da ARES Aracy, São Carlos, 2008.

| PSF/PACS | Acompanhadas (%) | Pesadas (%) | AME até 4 meses (%) | Cob. Vacinal < 1 ano (%) |
|--------------|------------------|-------------|---------------------|--------------------------|
| PSF Antenor | 80,0 | 80,0 | 90,0 | 98,0 |
| PSF Collor | 91,0 | 91,0 | 70,0 | 92,0 |
| PSF Aracy I | 85,0 | 85,0 | 86,0 | 97,0 |
| PAF Aracy II | 80,0 | 80,0 | 74,0 | 98,0 |
| PACS Aracy | 89,0 | 89,0 | 72,0 | 93,0 |
| ARES Aracy | 85,0 | 85,0 | 79,0 | 95,0 |

Fonte: SIAB/SMSSC, 2009.

Observou-se que, em média, 85% das crianças menores de um ano da área foram acompanhadas pelo médico ou enfermeiro da área para realização de consulta programada para puericultura e, na ocasião, foram pesadas. Algumas crianças, que não realizaram o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, foram vacinadas. A taxa de aleitamento materno exclusivo (AME) alcançou a média de 78,5% na ARES Aracy. A função protetora do aleitamento materno para desnutrição infantil, infecções e proteção à obesidade, por meio da está consolidada na literatura (SIMON, SOUZA, SOUZA, 2009). Chama a atenção a excelente taxa de AME na população adstrita do PSF Antenor, área de maior vulnerabilidade social da ARES Aracy, o que pode estar contribuindo para proteger as crianças menores da diarreia e da desnutrição.

Abaixo, a Tabela 8 indica a frequência da desnutrição e da diarreia em menores de 2 anos, o uso da TRO e a evolução ou não dos casos para internação.

Tabela 8 - Indicadores de saúde e da assistência à saúde da criança menor de 1 ano na ARES Aracy, São Carlos, 2008.

| PSF/PACS | Desnutrição | Diarreia | TRO | Internação por diarreia |
|--------------|-------------|----------|-----|-------------------------|
| PSF Antenor | 4 | 20 | 20 | 0 |
| PSF Collor | 6 | 8 | 8 | 0 |
| PSF Aracy I | 2 | 13 | 13 | 0 |
| PSF Aracy II | 3 | 12 | 12 | 0 |
| PACS Aracy | 7 | 25 | 25 | 1 |
| ARES Aracy | 22 | 78 | 78 | 1 |

Fonte: SIAB, SMSSC, 2009.

Os dados confirmam a alta incidência de doenças diarreicas na área, e muitos casos podem ser reincidentes, considerando que foram somados ao longo do ano de 2008. Como já descrito na literatura, a Terapia de Reidratação Oral (TRO) é eficiente para evitar as internações por diarreia (COSTA; SILVA, 2010). No universo de 78 casos de doenças diarreicas que foram tratadas, apenas uma evoluiu para internação. A ocorrência de doenças diarreicas está diretamente relacionada às condições de vida do território. Os dados da Tabela 16 mostram que o PSF foi eficiente em controlar suas complicações, mas que efetivamente

elas não deixaram de acontecer porque a fonte ambiental não foi eliminada, o que evidentemente é um limite do trabalho das equipes de saúde..

Os indicadores de saúde materno-infantil nos bairros da ARES indicam que houve melhora nos últimos anos, que podem estar relacionadas à ampliação da cobertura e acesso da APS e a qualificação da atenção ao pré-natal e parto no município. Porém, os indicadores de condições de vida permanecem iníquos, indicando a vulnerabilidade social da área: acesso à escola, inserção precária no mercado de trabalho, irregularidade na trajetória escolar, responsabilização da mulher pela maternidade (mães sem companheiro), indicando a necessidade de enfrentamentos que vão além do setor saúde.

A análise espacial da gestação na adolescência no município confirma a correlação entre maior incidência de gestação na adolescência e vulnerabilidade social, mostrando que não são casos isolados, mas que identificam a necessidade da atuação com base territorial de uma rede intersetorial de proteção social para redução das iniquidades e empoderamento dos sujeitos.

Os dados apresentados confirmam a alta vulnerabilidade social das adolescentes na ARES Aracy. Os problemas que as afetam, como acesso à educação, acesso aos serviços de saúde, exclusão do mercado de trabalho e ausência de empoderamento para o exercício do direito sexual e reprodutivo, não são casos isolados, posto que permeiem toda a população do território, o que confirma a necessidade de políticas públicas e da intervenção em rede intersetorial de proteção à infância e juventude que reduzam as iniquidades sociais e garanta o direito à saúde à população.

A lógica do território tem sido a ideia-força das políticas sociais na atualidade, induzidas pelos avanços dos estudos sobre os determinantes sociais em saúde no Brasil. A Comissão Nacional dos Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS), ligada diretamente ao gabinete da Presidência da República, tem induzido várias políticas em relação à juventude brasileira, inclusive a implantação de uma Secretaria Nacional de Juventude, em 2005, que assume como objetivo a redução das iniquidades sociais por meio de estratégias intersetoriais de saúde, educação, trabalho, emprego e renda e proteção social.

Desde 2004, várias políticas sociais garantidas na Constituição de 1998 foram regulamentadas em políticas setoriais, o que representou um grande avanço para o país. Destacam-se a Política Nacional de Assistência Social, que cria o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (BRASIL, 2004), a Política Nacional de Esporte e Lazer (BRASIL, 2005d). Todas têm em comum: caráter universalista, princípios de equidade,

integralidade, organização descentralizada e enfoque no território e participação popular. Em todas as políticas reconhece-se como enfoque primordial a redução das desigualdades sociais no território nacional. O município lócus privilegiado de ação.

Mas, parafraseando o poeta Carlos Drummond de Andrade “*As leis não bastam. Os lírios não nascem das leis*”, ou seja, há que se observar o *modus operandi* dos programas e projetos para avaliar em que medida os avanços no aparato jurídico-político tem se consolidado no cotidiano das pessoas, famílias e comunidades. Com tal objetivo construiu-se o item seguinte que trata da Rede de Proteção ao Adolescente no município de São Carlos e, em particular, na ARES Aracy.

5.4 A atenção ao adolescente em São Carlos: mapeamento da rede

Visando identificar os recursos e as instituições do município de São Carlos que, potencialmente, podem compor (ou já compõem) a rede de proteção à adolescência na problemática levantada, foram coletados dados junto à Secretaria de Habitação e Planejamento Urbano.

O gráfico 16 concentra os equipamentos sociais de São Carlos segundo tipo: cultura, educação, centros comunitários, esportes e lazer. A composição da rede de serviços de saúde será detalhada em outro item.

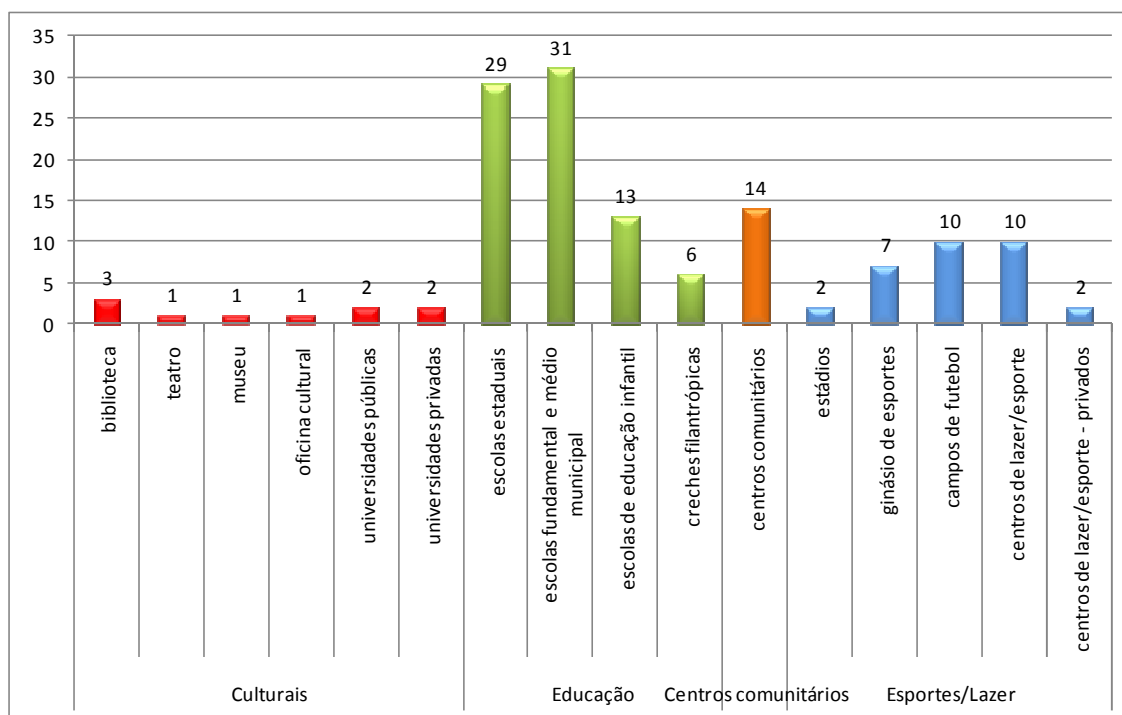


Gráfico 15 - Distribuição dos equipamentos sociais segundo tipos, São Carlos 2008

Fonte: SDHU, São Carlos, 2009.

Os equipamentos culturais públicos identificados foram: três bibliotecas, um teatro, um museu, uma oficina cultural. As instituições públicas de ensino congregam treze escolas de ensino infantil, sessenta escolas de ensino fundamental e médio, duas universidades (USP e UFSCar). No setor privado existem quarenta e duas escolas de ensino fundamental e médio e duas universidades privadas.

Sob a gestão da Secretaria de Cidadania e Assistência Social, estão implantados treze centros comunitários nos bairros. Os equipamentos públicos de esporte e lazer compreendem dois estádios, sete ginásios de esporte, dez campos de futebol, nove centros de lazer e esportes e um Centro da Juventude. No setor privado, o Serviço Social da Indústria (SESI) e o Serviço Social do Comércio (SESC) disponibilizam seus espaços de esportes e lazer para os projetos públicos por meio de parcerias. Os projetos, público-alvo, cobertura e distribuição por ARES desenvolvidos nestes equipamentos, exceto os desenvolvidos na educação formal, estão descritos no Quadro 2.

| Secretarias | Projetos | Público-Alvo | Total | Vagas | Local/Ares |
|---------------------------------|---|--|--------|-----------------|---------------------|
| Esporte | Atletismo nos Bairros | 7 a 16 anos | 32.000 | 120 | 3, 4 e 5 |
| | Escolas de Esportes | 7 a 24 anos | 43.850 | 1.200 | 2, 3, 4, e 5 |
| | Praças Esportivas | Sem limites | | | 2, 3, 4, e 5 |
| | Campeões do Futuro | 5 a 15 anos | 38.000 | 800 | Centro |
| Cidadania e Assistência Social | Cinema para Todos | Sem limites | | | 1, 2, 3, 4 e 5 |
| | Projovem Adolescente | 12 a 18 anos; baixa renda | 4.500 | 1.500 | 1, 2, 3, 4 e 5 |
| | PAIF | Famílias vulneráveis | | | 1, 2, 3, 4 e 5 |
| | Bolsa Família | Famílias em situação de vulnerabilidade | | 4828 | 1, 2, 3, 4 e 5 |
| | Cartão alimentação | Famílias em situação de vulnerabilidade | | 1300 | 1, 2, 3, 4 e 5 |
| | Renda Cidadã | Famílias em situação de vulnerabilidade | | 185 | 1, 2, 3, 4 e 5 |
| | Ação jovem | 15 a 24 anos | | 57 | 1, 2, 3, 4 e 5 |
| | NAI | Adolescentes e jovens em medidas socioeducativas | | | Referência |
| Educação e Cultura | Projovem Urbano-EJA | 14 anos e mais | 11.800 | 1.500 | 1, 2, 3, 4 e 5 |
| | Mova | 15 anos e mais | | 350 | 1, 2, 3, 4 e 5 |
| | Escola Do Futuro | S/limite | | | 1, 2, 3, 4 e 5 |
| | Escola é Nossa | S/limite | | | 1, 2, 3, 4 e 5 |
| | Cinema para todos | S/limite | | | Centro e itinerante |
| Trabalho, Emprego e Renda/ FESC | Projovem Trabalhador | 18 a 29 anos; baixa renda | 5.000 | 1.500 | Referência |
| | Programa de Inclusão digital (PID) | S/limite | 5.000 | 26 postos | 1, 2, 3, 4 e 5 |
| | Unitrabalhador – Cursos Profissionalizantes | 14 anos ou mais/ Prioritariamente, Famílias cadastradas no PBF | 5.000 | Vários projetos | 1, 2, 3, 4 e 5 |
| | Centro de Economia Solidária | Prioritariamente, Famílias cadastradas no PBF | | | Referência |
| Infância e Juventude | Conselho Tutelar | 0 a 18 anos | | | Referência |
| | RECRIARD | 0 a 24 anos | | | 1 |
| | Centro da Juventude | 15 a 22 anos | 9.000 | | 1 e 2 |

Quadro 2 - Projetos, Público alvo e Cobertura por ARES, São Carlos, 2008.

Fonte: SMCAS/SMEL/SMEC/SMTR/SMSSC, 2009.

Os projetos citados no quadro serão descritos nos itens seguintes e estão agrupados de acordo com o setor e a secretaria envolvida.

5.4.1 Esporte e Lazer

O esporte e o lazer, além de importantes para a redução de problemas ligados à saúde, vêm afirmando sua importância como estratégias para a inclusão social, e à educação e também como geradores de renda (ALVES; PIERANTI, 2007). A prática da atividade física regular reduz a incidência de algumas doenças cardiovasculares, que são a principal causa das doenças crônicas, além de estimular a formação e manutenção de vínculos sociais, fundamentais para os adolescentes e jovens (BRASIL, 2002b). Em relação aos adolescentes em situação de vulnerabilidade social, têm se destacado como instrumentos importantes de inclusão social e aproximação com a escola (FIORENTINO; SALDANHA, 2007; PAES, 2006).

A Constituição Federal reconhece e garante o esporte e o lazer como direito social e dever do Estado. A Política Nacional de Esportes e Lazer (PNEL), aprovada em 2009, é fruto de amplo debate em várias Conferências Nacionais, instituídas desde 2004, que culminou na criação do Ministério do Esporte e Lazer (MEL). Os pressupostos da PEL estão descritos abaixo:

O projeto histórico de sociedade comprometido com a reversão do quadro de injustiça, exclusão e vulnerabilidade social ao qual se submete grande parcela da nossa sociedade; o reconhecimento do esporte e do lazer como direitos sociais; a inclusão social compreendida como a garantia do acesso aos direitos sociais de esporte e lazer a todos os segmentos, sem nenhuma forma de discriminação, seja de classe, etnia, entre religião gênero, nível socioeconômico, faixa etária e condição de necessidade especial de qualquer espécie; A gestão democrática e participativa, com ênfase na transparência no gerenciamento dos recursos (BRASIL, 2009, p.34)

O cerne da PEL é a inclusão social e redução das desigualdades por meio do esporte e lazer. Assim como as demais políticas, tem caráter universalista, equânime, integral, descentralizado e com a participação popular. O território é o foco das atenções da PEL, tendo em vista a diversidade cultural e a vulnerabilidade social. A semelhança dos conselhos de saúde e de assistência social, os conselhos de esportes e lazer foram estabelecidos nos níveis, federal, estadual, regional e municipal. Na PEL fica garantido e priorizado o oferecimento regular de práticas esportivas educacionais, de lazer e de alto rendimento para a população em situação de vulnerabilidade social (BRASIL, 2009, p. 47). A partir da PEL, os municípios são convocados a organizar sua estrutura local para garantir o direito à sua população por meio da implantação do Sistema Municipal de Esporte e Lazer, do Fundo Municipal do Esporte e Lazer e do Conselho Municipal de Esporte e Lazer (BRASIL, 2009, p 58).

Em São Carlos, o Sistema Municipal de Esporte e Lazer, o Conselho Municipal de Esportes e Lazer e o Fundo Municipal de Esportes foram criados antes da PEL, pela Lei Municipal n.13.251, publicada em 10 de dezembro de 2003 (SÃO CARLOS, 2003). A Gestão do Sistema Municipal de Esporte e Lazer é realizada pela Secretaria Municipal de Esportes e Lazer (SMEL), junto com o Conselho Municipal, e congrega as instituições de Esporte e Lazer públicos listados no Gráfico 16: dois estágios, dez campos de futebol nos bairros, nove centros de esporte e lazer.

Os projetos de esporte e lazer desenvolvidos com a juventude foram apresentados por meio de chamamento público, e aprovados pelo Conselho Municipal de Esporte e Lazer, em 2006. Dentre os critérios para aprovação dos projetos destacavam-se:

[...] Promoção, planejamento, execução e avaliação de eventos no campo do lazer, tais como festivais de esporte comunitário e educação, priorizando aqueles que contam com **participação direta da população na organização e/ou execução**; subsídios a projetos de desenvolvimento de possibilidades de lazer gratuito aos cidadãos do município, **prioritariamente voltados à promoção social, cidadania, educação e inclusão**; promoção, planejamento, execução e avaliação de eventos esportivos e de lazer **exclusivamente voltados a pessoas com necessidades especiais**, tais como torneios e campeonatos, festivais, espetáculos e outras atividades congêneres; concessão de bolsas para técnicos esportivos; apoio a projetos de desenvolvimento do esporte e do lazer, priorizando aqueles que destaquem **política afirmativa voltada a essa população**; esporte: promoção, planejamento, execução e avaliação de eventos esportivos, tais como torneios, campeonatos e outras atividades congêneres; concessão de bolsas para técnicos esportivos; subsídios às escolinhas esportivas das diversas modalidades; apoio a projetos de desenvolvimento do esporte de rendimento não-profissional e revelação de talentos esportivos no Município (SÃO CARLOS, 2006b. Grifos nossos)

Nos critérios acima se observam a participação comunitária, promoção da cidadania, educação e inclusão e a compreensão abrangente de política afirmativa. Contudo, a territorialização e a priorização de áreas vulneráveis não aparecem nos critérios de avaliação dos projetos.

Os projetos aprovados foram e estão sendo executados nas instituições públicas, praças, centros comunitários e, também, em parceria com o setor privado, sendo que quatro são voltados para a juventude. O projeto *Atletismo nos Bairros* objetiva difundir o atletismo entre jovens e adolescentes. Atualmente, as atividades ocorrem no SESC, no Centro de Esporte e Lazer do Bairro Santa Felícia e na Fundação Educacional de São Carlos (autarquia municipal). Ao todo são 120 vagas para crianças e adolescentes de 7 a 16 anos. O projeto *Campeões do Futuro* é desenvolvido no Centro de Esporte e Lazer do SESI, localizado na região central da cidade, abrange cerca de 800 crianças e adolescentes entre 5 e 15 anos. O projeto *Escolas de Esporte*, ofertado para 1.200 crianças e adolescentes entre 7 a 24 anos é uma parcerias entre a prefeitura e vinte academias privadas da cidade. O projeto *Praças*

Esportivas abrange dezessete praças distribuídas por toda cidade, sem limite de idade e número de participantes.

Os projetos representam marco significativo na construção do Sistema Municipal de Esporte e Lazer. Todavia, considerando o contingente de jovens e adolescentes nesta faixa etária, que alcançava 32.000 em 2009 (IBGE, 2009), e a localização da maioria dos projetos na área central do município, evidencia-se que a cobertura e o acesso são insuficientes para atender a demanda local, especialmente para a população de áreas vulneráveis da cidade. Como exemplo destaca-se o bairro Aracy que não foi contemplado nos projetos por falta de estrutura física, dispondo apenas do Centro Comunitário. Assim, em 2008, período da coleta dos dados desta pesquisa, os adolescentes não tinham espaço de esporte e lazer no território e faltava o transporte para se deslocarem até a região central.

Na Carta Municipal de Esportes e Lazer de São Carlos, elaborada e aprovada durante a 1ª Conferência Municipal de Esportes e Lazer, em maio de 2005, os participantes reconhecem as desigualdades do acesso e reivindicam a construção de mais equipamentos de lazer e esporte, nas áreas de maior exclusão social. Também sugerem “utilizar o Fundo Municipal da Criança e do Adolescente para dar “sustentação” a programas e projetos de esporte e lazer (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ESPORTE E LAZER, 2005).

Em 2010, foi inaugurada uma pista de skate no bairro Aracy, aprovada no Orçamento Participativo da Administração Regional e será inaugurado o segundo Centro da Juventude em São Carlos - o primeiro foi implantado no bairro Monte Carlo em 2008 - coordenado pela Secretaria Especial da Infância e Juventude e executado por meio da parceria intersetorial entre educação, esporte e lazer, trabalho, emprego e renda, Cidadania e Assistência Social. Na área do esporte e lazer, o centro dispõe de quadras, piscina olímpica, áreas de recreação, ginásio.

Compreendem-se os avanços no que tange a criação democrática do Sistema Municipal de Esportes, o cunho participativo dos projetos, porém a utilização do esporte e lazer como estratégia de inclusão no município começa a se concretizar a partir dos Centros da Juventude, pelo seu caráter territorial, integral, intersetorial e equânime. A reflexão sobre os Centros de Juventude será posteriormente ampliada enquanto estratégia política da Secretaria Especial da Infância e Juventude.

5.4.2 Educação

A escolaridade das mães mostrou-se uma das principais vulnerabilidades da gestação na adolescência em São Carlos. Nas áreas de maior incidência da gestação na adolescência, quase que a totalidade das mães cursou apenas o ensino fundamental.

De acordo com a Constituição Federal de 1988 (art. 205) e o ECA, a educação é um direito de todos e dever do Estado e da Família, visando o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação profissional. Contudo, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional-LDB (Lei nº 9.394/96) estabelece como obrigatório apenas o ensino fundamental. Castro e Ambrovay (2002) assinalam que o não acesso a determinados direitos sociais (educação, trabalho, saúde, lazer e cultura) diminui as chances de aquisição e aperfeiçoamento dos recursos que são fundamentais para que os jovens aproveitem as oportunidades oferecidas pelo Estado, mercado e sociedade para ascender socialmente. No caso do adolescente sancarlense, como os dados discutidos anteriormente demonstram, há impactos da escolaridade sobre a saúde, gestação e inserção no mercado de trabalho.

Para conhecer a estruturação da educação no município de São Carlos coletaram-se dados referentes ao número de escolas existentes, nível de governo envolvido, número de vagas disponíveis e, também, a demanda reprimida. Observou-se que a gestão da educação pública em São Carlos está dividida entre a Diretoria Regional de Ensino – Região de São Carlos (DRE), que supervisiona 41 instituições estaduais de ensino em sete municípios da região, e a Secretaria Municipal de Educação (SMESC), que supervisiona as instituições de ensino municipais.

Grosso modo, a DRE executa e supervisiona integralmente, de forma centralizada, o ensino médio e parte do fundamental do município. O Conselho Municipal de Educação (CME) está instituído desde 2003. A Lei Municipal n. 13.795, de maio de 2006, cria o Sistema Municipal de Ensino e integra todas as instituições de ensino infantil, públicas e privadas e as do ensino fundamental administradas pelo município.

A SMESC supervisiona o ensino infantil, parte do fundamental e a Educação para Jovens e Adultos (EJA) em seis regiões administrativas: Centro-Oeste (Santa Felícia); Nordeste (Vila Nery/Vila São José); Norte (Maria Stella Fagá/Jockey Club); Sudeste (Vila Isabel); Sudoeste (Vila Prado); Sul (Cidade Aracy).

A dualidade da gestão da educação pública entre estado e município produz vários ‘desencontros’ nos projetos pedagógicos e demanda diversos esforços para a continuidade de propostas nos diferentes níveis de ensino e nas parcerias intersetoriais de saúde, que serão aprofundadas na análise das *Potencialidades da Rede de Proteção*.

A relação entre oferta e demanda para as instituições educacionais no bairro Aracy, está apresentada no Quadro 3.

| ARES 1 | Antenor | Aracy | Collor | Oferta | Demanda | Déficit |
|--------------------|---------|-------|--------|--------|---------|---------|
| Ensino Infantil | 420 | 1862 | 446 | 2.807 | 2.728 | 0 |
| Ensino fundamental | 1.291 | 2.928 | 588 | 3.755 | 4.807 | 1.052 |
| Ensino Médio | 689 | 1.592 | 325 | 817 | 2.606 | 1.789 |

Quadro 3 - Disponibilidade de matrículas e população de 0 a 17 anos na ARES Aracy, São Carlos, 2008.

Fonte: SIAB, 2008 e IBGE, 2010

O bairro Aracy é sede da Supervisão Sul de Ensino e compreende seis escolas do ensino infantil, distribuídas nos três bairros da ARES que oferecem 2.807 matrículas e duas escolas municipais de ensino fundamental com 2.200 matrículas do ensino fundamental. Todas as vagas descritas no quadro 3 são do ensino público. Em 2008 haviam duas unidades de ensino estaduais disponibilizando 1.535 vagas para o ensino fundamental e 817 vagas para o ensino médio.

Em relação ao déficit entre oferta e demanda para a população entre zero e 17 anos de idade, em 2008, não havia déficit de vagas para o ensino infantil, faltavam 1.052 vagas para o ensino fundamental⁵ e 1.473 vagas para o ensino médio. Cabe destacar a evolução da oferta da educação pública na ARES Aracy na última década, sendo que, em 1998, se registravam apenas quatro creches (hoje transformadas em CEMEIs) e uma escola de educação infantil – Centro de Atendimento de Atenção Integral à Criança (CAIC), onde atualmente funciona a Escola Municipal de Ensino Básico (EMEB) “Afonso Fioca Vitali”.

O problema da falta de vagas para as crianças e adolescentes nas escolas do Aracy poderia ser equacionado com a alocação de alunos para outra região, pois a vivência com criança e jovens de diferentes realidades poderia contribuir na sua formação. Porém, como os dados do Quadro 4 evidenciam, número de vagas não se restringe à Aracy.

⁵ Em 2009, foi inaugurada a terceira unidade de ensino estadual no Aracy abrindo 620 novas vagas, reduzindo o déficit para 432 vagas no ensino fundamental (SMESC, 2009).

| Nível | Municipal | Estadual | Privada | Oferta | Demanda | Déficit |
|-------------|-----------|----------|---------|--------|---------|---------|
| Infantil | 3.983 | 33 | 910 | 4.926 | 11.839 | 6.913 |
| Fundamental | 5.793 | 16.311 | 5.890 | 27.994 | 32.022 | 4.028 |
| Médio | 0 | 7.053 | 1.904 | 8.957 | 16.766 | 7.809 |

Quadro 4 - Matrículas nas escolas de ensino infantil, fundamental e médio, São Carlos, 2008.

Fonte: IBGE e Datasus, 2010.

No ensino infantil, destinado às crianças de zero a seis anos, a rede municipal é responsável por 81% do total de matrículas na cidade por meio dos Centros Municipais de Educação Infantil (CEMEIs); o Estado mantém uma escola para os filhos dos funcionários da Universidade de São Paulo (USP) (0,7%) e a rede privada oferece uma pequena parcela de vagas (18,3%). Existe uma demanda reprimida na educação infantil de aproximadamente 7.000 vagas.

Por muito tempo o atendimento à criança de zero a seis anos no Brasil existiu como uma política social inscrita no âmbito das políticas de assistência, para dar suporte à mulher trabalhadora. A LDB consolida o caráter educacional do atendimento a essa faixa etária, embora não a considere obrigatória. Cabe ao município a responsabilidade pela educação infantil, que transformaram as antigas creches municipais em Centros Municipais de Educação Infantil (CEMEI). Kulmann Júnior (2000) considera que as características que, ainda hoje, fundamentam ações políticas e pedagógicas no âmbito da educação infantil confundem o direito da criança em ser educada e a assistência à mãe trabalhadora

A mudança nos arranjos familiares, o aumento do número de mães sem companheiro e a desigualdade de gêneros na responsabilidade pelos filhos, torna a vaga da criança no ensino infantil condição fundamental para que a mãe trabalhe e sustente a família (PAULA, SILVA, 2005).

Depreende-se desse quadro o crescimento da demanda e a importância da qualificação da educação infantil para assumir duplo caráter: o educacional e o de assistência social, ambos entendidos como direitos.

O ensino fundamental, destinado às crianças de 6 a 15 anos, é a exigência mínima para a inserção no trabalho.. A rede municipal oferece 21,0% das vagas, o governo estadual 59,0% e o setor privado 20,0%. A relação entre a população de 6 a 15 anos e o número de vagas nas escolas aponta para uma demanda reprimida de 4.028 vagas. Esta relação é equilibrada pelo número de repetências e evasão escolar.

Segundo o MEC, os programas de transferência de renda como o Programa Bolsa Escola⁶ e o Bolsa Família, contribuíram positivamente para redução da evasão escolar no ensino fundamental em 2008. Entretanto, quando o aluno atinge a idade de 15 anos é considerado apto para o trabalho sem que seja considerada exploração do trabalho infantil e perde o direito ao benefício. Essa idade coincide com a época em que o aluno deveria concluir o ensino obrigatório e, a partir daí, nas famílias de baixa renda, o jovem terá que conciliar o trabalho com os estudos e acaba evadindo-se. De fato, o perfil das mães adolescentes na Aracy indica que apenas 2% tem quinze anos ou menos e aproximadamente 68% era beneficiária do Bolsa Família.

A relação entre o acesso à educação e o acesso aos programas de transferência de renda merece ser investigada. Castro e Abramovay (2005) defendem que a ampliação da cobertura de políticas públicas destinadas a garantir a permanência de estudantes nas escolas no ensino médio deve garantir a continuidade dos estudos do jovem e sua profissionalização, o que parece ser fundamental na realidade estudada tendo em vista oportunizar renda familiar e o enfrentamento das condições de vulnerabilidade social.

A situação do ensino médio é ainda mais complexa, uma vez que não é obrigatório, mas necessário para profissionalização. Em São Carlos, a rede estadual oferece 79,0% das matrículas e a rede privada 21%. Em tese, o déficit chegaria a 7.800 vagas, considerando a população entre 15 e 19 anos no município (IBGE, 2010). Segundo o INEP/MEC/2008, 16% dos estudantes de escolas públicas que terminaram o ensino obrigatório não chegaram a se matricular no ensino médio e, dos matriculados, 18% não concluíram os estudos.

Os dados do INEP/MEC/2008 mostram que há cerca de 8,2 milhões de matrículas no ensino médio. Entretanto, pelos números da PNAD/IBGE/2008, há cerca de 17 milhões de pessoas no Brasil com idades de 15 a 19 anos. O cruzamento dos dados revela que em torno de seis milhões de jovens estão fora da escola justamente na idade em que deveriam estar cursando o ensino médio, aproximadamente 35% do total. Na população com idade de 18 e 19 anos, este percentual de jovens fora da escola pode ser ainda maior. Conforme divulgou o INEP/MEC/2008, dos sete milhões de jovens de 18 e 19 anos apenas 27,7% estavam matriculados no Ensino Médio.

A PNAD/IBGE/2008 revela, também, que, em média, as pessoas com 18 anos ou

⁶ O Programa Bolsa Família surgiu da unificação de quatro programas: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio Gás. Foi instituído pela Lei 10.836, de 09 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto 5.209, de 17 de setembro de 2004.

mais não concluem sequer o ensino fundamental. A média de anos de estudo nesta faixa etária é de 7,4 anos, menos do que os 11 anos necessários para se concluir o ensino médio. Na população de 25 anos ou mais de idade, a média de estudo cai para 7 anos. No Ensino Médio, as matrículas recuaram 0,3% mantendo, de acordo com o Instituto, a tendência dos anos anteriores. Os dados mostram, ainda, que não há cobertura total de EM no país, já que apenas 84,12% da demanda são atendidos.

A gestão híbrida da rede de ensino demonstrada no quadro 2 também reflete a política neoliberal na educação que permite a oferta por classe social. Segundo pesquisa do INEP (2009), em 2008, os jovens que estavam fora do sistema escolar consideravam o ensino de má qualidade, não percebiam a importância da educação na ocupação futura e não consideravam possível o ingresso na universidade. Essa questão é histórica. Para Lima e Neves (2006), o que separa o “povo” da “elite” é a o acesso desigual aos bens culturais:

[...] mesmo quando se propõe a universalidade do ensino. O resultado é a escola dualista, que oferece uma educação mais refinada à elite, cabendo ao proletariado apenas a elementar e profissionalizante. (LIMA e NEVES, 2006, p. 198).

Lima e Neves (2006) revisitam a história da educação nas sociedades capitalistas e levantam que, desde que o desenvolvimento da economia passou a exigir a mão-de-obra mais qualificada, reservou-se a educação “superior” para a elite, enquanto para as massas cabia a educação elementar, restrita à instrução, com os rudimentos do ler, escrever e contar, indispensável ao manejo das máquinas. Ainda que a especialização para o trabalho exija cada vez mais a ampliação do conhecimento e desenvolvimento de competências e habilidades, Lima e Neves afirmam que os governos liberais têm dificuldade em oferecer a equalização de oportunidades no acesso à educação, única condição para uma efetiva democratização. Ao contrário, essa situação se exacerba com as práticas neoliberais que, aliadas aos recursos tecnológicos, têm tornado o mundo cada vez mais dividido.

Os autores também analisaram a educação da mulher constatando que, na retrospectiva histórica da educação formal, ela sempre foi preterida, uma vez que lhe cabia o cuidado da casa e os filhos, que eram aprendidos no interior da família. O desenvolvimento do capitalismo, com a instalação das fábricas e a separação do local de moradia do trabalho, obrigou a mulher que precisava complementar o orçamento a sair do espaço privado para o público e impôs a dicotomia de uma vida de jornada dupla de trabalho.

Os movimentos feministas desencadeados no final da década de 60 do século XX vêm desconstruindo as representações de gênero, porém, persistem os problemas que as mulheres trabalhadoras têm de enfrentar, sobretudo as de baixa renda, inclusive para educar

seus filhos, em virtude da ausência de infra-estrutura para o atendimento à educação infantil (LIMA; NEVES, 2006).

Neste sentido, o relatório da II Conferência Municipal de Direitos da Mulher em São Carlos, destaca o tema “educação inclusiva e não sexista” como uma das prioridades municipais. Abaixo se destacam algumas deliberações desse documento:

[...] ampliar **espaços de debates** entre as mulheres [...]; curso de formação para professores da rede municipal, que atuam na educação infantil, ensino fundamental, educação de jovens e adultos e MOVA para o **trabalho com as temáticas de gênero**, com o objetivo de fornecer elementos para **transformar as práticas de ensino**. [...] incorporar nos currículos a contribuição das mulheres na história do país e de São Carlos (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2007, p.01. Grifos nossos).

Uma modalidade de ensino destinada aos jovens com 15 anos ou mais que não concluíram o ensino fundamental e médio é a Educação de Jovens e Adultos (EJA). O EJA é um resgate da experiência de Educação de Adultos, no final da década de 1960, desenvolvida pelo educador Paulo Freire visando promover o exercício efetivo da cidadania.

Para Araújo (2010) o desafio da EJA é trabalhar com as diversidades dos sujeitos, visto que a modalidade vem sendo atravessada pelo fenômeno da “juvenilização”. Defende que é preciso estabelecer diálogos com os contextos sociais que estes jovens estão inseridos, a partir das linguagens culturais urbanas para facilitar a aprendizagem significativa e reduzir a evasão dos jovens.

Bastos e Lobo (2008) relatam a experiência da EJA em uma Reserva de Desenvolvimento Sustentável (RDS), situada à margem esquerda do Rio Negro em Manaus (AM), e ressaltam o desafio dos educadores em atuar com essa modalidade de ensino que enfoca a avaliação das atividades em torno da cidadania. A geografia e a matemática, por exemplo, ganharam um novo significado de aprendizagem inclusive para os professores, oportunizando o crescimento e a promoção do aluno, valorizando suas experiências a partir da realidade que vivenciavam.

No entanto, Moretto (2005) deixa clara a necessidade do comprometimento dos educadores para o sucesso da proposta, que exige novos paradigmas de formação e avaliação. Para o autor, o papel do educador é refletir com os alunos o potencial para mudar e transformar a realidade pessoal e comunitária a partir da participação popular na sociedade.

Em São Carlos, existem 16 núcleos de EJA que oferecem 1.500 vagas de 1ª a 8ª séries à população jovem. Em duas escolas da Aracy são oferecidas 316 vagas no período noturno. Atualmente, existem 1.000 alunos matriculados no EJA. Mensalmente estes alunos participam de rodas de conversa, visando a troca de experiências e debates sobre o

planejamento de inserção no mercado de trabalho. Também são promovidas atividades culturais, como a visita ao museu da cidade no período noturno, tendo em vista garantir o acesso aos bens culturais que esta população não disporia nos horários regulares.

Contudo, em 2009, a Secretaria de Educação fez vários chamamentos para completar as vagas ociosas do Programa (SÃO CARLOS, 2009a). Esta situação também é observada no território nacional. O INEP (2009) mostrou que, em 2009, as matrículas na modalidade EJA tiveram uma queda de 5,7% em relação a 2008. Se essa queda tivesse sido acompanhada por uma redução na evasão ao ensino fundamental regular seria um avanço, porém não é essa a realidade. O mesmo aconteceu em São Carlos em 2008 e 2009. Silva (2004) afirma que apesar da proposta ser arrojada, dentre os desafios estão a qualificação e a valorização do docente e a estigmatização dos alunos do EJA pela sociedade, setor produtivo e pelos alunos, o que justifica a baixa procura por essa modalidade.

Rodrigues (2009) afirma que ainda não se consolidou uma proposta alternativa para incorporar as grandes massas aos processos educativos. Para ela, o dilema está em ceder à pressão por uma educação como mercadoria, ou retomar o conceito freireano de educação, com vista a contribuir para a construção da cidadania e da participação. Discute a ênfase da educação enquanto estratégia de inclusão, se a ênfase deve ser a integração ou a transformação. Enquanto prioridade, questiona o enfoque aos grupos emergenciais ao invés da transformação do território. Reflete sobre a educação que se almeja é a de formação de mão de obra ou de saberes socialmente produtivos. Questiona-se a competência necessária é a de saber coordenar ações ou articular políticas. Nas palavras da autora o desafio

[...] sínteses capazes de levar a consensos sobre conteúdos e métodos de educação de jovens e adultos, além de atender às urgências, encarando a educação não como custo ou investimento, mas como direito ou serviço, e promover a construção de espaços públicos nos quais se construa a totalidade social com a especificidade de cada grupo, no contexto do multiculturalismo (RODRIGUES, 2009, p. 10)

Conclui-se que o nível de escolaridade e a falta de acesso à educação constituem-se numa das vulnerabilidades programáticas da adolescência que repercute na inserção social não apenas das mães, mas de todos os adolescentes e de jovens no mercado de trabalho em São Carlos e, especialmente na Aracy, onde as iniquidades são mais acentuadas. De outro modo, o acesso à educação transformadora, que contribui na formação de sujeitos autônomos, participativos e críticos, apresenta potencialidades no enfrentamento das vulnerabilidades individuais e sociais.

5.4.3 Trabalho, Emprego e Renda

A precária inserção da mãe no mercado de trabalho em São Carlos foi um traço marcante das áreas de maior incidência da gestação na adolescência. A maioria das mães não trabalhava ou ocupa cargos sem especialização. Como demonstrado nos itens *Dinâmica reprodutiva de São Carlos* e *Disparidades Intra-urbanas*, muitas mães adolescentes estavam desocupadas e fora da escola.

Acompanhando o cenário nacional, dados do PNAD 2009 sobre São Carlos indicam desigualdades entre a renda dos homens e das mulheres, o que indica a necessidade de considerar as relações de gênero e o acesso a qualificação profissional para redução das desigualdades.

No relatório da 2ª Conferência dos Direitos da Mulher em São Carlos, o tema “*Autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania*” foi destaque. Dentre as reivindicações encontram-se:

[...] o aumento do período de licença paternidade para 30 dias, visando **co-responsabilizar o pai** pelo cuidado do filho; **maior número de creches e escolas**; criar **rede** de apoio educacional, de suporte técnico, social e da comunidade para favorecer a **inserção das mulheres no mundo do trabalho** (tanto da Economia Solidária como do trabalho formal); articulação de políticas de geração de trabalho e renda e **não somente transferência de benefícios**; maior **qualificação profissional**; **superar a baixa escolaridade e baixa formação das mulheres** (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE POLÍTICAS PARA MULHERES, 2007, p.01. Grifos nossos).

A Secretaria Municipal de Trabalho, Emprego e Renda de São Carlos responde pela promoção de políticas públicas de geração de emprego e renda. Desde 2001, uma das ideias-força para redução das desigualdades sociais dessa secretaria tem sido a economia solidária:

Economia Solidária é um modo de organização de atividades econômicas - de produção, de distribuição, de consumo, de finanças e de crédito - organizadas e realizadas por trabalhadores e trabalhadoras de forma coletiva, democrática e autogestionária, ou seja, representa a construção de novas relações econômicas e sociais caracterizadas pela administração coletiva dos empreendimentos, pela autonomia e pela igualdade entre os membros participantes (SÃO CARLOS, 2010d, p.01).

Em 2003, foi implantado um Centro de Economia Solidária (CES) que, por meio de parcerias intersetoriais com empresas locais e universidades, desenvolve projetos com populações em situação de vulnerabilidades. Atualmente, o CES assessorou a organização de onze cooperativas autogestacionárias, várias delas com a participação de jovens por meio da família: Cooperativa de produção de mudas de Santa Eudóxia (COOPERMUDAS), Cooperativa de Limpeza de Jardim Gonzaga Organizações (COOPERLIMP).

Cabe destacar o pioneirismo de São Carlos na aprovação da Lei 15.196, em fevereiro de 2010, que regulamenta a Economia Solidária no município por meio do Conselho e do Fundo de Economia Solidária (EC). São Carlos sediou a Conferência Regional de EC que encaminhou, por meio de um delegado, propostas para a elaboração de uma Lei Federal de EC (SÃO CARLOS, 2010d)

Frente às reivindicações da Conferência Municipal dos Direitos da Mulher, o Centro de Economia Solidária desenvolve ações voltadas prioritariamente às famílias chefiadas por mulheres e em vulnerabilidade psicossocial, visando à inclusão social, a autonomia das mulheres e a superação das desigualdades de gênero.

Dentre as cooperativas formadas por mulheres destacam-se: COOSTURARTE – Cooperativa dos Trabalhadores em Confecções São Carlos; COARTM – Cooperativa das Artistas em Trabalhos Manuais. Cabe destacar que o Conselho de Direitos das Mulheres reivindicou que a inserção da mulher seja, também, no mercado formal, além das ações da economia solidária.

Em relação ao jovem, o município mantém o Projeto Primeiro Emprego (PPE) por meio da Lei 13.035, publicada em 26 de julho de 2002, com o objetivo de promover a inserção de jovens de 16 a 24 anos no mercado de trabalho, estimular o desenvolvimento das cooperativas de trabalho e das micro, pequenas e médias empresas, fortalecendo a participação da sociedade no processo de formulação de políticas e ações de geração de trabalho e renda. O PPE é um programa de transferência de renda com condicionalidades vinculadas à educação (frequência na escola de 1º, 2º ou 3º graus) e executado em parceria com empresas locais. As empresas são beneficiadas com renúncia fiscal e devem apresentar um projeto sustentável. A prioridade para atendimento é para os jovens das famílias beneficiárias de programas de transferência de renda que estejam cursando o 1º grau e portadores de deficiência.

Outro importante projeto para o jovem é o Programa de Inclusão Digital (PID) cujo objetivo é superar a exclusão digital e qualificar o trabalhador e empreendedor (microempresas e empresas de pequeno porte) da cidade. A relação entre exclusão digital e pobreza é uma realidade mundial. De acordo com o Mapa da Exclusão Digital, que analisou os dados do Censo 2000, o nível de escolaridade é ponto de importância não só na geração de renda, mas também no nível de inclusão digital dos estados brasileiros: os cinco mais incluídos são o Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro, Santa Catarina e Paraná, e os cinco mais excluídos são o Maranhão, Piauí, Tocantins, Acre e Alagoas (NERI, 2006).

Atualmente, conhecimentos básicos de computação e internet são crescentemente considerados pré-requisitos de acesso ao emprego. Por meio da parceria com a Fundação Educacional de São Carlos, desde 2001, o PID já formou mais de 800 pessoas e trabalhadores e, atualmente, mantém 26 unidades de PID, localizados prioritariamente em áreas vulnerabilizadas. Estes postos também permitem acesso gratuito da população à internet, por meio de agendamento prévio. Na ARES Aracy estão organizados cinco postos: dois no bairro Antenor e três no Aracy (SÃO CARLOS, 2010e).

Sorj e Guedes (2005) defendem que a inclusão digital fora do estudo regular não promove a inclusão social, pois não promove a educação do cidadão e nem o prepara para o mercado de trabalho. A análise das políticas de educação, trabalho, emprego, assistência social de São Carlos indicam que o PID não é um projeto isolado, mas está articulado aos demais projetos de formação e geração de renda e emprego almejando, assim, superar os problemas indicados pelos autores.

Como forma de intensificar as ações à juventude, em 2008, criou-se na Secretaria o Departamento de Políticas de Trabalho e Emprego para Juventude e a Divisão de Preparação e Intermediação de Mão-de-obra Juvenil responsáveis por elaborar a política municipal de apoio à integração no mercado de trabalho da juventude. Em 2010, o Departamento aprovou um convênio com a Secretaria Nacional de Juventude: o PROJOVEM Trabalhador.

O projeto faz parte do PROJOVEM Integrado que é uma estratégia da Política Nacional de Juventude lançada, em 2005, pelo governo federal para inclusão e redução das desigualdades entre os jovens e adolescentes. São quatro modalidades do Pró-Jovem Integrado: Pró-Jovem trabalhador, Pró-jovem Urbano; Pró-Jovem Adolescente – Serviço Sócio-educativo; Pró-jovem Campo (BRASIL, 2010c). São Carlos foi contemplado com duas modalidades: o Trabalhador e o Adolescente.

O PROJOVEM Trabalhador visa à preparação dos jovens para o mercado de trabalho e ocupações alternativas geradoras de renda. O programa prioriza jovens entre 18 e 29 anos, com escolaridade até o ensino médio, cuja renda per capita não seja superior a um salário mínimo. Foram oferecidas 1.500 vagas nas áreas de Administração, Arte e Cultura, Beleza e Estética, Comunicação e Marketing Social, Esporte e Lazer, Serviços Domiciliares, Turismo e Hospitalidade. Os cursos estão sendo ministrados em diversos pontos da cidade por meio dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), das Escolas do Futuro e do Centro da Juventude, com carga horária total de 350 horas, sendo 100 horas de qualificação social e 250 horas de qualificação profissional em seis meses. Durante o curso cada aluno receberá lanche,

transporte e uma bolsa de R\$ 100,00 (cem reais)⁷ mensais.

O programa envolve parcerias com as secretarias municipais de Educação e Cidadania e Assistência Social e com o setor privado, por meio da Associação do Comércio e Indústria de São Carlos (ACISC), Centro das Indústrias de São Paulo (CIESP) e os diversos sindicatos da cidade para que, após o curso, esses jovens tenham a oportunidade de se inserirem no mercado de trabalho.

Na análise dos vinte três arcos do trabalho desenvolvidos pelo PROJOVEM vê-se que são direcionados a empregos que exigem menor qualificação profissional, o que não ampliando o leque de oportunidades que os jovens almejam. Andrade e Rodrigues (2010), pesquisadoras do Laboratório de Políticas Públicas da UNIRIO, analisaram as dinâmicas, o trabalho e a renda de jovens inseridos no PROJOVEM no Brasil, com base no PNAD/IBGE/2008 e Censo Escolar INEP/MEC/2007 e encontraram que as necessidades e desejos dos jovens não estão de acordo com que vem sendo oferecido pelo programa, conformando um retrato da política

Sposito e Corrochano (2005) estudaram as políticas de transferência de renda para jovens em situação de vulnerabilidade social e identificam representações sociais do jovem como fontes e vítimas de problemas sociais e, também, como agentes de desenvolvimento de sua comunidade. Essas evidências levantam a importância de se trabalhar com as diversas percepções da juventude que corroboram com a estigmatização e com a reprodução das situações de vulnerabilidades.

Na condição de agentes de desenvolvimento da comunidade, Sposito e Corrochano (2005) problematizam as características dos territórios cujos complexos problemas micro e macroestruturais apresentam limites para atuações pontuais empreendidas em curto espaço de tempo. Os autores justificam as críticas na avaliação dos projetos de transferência de renda para jovens realizada pelo Tribunal de Contas da União em trezentos municípios, no ano de 2004, que aponta o perfil dos chamados instrutores e orientadores sociais como um dos aspectos mais frágeis do projeto: em apenas 19% dos casos a equipe técnica tinha perfil adequado. Além disso, seguindo essa avaliação, em muitos municípios, os jovens estavam desempenhando tarefas que em pouco ou nada condiziam com os objetivos do projeto, como serviços de limpeza e digitação, entre outros.

A despeito dos benefícios percebidos em termos de desenvolvimento pessoal, social

⁷ Informações e valores consultados no site do Ministério do Trabalho e Emprego em outubro de 2010. <<http://www.mte.gov.br/projovem/default.asp>>.

e comunitário dos agentes, a falta de continuidade é apontada como um dos entraves para que o projeto cumpra seus objetivos de inclusão social. Nesse sentido, algumas das principais recomendações do Tribunal de Contas da União (TCU) relacionavam-se à necessidade, além do monitoramento, de articulação com o Programa Nacional de Primeiro Emprego e outras iniciativas de geração de trabalho e renda. Avaliação mais recente realizada pelo próprio MDS também constatou os limites da maioria dos municípios em relação a esses aspectos, mas não apresentou nenhuma proposta para sua superação (SPOSITO; CORROCHANO, 2005).

São Carlos recebeu 1.500 bolsas para o PROJOVEM Trabalhador, porém somente 1.125 vagas foram preenchidas. A divulgação do programa foi realizada por meios de comunicação de massas, embora a proposta federal preconizasse que fosse realizada na lógica do território. Do total de jovens inscritos no PROJOVEM Trabalhador de São Carlos, 90% são mulheres, 50% são mães, o que coaduna com a indicação de que a inserção no mercado de trabalho é uma das situações de vulnerabilidades da mulher/mãe adolescente no município. As atividades do PROJOVEM Trabalhador foram iniciadas em junho de 2010. Assim, a iniciativa precisa ser acompanhada e avaliada no que tange ao potencial real de transformar territórios vulneráveis, especialmente em relação às mães adolescentes.

5.4.4 Assistência Social

A Constituição Brasileira de 1988 garantiu o direito à assistência social independente da contribuição previdenciária. A regulamentação da assistência ocorreu com a Lei nº 8.742/93, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), a qual destaca entre os seus objetivos, o amparo às crianças, adolescentes e jovens carentes (BRASIL, 2004).

Um passo significativo na concretização da LOAS foi a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) e a proposta do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) implantada somente em 2005. A PNAS é fruto de um amplo debate e processo político travado desde a LOAS para romper com as concepções clientelistas e compensatórias da assistência social no Brasil. O SUAS pauta-se pelos mesmos princípios do SUS, quais sejam: integralidade, universalidade, equidade, descentralização (municipalização), hierarquização, regionalização, participação popular e controle social, com ações voltadas ao fortalecimento da família e da comunidade (PAIVA, 2006; LOPES, 2006)

O SUAS estabelece dois níveis de proteção social articulados: a básica – de caráter preventivo – e a especial – quando ocorre violação de direitos. A operacionalização da Política, no âmbito dos municípios é realizada pelas unidades de proteção básica - Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), equipamentos estatais de base territorial, localizadas em áreas de vulnerabilidades sociais. Portanto, o CRAS é a porta de entrada do SUAS, tal qual às UBS e as USF no SUS, cuja principal atribuição é a prevenção de situações de risco por intermédio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições – e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Este nível de proteção é designado para a população que vive em situação de risco e vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos, relacionais e de pertencimento social (discriminação etárias, étnicas, de gênero, ou por deficiências, dentre outras). Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada (PAIVA, 2006).

O município de São Carlos assumiu a gestão plena do SUAS em 2005 e a realiza por meio da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social. A estruturação dos serviços agrega quatorze Centros Comunitários, cinco Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), um CREAS, um Núcleo de Atendimento Integrado (NAI) onde são atendidos os adolescentes em medidas sócioeducativas e, como já citado, dois Centros da Juventude em áreas altamente vulneráveis (um no Monte Carlo, em 2008, e outro no Antenor Garcia, em 2010).

A distribuição dos CRAS segue a lógica das ARES da saúde, sendo um em cada ARES. Cada sede do CRAS está vinculada a um Centro Comunitário da ARES. O CREAS localiza-se na região central, junto à Secretaria de Cidadania e Assistência Social.

De acordo com a Norma Operacional Básica que regulamenta o SUAS, a equipe de referência do CRAS depende do número de famílias adscritas, podendo ser de pequeno, médio, grande porte e metrópole. Os CRAS de pequeno porte comportam até 3.500 famílias e devem ter três técnicos de nível médio, e três de nível superior (dois Assistentes sociais e 1 psicólogo). As de médio porte para cima devem concentrar quatro técnicos de nível médio e 4 técnicos de nível superior, sendo 2 assistentes sociais, 1 psicólogo e outro profissional que compõe o SUAS. As equipes do CRAS devem sempre ter um coordenador de nível superior.

Em São Carlos, a população média de referência de cada CRAS é de 47.000 pessoas (LOPES, 2006).

Em consonância com o princípio da equidade, o CRAS incorporou programas, projetos, serviços e benefícios que se destinam à população em situação de vulnerabilidade social decorrente de pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos/relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, entre outras). É, também, função do CRAS organizar a vigilância da exclusão social de sua área de abrangência.

Dentre os projetos desenvolvidos nos CRAS, o Programa de Atenção Integral as Famílias (PAIF) é o “carro chefe” e engloba um conjunto de ações relativas à acolhida informação e orientação, inserção em serviços de assistência social, tais como as sócioeducativas e de convivência e os projetos sociais de transferência de renda, como o Bolsa Família.

O PAIF realiza, a partir do território, o Cadastro Único das famílias em situação de vulnerabilidade, fazendo a avaliação para os programas de transferência de renda. Os programas de transferência de renda destinados às famílias em São Carlos estão apresentados no Quadro 5.

Ao todo, são 5.626 famílias cadastradas que recebem 8.611 benefícios (muitas famílias agregam mais de um benefício). Em geral, os benefícios são voltados às famílias pobres, estão vinculados à renda *per capita*, tempo de residência no município acima de dois anos. Considera-se que pobreza é um fenômeno multidimensional, que não se restringe à privação de renda, mas igualmente se entende que a insuficiência de renda é uma boa representação de outras dimensões de pobreza e da miséria em que vivem muitas famílias (CARVALHO; BUSS, 2008).

As condicionalidades para a manutenção dos benefícios se concentram na manutenção das crianças na escola, da situação vacinal, acompanhamento pré-natal e da participação em medidas sócioeducativas propostas pelas equipes do CRAS. Apenas o PBF possui uma parte fixa, não condicionada à existência de filhos na família (casos de famílias com renda per capita de até R\$60,00) e outra vinculada às crianças e adolescentes em idade escolar e vacinação das crianças. O valor dos benefícios varia de R\$50,00 a R\$140,00.⁸

⁸ Informações e valores consultados no site do Ministério do Desenvolvimento Social em outubro de 2010. <www.mds.gov.br/bolsafamilia>.

| Benefícios | Financ. | Critério | Condicionalidade | Valor |
|--------------------|----------|---|---|--|
| Bolsa Família | Federal | Renda <i>per capita</i> ½ salário mínimo | Matrícula na escola de crianças e jovens até 15 anos; vacinação em dia; participação sócio-educativa. | Básico: R\$ 68,00 Variável: R\$22,00/criança R\$33,00/adolescente Teto:R\$140,00 |
| Renda Cidadã | Estadual | Viver em área caracterizada como bolsão de pobreza; renda <i>per capita</i> até R\$200,00 | Matrícula na escola de crianças e jovens até 15 anos; vacinação em dia; participação sócio-educativa. | R\$ 80,00 (36 meses, com avaliação a cada 12 meses). |
| Ação Jovem | Estadual | Idade entre 15 e 24 anos; renda <i>per capita</i> ½ salário mínimo | Matrícula e frequência no ensino fundamental/médio. | R\$ 60,00 |
| Cartão alimentação | Munic. | Renda <i>per capita</i> ½ salário mínimo | Menores de 16 anos matriculados na escola; vacinação em dia; participação sócio-educativa. | R\$50,00 |

Quadro 5 - Programas de transferência de renda, São Carlos, 2008.
Fonte: SMCAS, 2009

A exigência de contrapartidas é, portanto, um ponto central dos programas de transferência de renda listados no quadro 5. Esta questão vem produzindo um intenso debate em vários fóruns e na literatura. O impasse é sobre a sua contribuição para o movimento da redução das desigualdades por meio da emancipação dos sujeitos ou se objetiva tutelar as famílias, como uma política compensatória. A controvérsia aparece, por um lado, no reconhecimento de que as condicionalidades do programa têm potencial de pressionar a demanda sobre os serviços de educação e saúde, o que, de certa forma, pode representar uma oportunidade ímpar para ampliar o acesso de um contingente importante da população aos circuitos de oferta de serviços sociais e, por outro lado, se traduz na ideia de que, à medida que o direito social é condicionado ao cumprimento de obrigações, podem ser ameaçados os princípios de cidadania (MONNERAT et al., 2007, p. 1459).

Compreende-se que se a política de transferência de renda não pode ser aplicada isoladamente, mas deve estar integrada num projeto maior, intersetorial, de inclusão na educação, geração de renda, qualificação para o trabalho e promoção do envolvimento familiar para que se desvincule do viés da política compensatória e de tutela do Estado.

Também o impacto das políticas de transferência de renda vem sendo debatido. Segundo o Ministério da Educação e Cultura (MEC), os programas de transferência de renda

como o Programa Bolsa Escola⁹ e o Bolsa Família, contribuíram positivamente para redução da evasão escolar no ensino fundamental em 2007 até a idade de 15 anos quando perde o direito ao benefício.

Pesquisa realizada pela UNESCO constatou que a maior parte das políticas públicas voltadas para juventude contempla crianças e adolescentes de até 17 anos. Segundo as coordenadoras da pesquisa, Castro e Abramovay (2005), existe um grupo acima de 17 anos que está fora de cobertura de políticas públicas destinadas a garantir a permanência de estudantes nas escolas o que dificulta a continuidade dos estudos. Neste sentido, o benefício estadual *Ação Jovem* amplia o público alvo para 24 anos e visa à conclusão do jovem no ensino médio. Contudo, 57 benefícios perante num universo de aproximadamente 5.000 famílias incluídas no cadastro único é irrelevante, salvo pelo seu pioneirismo.

Segundo o relatório da SMCAS, 40% de todas as famílias beneficiárias são residentes da ARES Aracy. Enquanto uma atividade especificamente desenvolvida para a adolescência e juventude coordenada pela SMCAS está o projeto do governo federal *Pró-Jovem Adolescente - Serviço Sócio-educativo*.

O Pró-Jovem Adolescente, coordenado pela SMCAS é voltado aos jovens de 15 a 17 anos de famílias beneficiárias do Bolsa família e egressos de programas e serviços de proteção social especial ou em medidas de proteção sócioeducativas. Seus pilares são a matricidade sóciofamiliar e a territorialização, tendo em vista o universo cultural e histórico e um conjunto de relações e interrelações a serem objetos da ação articulada.

Os Centros de Juventude (Monte Carlo e Antenor) também pertencem à rede de cidadania da saúde, dispondo de estrutura física de 2000m², com piscina olímpica, quadras de esportes, sala de alfabetização digital, salas de leitura, onde serão desenvolvidas Oficinas culturais, esportivas e oficinas de geração de trabalho e renda para jovens entre 15 a 22 anos.

5.4.5 Saúde

Nos últimos vinte anos o sistema de saúde no país se modificou, sendo reconhecido o direito à saúde do cidadão, em substituição ao modelo previdenciário que vigorava. Essa

⁹ O Programa Bolsa Família surgiu da unificação de quatro programas: Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação e Auxílio Gás. Foi instituído pela Lei 10.836, de 9 de janeiro de 2004, e regulamentado pelo Decreto 5.209, de 17 de setembro de 2004.

mudança foi influenciada por movimentos internacionais sobre novas concepções de saúde e de promoção da saúde. A nova concepção de saúde e de organização do sistema de saúde, construída a partir da década de 70 do século passado, deu grande impulso para a construção científica sobre a adolescência (CORREA; FERRIANI, 2006). A primeira estratégia de organização da atenção ao adolescente pelo Ministério da Saúde constituiu-se no Programa de Atenção à Saúde do Adolescente (PROSAD), em 1989, como ação programática com enfoque no risco e na focalização dos problemas de saúde, em 1996 (BRASIL, 1989; 1996).

Dentre as áreas prioritárias do PROSAD se destacavam: o acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento, a atenção à sexualidade e à saúde reprodutiva, a prevenção da violência e dos maus tratos. Correa e Ferriani (2006) reconhecem os avanços das ações, mas se referem ao seu formato de programa verticalizado que não considerava a pluralidade das adolescências e enfatizava os aspectos de sexualidade e reprodução.

Altmann (2007) analisa a sexualidade como foco de investimento político social, enquanto controle da população e instrumento de tecnologia do biopoder. Segundo a autora, a escola foi considerada como um local privilegiado por ser um espaço de socialização de jovens e crianças, buscando garantir amplo impacto populacional no controle da sexualidade, especialmente das mulheres. O enfoque da sexualidade no PROSAD reproduzia a noção de que essa faixa etária era imprópria para reprodução. Além disso, “a ênfase das ações educativas era voltada às mulheres, de modo que a prevenção da gravidez acabava sendo considerada uma questão feminina” (ALTMANN, 2007, p. 289).

Leão (2005) afirma que o PROSAD representou um grande avanço no sentido de organizar a assistência a essa clientela, mas nasceu falho por ser centralizado no Estado, não considerando as diversidades regionais e por não ser participativo. Além disso, o PROSAD não se efetivou de forma ampla no território nacional.

Correa e Ferriani (2006) consideram que o desafio era a organização dos serviços frente ao novo modelo de APS e, por isso, o PSF se projetou como uma possibilidade viável de implantação das ações integrais de saúde do adolescente com enfoque no território, por meio do vínculo entre profissionais, adolescentes e famílias.

Anterior ao PROSAD, em 1983, o Ministério da Saúde publicava o Programa Integral de Saúde da Mulher (PAISM), no qual a adolescente estava incluída. O PAISM representou um avanço na ampliação da atenção à mulher para além do ciclo reprodutivo, como resultado do movimento internacional de igualdade de gêneros. Giffin (2002) avalia que, apesar dos avanços proporcionados, não se efetivou em todo o território nacional, e os

interesses feministas da não reprodução foram manipulados pelo Estado para o controle populacional e pelas indústrias de medicamentos, para medicalização do corpo feminino. Dentre os efeitos contrários do PAISM, avalia o uso indiscriminado dos contraceptivos orais, das cesarianas desnecessárias para as esterilizações cirúrgicas, do aumento das desigualdades entre classes, em relação ao acesso aos métodos anticoncepcionais, e na responsabilização da mulher pela opção da reprodução. Em 2003, o PROSAD, o PAISM foram descentralizados para o Programa Saúde da Família (PSF).

Mudanças significativas na abordagem da juventude foram desencadeadas por uma série de fatores: os estudos sobre as vulnerabilidades sociais da epidemia da AIDS; os debates sobre determinantes sociais de saúde; a criação do Comitê de Determinantes Sociais de Saúde e da Secretaria Nacional de Juventude, ambas ligadas diretamente ao Gabinete da Presidência da República, indutoras da 1ª Conferência Nacional de Juventude, e da Política Nacional para Juventude.

Na saúde dos adolescentes e jovens destacam-se: *Marco legal: saúde, um direito de adolescentes* (BRASIL, 2005a); *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para organização de serviços de saúde* (BRASIL, 2005b); *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva* (BRASIL, 2006a); *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e recuperação da Saúde* (BRASIL, 2010a).

Os avanços desses documentos em relação ao PROSAD são percebidos na ampliação da concepção de adolescência e da juventude enquanto constructo histórico-social; no reconhecimento das diversidades nesse grupo social; na ampliação do enfoque do risco para as vulnerabilidades dos jovens e adolescentes, na ênfase na integralidade da atenção superando a focalização de grupos prioritários, na participação social e na atenção em rede intersetorial, na inclusão de problemas de saúde não médicos como o trabalho infantil. Reforça-se, sobretudo, o papel do Estado e dos serviços de saúde na redução das desigualdades sociais.

O “Marco Legal, um direito ao adolescente” objetiva oferecer aos gestores e profissionais de saúde um referencial teórico para organização da atenção ao grupo populacional. São tomados como referenciais os direitos à saúde, a integralidade, a intersetorialidade e a participação ativa do jovem (BRASIL, 2005a).

O documento “Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para organização de serviços de saúde” traça as diretrizes operacionais para a organização dos serviços no

município como sendo o planejamento participativo das ações com base em diagnósticos locais (contextos sócio-econômicos e culturais, perfil epidemiológico, as necessidades de saúde dos jovens e adolescentes e os recursos da rede de saúde e intersetorial). Esta atenção deve pautar-se nos princípios do SUS e, ainda, na ética, confidencialidade, sigilo e privacidade do adolescente. O trabalho em equipe multiprofissional e a Educação Permanente em Saúde para qualificação dos profissionais são priorizados. Destaca-se a necessidade do serviço dispor de espaço para atividades coletivas e individuais e de garantir o acesso aos métodos anticoncepcionais, especialmente porque a maior parte dessa população não tem autonomia financeira.

Propõe-se, ainda, a captação e fortalecimento do vínculo com os adolescentes pelos serviços de saúde, o que requer estratégias que respeitem a cultura local e as diversidades. A escola permanece indicada como o local privilegiado para as ações de educação em saúde. Dentre as estratégias a grupos específicos, orientam a organização dos grupos pelas situações de vulnerabilidade, como exploração sexual, vítimas de violência, trabalhadores, profissionais do sexo, institucionalizados, em medidas sócio-educativas. Na organização do cuidado recomenda-se uma recepção acolhedora na unidade de saúde, a inclusão de atividades individuais e coletivas, de promoção, de prevenção e de tratamento da saúde, a organização de espaços de diálogo e de participação juvenil no planejamento estratégico da equipe de saúde. O enfoque das intervenções deve ser necessariamente intersetorial (BRASIL, 2010a).

Em síntese: o documento consolida a atenção aos jovens e adolescentes segundo os princípios da APS, a partir da análise de situação do território, com enfoque familiar e comunitário, por meio de ações integrais, participativas e intersetoriais. A APS é o eixo ordenador da rede de cuidados progressivos e as situações de vulnerabilidade guiam o foco da atenção, superando a abordagem dos problemas de saúde prevalentes.

O *Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva* reorienta os serviços de modo a garantir o direito sexual e reprodutiva dos adolescentes e jovens por meio da atitude de alteridade frente à opção sexual e a opção pela maternidade, antes estigmatizadas e reforça a igualdade do gênero nas ações (BRASIL, 2006a). Na organização da assistência orientam para

[...] Integração aos serviços de saúde das **especificidades** das adolescentes e jovens e seus parceiros quanto à **gravidez, ao parto e ao puerpério**; construção e implementação de ações que assegurem a **ampliação do conhecimento** sobre corpo, sexualidade e saúde por adolescentes e jovens, com vistas a maior **autonomia** e vivência da sexualidade de forma segura, prazerosa e saudável, **em todos os níveis de atenção**, e com o envolvimento dos **diversos sujeitos** – gestores nacionais, estaduais, municipais e sociedade civil organizada; **ampliação dos indicadores**

sobre saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, para **além da diminuição dos índices de gravidez** na adolescência e na abordagem de outros aspectos, como a violência intrafamiliar, o planejamento familiar, DST/AIDS e ações educativas; **integração com outras políticas sociais** na promoção da qualidade de vida e da **construção de projetos de vida saudáveis**, incluindo o **lazer**, os **desportos**, as **atividades culturais**, a **educação** e o **trabalho**; **integração com outras instituições sociais** na promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, como a **família e escola**, e **outros espaços comunitários**, fundamentais de para socialização, crescimento e formação de valores, com respeito à **autonomia e aos direitos sexuais e direitos reprodutivos**; atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes em **medidas socioeducativas** e de outros grupos de adolescentes e jovens em **extremo risco social** (a exemplo dos moradores de rua); implementação, **na atenção básica**, de **ações educativas** em saúde sexual e saúde reprodutiva para adolescentes; **produção de conhecimento** sobre a vivência da sexualidade de adolescentes e jovens homossexuais, de ambos os sexos, e de suas necessidades específicas de saúde; e implementação de ações para **garantir a atenção** à saúde sexual destes grupos (BRASIL, 2006a, p. 47. Grifos nossos).

O documento publicado em 2010, *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*, é uma resposta às demandas do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, que definiu a saúde do jovem e do adolescente como prioridade do Pacto pela Saúde em 2006. Orienta-se pelas necessidades e situações de vulnerabilidades das adolescências e juventudes, reconhecendo que estas ultrapassam o setor saúde e que a atenção integral só será possível pela intersectorialidade e a participação ativa dos sujeitos. Os marcos legais são: o ECA, a LOS, a Lei Orgânica da Assistência Social e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). O território é a base da gestão e da organização dos serviços de saúde (BRASIL, 2010a).

A análise da saúde de adolescentes e jovens pauta-se na situação sócio-demográfica, na escolaridade, no trabalho e na situação de saúde. Os indicadores para escolaridade são: taxa de analfabetismo, anos de estudo, estar matriculado na escola, atraso escolar (idade/série) (BRASIL, 2010a, p. 18). Decorre da abordagem dos indicadores para escolaridade a interpretação de que:

A baixa escolaridade quando aliada à falta de educação profissionalizante e de qualificação profissional influi decisivamente no desemprego de jovens, incidindo negativamente em uma das passagens da vida juvenil para a vida adulta, de hoje, que é a entrada no mundo do trabalho. É um alerta para a vulnerabilidade social dos jovens de ambos os sexos, quando suas expectativas de obterem um trabalho assalariado no mercado laboral exigente e restrito são frustradas, o que se reflete negativamente em determinantes do processo de construção da saúde. Outro fator de alerta é o número de jovens que não trabalham e não estudam, inversamente proporcional ao aumento da renda familiar (BRASIL, 2010a, p. 82)

Na análise da situação de saúde devem ser contempladas as vulnerabilidades as quais estes indivíduos estão mais susceptíveis: violência, agressões, homicídios, acidentes de trânsito, suicídios, álcool e outras drogas e saúde sexual e reprodutiva. Na saúde sexual e reprodutiva destaca-se o avanço da AIDS entre jovens adolescentes, os abortos provocados, a

mortalidade materna. Em relação à gravidez na adolescência, o documento assim se pronuncia:

É fundamental que as regiões que apresentam maiores percentuais de partos juvenis tenham uma atenção diferenciada. Esse panorama aponta para a necessidade premente de que as políticas públicas, notadamente as de saúde, dirijam um olhar especial para as necessidades e as **demandas específicas em saúde reprodutiva** dessa população na construção de **estratégias intersetoriais** que atuem **na redução da vulnerabilidade** ocasionada por situações onde as variáveis de **garantia de direitos e de inserção social** podem ser **desfavoráveis** para a **qualidade de vida** dessa população (BRASIL, 2010a, p.38. Grifos nossos).

E, ainda,

Os fatores de vulnerabilidade **não** se distribuem de forma **homogênea** no espaço geográfico, mesmo no âmbito de cada município. Em geral, os bairros mais pobres são marcados pela ausência de opções de **lazer e cultura**, bem como de espaços públicos para o **convívio comunitário** e a prática desportiva. Essas **desigualdades** afetam as **diferentes dimensões da vida social** de adolescentes e de jovens – em particular em relação à saúde – e reverberam de modo perverso nos dados sobre mortalidade e morbidade entre esse segmento populacional, incluindo fortemente o que se refere à saúde sexual e à saúde reprodutiva, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, violências e outros agravos à saúde (BRASIL, 2010a, p.47. Grifos nossos).

Os trechos citados revelam a adoção do referencial vulnerabilidade e da integralidade na construção da política de saúde da juventude. A redução das desigualdades sociais torna-se o foco principal das ações de saúde. Sendo assim, os temas estruturantes para a atenção integral à saúde podem ser assim sintetizados: participação juvenil; equidade entre gêneros; direitos sexuais e reprodutivos; projetos de vida dos jovens; cultura da paz; ética e cidadania; igualdade racial e étnica.

A referência do direito sexual e reprodutivo é a construída na Conferência Internacional sobre a Mulher em 1995:

Direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens, no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas conseqüências (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE A MULHER, 1995 *apud* BRASIL, 2006a, p. 55).

Os direitos sexuais e reprodutivos não se restringem ao campo da saúde, mas se expressam e se realizam em diferentes dimensões da vida social que afetam a expressão da sexualidade e a experiência da reprodução. Assim, tornam-se necessárias transformações na gestão dos serviços e do cuidado de modo a:

[...] adotar o planejamento das ações de promoção da saúde, a partir de um **território** sanitário ou região de saúde, que tenha como centro a **articulação** entre os atores sociais, incluindo atores sociais jovens, e a consolidação das **sinergias** já em desenvolvimento, ampliando as **redes** de compromisso e de co-responsabilização

na construção conjunta da **equidade no modo de viver saudável** (BRASIL, 2006a, p.47. Grifos nossos).

A Política Nacional de Atenção Básica é tomada como a reordenadora da rede de atenção no território, por meio da ampliação do cuidado para o núcleo familiar, com ênfase no atendimento coletivo sem detrimento ao individual, considerando a necessidade de interação social dos jovens. Acena-se, ainda, para a ampliação do acesso aos serviços de saúde considerando as demandas da clientela por meio da escuta significativa, abordagem integral do jovem e identificação das situações de vulnerabilidade.

Preconiza-se que os municípios organizem as linhas de cuidado sob o enfoque do direito sexual e reprodutivo, respeitando a opção sexual e a vontade de ter filhos desses jovens e como partes da vida às quais legitimamente têm direito, organizando a rede de saúde para esse atendimento sem interdições e julgamentos discriminatórios, considerando as evidências científicas e a vulnerabilidade social. As desigualdades regionais e intra-urbanas e a priorização das áreas com maior incidência de gestação na adolescência devem orientar as articulações intersetoriais - Bolsa Família, o ProJovem Trabalhador, urbano e rural, o EJA, dentre outras - visando reduzir as desigualdades para o alcançar o desenvolvimento pleno (BRASIL, 2010a).

Quanto à assistência ao pré-natal:

[...] A assistência ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve ser direcionada para a **necessidades das adolescentes grávidas, seus parceiros e suas famílias**, de maneira que a gravidez possa ser desejada, planejada e vivenciada de maneira saudável; a **qualificação dos profissionais** que atuam nos serviços de **atenção básica e maternidades**, para uma abordagem que considere **as especificidades** da adolescência, **no pré-natal, no parto, no puerpério e no planejamento familiar**, integrando-os à Política Nacional de Saúde para as Mulheres, à de Saúde do Homem, à de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, da Pessoa com Deficiência, da Atenção Básica, ao Controle e Regulação, e outras de interface que concorram para a **integralidade** da Atenção (BRASIL, 2010a, p. 93. Grifos nossos)

Estes documentos são recentes e, por isso, ainda não se encontram estudos ou relatos sobre o impacto da implementação. Cabe aos municípios operacionalizar as diretrizes nos territórios, considerando a análise de situação local. Em São Carlos, a gestão está descentralizada em cinco Administrações Regionais de Saúde como dito anteriormente. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, a ARES é hoje, para o usuário do SUS, a representação da secretaria mais próxima de seu cotidiano, é onde o cidadão pode apresentar suas necessidades e propostas. As ARES têm a função de coordenar as Unidades de Saúde localizadas na sua área de abrangência e de propiciar cuidado integral às necessidades de saúde dos moradores da área geográfica (São Carlos, 2010f).

As ARES são: 1 - Aracy, 2 - Isabel, 3 - Redenção, 4 - São José e 5 - Santa Felícia. Cada uma possui um Núcleo Integrado de Saúde (NIS) e unidades de atenção básica, coexistindo Unidades Básicas de Saúde, Programa Saúde da Família¹⁰ e, na ARES Aracy, uma equipe de PACS.

O NIS concentra uma equipe multiprofissional formada por nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, educadores físicos, que são referência para as equipes do PSF da área. O horário de funcionamento das unidades de atenção básica é o comercial. O PSF cobre apenas 23% da população do município e o restante é servido pelas Unidades Básicas de Saúde que não trabalham com a adscrição da clientela. Sendo assim, a APS é considerada como mista, agregando os modelos UBS/PSF e PACS. O quadro 6 indica a localização das unidades básicas de saúde por ARES.

A atenção especializada fica na região central e é composta pelo Centro Municipal de Especialidades (CEME), pelo Programa de Atendimento Domiciliar (PAD), pelo Programa de Referência de DST/AIDS, pelo Ambulatório Oncológico, pelo CAPS Álcool e Drogas, pelo CAPS Saúde Mental e pelos laboratórios e serviços de apoio e diagnóstico. O fluxo de consultas para o CEME é o agendamento *on line* pelas equipes de atenção básica em saúde. Existem duas unidades de pronto atendimento (UPAS) que funcionam 24 horas por dia: UPA Central e UPA Cidade Aracy. O município também dispõe de um Serviço Móvel de Urgência (SAMU).

A rede hospitalar é formada pela Santa Casa de Misericórdia de São Carlos “Dona Francisca Maria Jacinta” e pelo Hospital Escola da Universidade Federal de São Carlos. Os departamentos de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária e o Laboratório Adolfo Lutz também são referência e ficam na região central da cidade.

| ARES | Unidades Primárias de Saúde |
|------------|--|
| 1 - Aracy | NIS Aracy UBS “Dr. Ernesto Pereira Lopes” PACS Aracy USF Antenor Garcia USF Pres. Collor USF Cidade Aracy Equipe I USF Cidade Aracy Equipe II USF Jardim São Carlos |
| 2 - Isabel | NIS Vila Isabel |

¹⁰ Desde 2000, o Programa Saúde da Família é considerado a principal estratégia para a reorganização da atenção básica e, conseqüentemente, a reorganização do sistema de saúde no país. Nessa tese utilizou-se a denominação PSF tendo em vista seu uso nos documentos municipais consultadas.

| | |
|-------------------|--|
| | UBS “Enfermeira Rosana Cecatto” UBS “Dr. Romeu de Cresci”- Azulville UBS “Dante Erbolato” - Cruzeiro do Sul USF “Dr. Pedro de Almeida” - Jardim Gonzaga |
| 3 - Redenção | NIS Redenção UBS “Dr. Lauro Corsi” - Redenção/Boa Vista II USF “Valéria de Cássia Ibelli” - Botafogo USF “João Martins Villari” - Jardim São Carlos |
| 4 - São José | NIS São José UBS “Dr. Luis Valentie de Oliveira” - São José UBS “Dr. Wilson Pozzi” - Vila Nery UBS “Dr. Viriato Nunes” - Fagá USF Jardim Munique |
| 5 - Santa Felícia | NIS Santa Felícia UBS “Dr. Benjamin Lopes Ozores” - Santa Felícia UBS “Dr. Arsenio Agnesini” - Santa Paula UBS “Dr. Luis Maia” - Industrial USF Romeu Tortorelli USF “Dr. Algemiro Paulo Gullo” - Jockey Club USF Santa Angelina |

Quadro 6 - Distribuição das unidades básicas por ARES, São Carlos, 2008.
 Fonte: SMSSC, 2008

No que tange à atenção ao adolescente, até o momento, a linha de cuidado não está estabelecida. As ações específicas são a vacinação e a saúde na escola que consiste em encontros quinzenais na escola para grupos de reflexão de saúde sexual e reprodutiva. Nos demais, os adolescentes são atendidos na demanda espontânea ou nos grupos de saúde: atividade física, gestantes, hipertensos, diabéticos, planejamento familiar, ginecologia, prevenção do câncer cérvico-uterino e mama.

A Figura 7 apresenta o fluxograma da rede de atenção à gestação e parto em São Carlos indicando as instituições envolvidas nos três níveis de serviços.

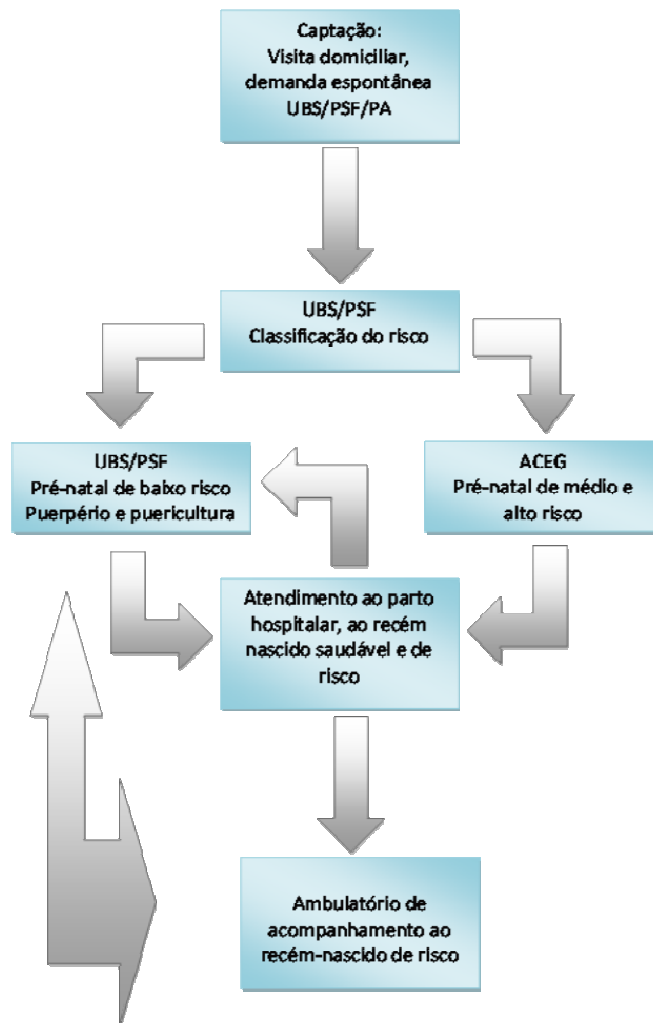


Figura 7 - Fluxograma do atendimento à gestante, parto e puerpério, São Carlos, 2008.

Fonte: SMSSC, 2009, adaptado pela autora.

A captação das gestantes é realizada na demanda espontânea das unidades básicas de saúde, nos serviços de pronto-atendimento e nas visitas domiciliares pela equipe do PSF. Em seguida, ocorre a programação da oferta com duas consultas no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. A rede de saúde dispõe de serviços apoio e diagnósticos e dispensação de medicamentos.

O acompanhamento pré-natal está descentralizado nas equipes de atenção básica (PSF e UBS) e hierarquizado por cuidados progressivos, tendo com a referência especializada para o pré-natal de médio e alto risco, classificados de acordo com protocolo clínico, o Ambulatório de Cuidados Especiais à Gestante (ACEG).

No PSF o pré-natal é realizado pelo médico generalista e o enfermeiro; na UBS é realizado pelo obstetra. Os relatórios do SISPRENATAL indicam que o obstetra da UBS é

referência inclusive para os pré-natais de baixo risco nas áreas cobertas pelo PSF. Nesse caso, mesmo que o PSF não realize atenção individual à gestante, realiza o atendimento em grupo e as visitas domiciliares. A taxa de cobertura do pré-natal aumentou mais de 80% entre no decênio de 1998 a 2008.

O protocolo clínico do município segue Manual do Pré-Natal e Parto do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005c). A idade da mãe e a condição de vida não são consideradas critérios de risco e vulnerabilidade, conforme diretriz do protocolo do MS. Em relação à gestante adolescente, encontra-se no protocolo de São Carlos a seguinte referência “as gestantes com idades limítrofes (adolescentes ou acima de 40 anos) sem patologias listadas neste protocolo estão excluídas do ACEG.” (SÃO CARLOS, 2006a, p. 02). Considera-se que o protocolo de São Carlos é pautado essencialmente no modelo biomédico, centrado no risco e no atendimento médico individual, contrariando a recomendação do Ministério:

[...] ser multidisciplinar e multiprofissional, ser integral e levar em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente um cuidado biológico; estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal (BRASIL, 2005c, p. 14).

O relatório do SISPRENATAL indica que o PSF consegue captar 8% mais precocemente as gestantes do que as UBS, pois a produção do cuidado à gestante é multiprofissional - envolve as áreas de enfermagem, medicina e odontologia – e está inserido no território e próximo ao processo de vida das pessoas.

O planejamento das ações não se fundamenta na análise dos determinantes de saúde da área, mas na abordagem do risco. Conclui-se que o acompanhamento pré-natal é essencialmente biomédico e não considera a análise ampla de demanda, a situação de vulnerabilidade e as necessidades das gestantes adolescentes.

Após o parto, a mãe e o bebê são contra-referenciados para o acompanhamento na UBS/PSF, para a realização do acompanhamento puerperal e de puericultura. Segundo a Sala de Situação do Ministério da Saúde, apenas 30% das mães que fizeram o parto em São Carlos realizam a consulta puerperal, o que indica que não está havendo a continuidade do cuidado dessas mulheres (DATASUS, 2010). Este dado se agrava quando a mãe é adolescente, considerando a alta taxa de reincidência da gestação no grupo.

Estudos mostram que a adolescente grávida não os métodos anticoncepcionais, indicando que essas mulheres necessitam de uma abordagem integral, considerando suas necessidades de forma integral (HEILBORN et al., 2006). Também há necessidade de que as equipes de saúde ofereçam apoio à mãe adolescente para que seja integrada à escola,

reconheça novos projetos de vida, prevenindo a reincidência da gestação, que é alta em situação precária de vida (ROSA, 2007).

Em relação à articulação intersetorial das equipes de saúde da ARES Aracy, as equipes de PSF participam ativamente da construção da RECRIARD, encaminham e discutem casos para o CRAS Aracy, mantém parceria com as escolas locais para realização dos grupos de saúde e participam da programação no Centro de Juventude. Também em atividades pontuais, a comunidade e instituições do bairro são convidadas a participar.

No relatório da 2ª Conferência Municipal de Políticas para as Mulheres, as participantes avaliaram os serviços de saúde e registram as seguintes reivindicações:

[...] melhorar o **acesso** ao ginecologista-obstetra; adequar o **número de profissionais** de **GO** nas Unidades de Saúde; **qualificar** a atenção prestada; implantar um **Programa de Planejamento Familiar**; garantir as informações necessárias às mulheres que possibilitem a **escolha** do método mais adequado, incluindo os métodos naturais; garantir **acesso** a todos os métodos reversíveis e não reversíveis; contratualizar com a Santa Casa e sua equipe médica a realização dos procedimentos de esterelização cirúrgica; fortalecer as Ações de **Prevenção do Câncer na Mulher**; desenvolver campanhas no decorrer do ano para conscientização do **auto cuidado** da mulher na prevenção do câncer; fortalecer o Programa de Pré-Natal; fazer **busca ativa** das gestantes para garantia do início do Pré Natal no 1º trimestre (CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2007, p. 01. Grifos nossos).

A reivindicação das mulheres sobre o acesso ao ginecologista-obstetra indica que a cultura da especialização ainda é muito hegemônica na cidade, o que se confirma pela baixa adesão das gestantes ao acompanhamento do pré-natal pelo médico generalista ou pela enfermeira do PSF. Por sua vez, o planejamento familiar é uma reivindicação legítima considerando que inexistente uma linha de cuidado da mulher no município e que as ações voltadas aos direitos sexuais e reprodutivos acontecem nos atendimentos individuais, sem garantia do acesso aos diferentes métodos, exceto os contraceptivos orais. É necessário, e o Conselho registrou isso, que se definam políticas públicas que garantam os direitos sexuais e reprodutivos dos munícipes, incluindo o direito à escolha e o acesso do método de anticoncepção. Quanto ao fortalecimento do pré-natal e a busca ativa das gestantes no primeiro trimestre da gestação, estas solicitações apontam para a qualidade do serviço prestado tendo em vista que, conforme demonstrado anteriormente, o acesso tem melhorado significativamente. Deste modo, entende-se a demanda por melhora do vínculo entre a equipe e as mulheres do território de referência, visto que os números indicam uma alta cobertura do pré-natal na cidade.

Em relação ao processo de trabalho das equipes, estas se organizam por cronograma de atividades e não há o planejamento estratégico pautado na análise de situação do território,

conforme o recomendado. O enfoque é ainda o de mudança de comportamento por meio do biopoder de controle da população por meio de vacinas, grupos de educação em saúde, atendimentos médicos individuais. O Conselho Local não se reúne periodicamente o indica a ausência da participação efetiva dos sujeitos na tomada de decisão, conforme preconizado e, portanto, o espaço não está sendo utilizado para conscientização da população sobre os determinantes do processo saúde-doença da comunidade, o que se constituiu numa vulnerabilidade programática da saúde.

A análise dos limites e potencialidades da rede de saúde e de sua articulação à rede de proteção à gestante adolescente em São Carlos será aprofundada no item 5.4.7. No item seguinte descrevemos as ações desenvolvidas pela Secretaria da Infância e Juventude.

5.4.6 Infância e Juventude

A Secretaria Especial de Infância e Juventude do município (SEIJ) foi criada em 2005, ano da criação da Secretaria Nacional da Juventude (SNJ), e tem como atribuições:

[...] elaborar e executar programas de amparo à criança e ao adolescente; elaborar e executar programas de atendimento e apoio à juventude; assessorar o Prefeito Municipal nas políticas públicas de inclusão social da criança e do adolescente, coordenando a atuação das demais Secretarias Municipais e articulando iniciativas públicas e privadas de proteção social na sua área de atuação; articular-se com a sociedade civil para execução de programas, projetos e ações em defesa da infância e juventude; implantar, coordenar e articular atuação dos Centros da Juventude; coordenar as ações relativas ao Orçamento Criança e Adolescente (SÃO CARLOS, 2010g, p.01).

O Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente (CMDCA) e o Conselho Tutelar estão sob a coordenação da SEIJ. A estrutura da SEIJ é composta da sede da Secretaria, um Núcleo de Atendimento Integrado (NAI) e dois Centros da Juventude, sendo um no bairro Monte Carlo (inaugurado em 2008) e outro no Antenor Garcia (inaugurado em 2010).

O NAI é iniciativa pioneira de São Carlos no atendimento em regime de semiliberdade dos adolescentes em medidas sócioeducativas, em cumprimento ao artigo 88 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que prevê a integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e Assistência Social em um mesmo local, para efeito de agilidade no atendimento inicial ao adolescente que cometeu algum tipo de ato

infracional. O trabalho é desenvolvido pela Prefeitura em parceria com o Juizado da Infância e Juventude e os Salesianos São Carlos.

Segundo a prefeitura, no NAI todos recebem igual tratamento, desde aqueles que se envolveram em uma simples briga na escola até os que cometeram delitos mais graves, ou seja, o adolescente é respeitado em sua singularidade como sujeito de direito. Além da agilidade nos procedimentos, busca-se atender as necessidades específicas dos jovens e suas famílias, por meio de atendimento multiprofissional. O adolescente é abordado no contexto que vive, não apenas para o crime praticado. O enfoque do sistema é a prevenção que consiste em intervir para não deixar que o adolescente continue avançando na prática de delitos (SÃO CARLOS, 2010h).

Os indicadores apontam resultados positivos da iniciativa:

Em 1998, São Carlos registrou 15 homicídios cometidos por adolescentes. Entre 2001 — ano em que o NAI começou a funcionar — e 2005, os números caíram para dois por ano. Em 2006, nenhum caso foi registrado. O trabalho também diminuiu pela metade o número de custódias (internações) motivadas por outros crimes. Nos primeiros nove meses de funcionamento do NAI, foram 118 das 120 custódias; em 2006, 61 em 144. Outro saldo positivo foi a queda de 90% na média de internação de adolescentes de São Carlos em unidades da Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (Febem-SP). O índice de reincidência entre os jovens infratores no município está em 4%, contra a média em torno de 30% nas cidades que mantêm os procedimentos convencionais de internação. Tanto que a iniciativa desperta o interesse de outras cidades (LAVOR, 2007, p.10)

Não foi possível levantar a origem dos adolescentes e jovens atendidos pelo NAI uma vez que não estava previsto no projeto enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa e por não ser o foco desta investigação, porém a relação entre vulnerabilidade social e aumento da incidência de atos infracionais está consolidada na literatura. Penso e Sudbrack (2004) estudaram a influência da dinâmica familiar no processo de construção identitária de adolescentes que cometeram atos infracionais e são usuários de drogas, vivendo em situação de pobreza e exclusão social por meio de metodologia qualitativa de pesquisa-intervenção com dez adolescentes em medida sócio-educativa de semiliberdade e suas famílias. Os resultados apontam para a função do uso de drogas e do cometimento de atos infracionais na adolescência como uma das saídas encontradas pelo adolescente para lidar com o papel de filho parental, permitindo a resolução da crise identitária. Os autores enfatizam que a abordagem das relações familiares não desconsidera os aspectos sociais, individuais e políticos que envolvem a relação do homem com as drogas e o ato infracional.

Os Centros da Juventude foram implantados em áreas de vulnerabilidade social, nos bairros Monte Carlos (2008) e Antenor (2010) e são espaços de ação integrada entre a Secretaria Especial de Infância e Juventude, a Secretaria de Educação e Cultura, a Secretaria

do Trabalho, Emprego e Renda, a Secretaria de Esportes e lazer, a Secretaria de Desenvolvimento Sustentável, Ciência e Tecnologia, Secretaria da Cidadania, Assistência Social, a UFSCar, a Fundação Pró-Memória, a Fundação Educacional de São Carlos (FESC), o Programa Habitacional de São Carlos (Prohab), a SENAI, a SENAC e a comunidade. Estes espaços mantêm quadras de esportes variados, uma piscina olímpica, espaços para atividades educativas coletivas e para qualificação para o trabalho e representa um enorme avanço para a redução das desigualdades sociais nas áreas onde foram implantados (SÃO CARLOS, 2010i).

No primeiro semestre de 2010, o Centro de Juventude Monte Carlo ofereceu cursos gratuitos de Informática Básica para o Trabalho (60 vagas), uso livre da Internet; curso de Auxiliar de Almoxarife e Operador de Caixa; curso de Formação de Pedreiros; curso de Inspetor de Qualidade (16 vagas para pessoas entre 18 e 29 anos); cursos de Manicure e Pedicuro (15 vagas); Depilação 15 vagas; prática da Hatha Yoga, Dança de Rua, Violão e Capoeira; práticas esportivas nas modalidades futsal (masculino e feminino), vôlei (masculino e feminino), futebol de campo (masculino e feminino), natação, hidroginástica, ginástica e atividades físicas orientada para jovens e adultos.

No Projeto “Programa de Valorização do Jovem – Preparação para o Trabalho e para a Vida” foram oferecidos cursos de Auxiliar de Escritório, oficina de cultura, oficina de meio ambiente e qualidade de vida, atividade esportiva e apoio escolar. O “Projeto Metuia”, realizado em parceria com o Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar, ofereceu artesanato, teatro, culinária, música. O Centro possuiu o Espaço Estudante, um local reservado para que os estudantes possam realizar suas lições de casa ou pesquisas escolares com apoio de professor da rede municipal de educação e da equipe do Projeto METUIA do Departamento de Terapia Ocupacional da UFSCar (SÃO CARLOS, 2009b).

Desde 2005, a Secretaria desenvolve o projeto “Infância e Juventude em Rede”, por meio de parceria com a Fundação Telefônica PRÓ-MENINO. O projeto tem por objetivo ampliar, fortalecer, operacionalizar e consolidar a rede social formada entre os órgãos públicos e a sociedade civil organizada, na expansão e na qualidade do atendimento voltados à criança e ao adolescente. Visa instituir o fluxo de comunicação entre os serviços, equipar por interligação via rádio e qualificar para o trabalho em rede. Atualmente, o projeto encontra-se na conclusão da segunda etapa. Está previsto equipar 100% das escolas infantis e de ensino fundamental, 100% das equipes do PSF, 100% dos Centros de Juventude e 100% dos demais parceiros do RECRIAD.

Além das entidades governamentais, o RECRIAD agrega organizações da sociedade civil que ofertam uma grande gama de serviços e um número expressivo de atendimentos à criança e ao adolescente: três entidades que ofertam cursos profissionalizantes; dez entidades que oferecem complementação escolar; três de atendimento aos portadores de necessidades especiais e um programa de medidas sócio-educativas. Eduardo (2006) analisou esses programas de atendimento social não-governamentais de São Carlos, em 2005, encontrando forte viés assistencialista e de política compensatória. A expectativa é que o planejamento participativo contribua para reverter esse caráter, contribuindo para o sinergismo na construção de sujeitos.

A metodologia de trabalho do RECRIAD fundamenta-se no território e no planejamento estratégico e participativo. A primeira etapa do projeto consistiu no diagnóstico de situação, levantamento de recursos e necessidades. A segunda etapa está sendo dirigida para a construção da rede na Aracy, por ser o de maior vulnerabilidade social.

Em relação à participação da comunidade no processo decisório, desde 2001, a Prefeitura de São Carlos tem praticado o Orçamento Participativo (OP). A constatação da parca sensibilização dos munícipes para a participação motivou a elaboração do projeto pedagógico “OP Educa”, que se baseia na construção de uma Rede de Saberes, desenvolvida na rede de ensino pública e privada, tendo em vista desenvolver a cidadania desde a infância, por meio da sensibilização quanto a seus direitos e deveres e da possibilidade da participação efetiva, alcançando, quando possível, as famílias. Trata-se de investir na participação de crianças e jovens em situações de aprendizagem sobre a prática cidadã, que, certamente, favorecerá o diálogo entre adultos e os cidadãos mais jovens (SÃO CARLOS, 2010j). Importante resultado desse processo foi a participação dos adolescentes e jovens da ARES Aracy no OP, o que resultou na aprovação e construção de uma pista de skate para a comunidade, inaugurada no primeiro semestre de 2010.

O levantamento dos projetos mantidos pela Secretaria da Infância e Juventude evidenciou o cunho intersetorial dos mesmos, a importância das parcerias e, sobretudo, a preocupação com o fomento da participação popular, características fundamentais para a sedimentação da rede de proteção social.

Após o mapeamento dos projetos, programas e políticas voltados aos adolescentes, é possível tecer considerações sobre o trabalho desenvolvido e as potencialidades da atuação em rede. Tal reflexão é apresentada no item seguinte.

5.4.7 Potencialidades da Rede de Proteção

A revisão teórica empreendida sobre o tema gestação na adolescência que subsidiou o tratamento dos dados de São Carlos e, especificamente da ARES Aracy, evidenciou a complexidade do fenômeno e a necessidade de abordagem das diversas expressões das vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas para construção de estratégias de enfrentamento e redução das desigualdades.

Conforme descrito anteriormente, o perfil da gestante adolescente no município pode ser sintetizado do seguinte modo: mãe múltipara, que não estuda, com nível de escolaridade fundamental, não trabalha ou se insere precocemente no mercado de trabalho e realiza menos consultas no pré-natal. O perfil da mãe adolescente na Aracy é semelhante a do município, porém mais perverso: com incidência e reincidência maior do que no município, maior percentual de mães sem companheiro e maior número de mães desocupadas. Há que se destacar que a perversidade na maternidade da ARES Aracy não se restringe às adolescentes, apenas se acentua nessa faixa etária, indicando a necessidade de enfrentamento para a redução de iniquidades e promoção integral da saúde da mulher. Importante ressaltar que esses aspectos não interferem apenas no indivíduo, mas em sua rede social, como família (socialização, apoio social), sociedade (padrões, cultura) e instituições (escola, trabalho) e essas relações são reguladas pelo Estado (direitos sociais, políticas econômicas e sociais). Tais dados apontam para a necessidade de enfrentamentos nas áreas de educação, trabalho, emprego e renda, além de práticas de saúde mais resolutivas.

Comparativamente no município, surge um novo perfil de mães acima de 25 anos: múltiparas, com mais de 12 anos de estudo, que ocupam cargo de nível universitário e fazem mais do que 7 consultas durante o pré-natal, indicando uma diversidade nas demandas pelos cuidados em saúde materno-infantis.

O mapa da gestação na adolescência indica uma correlação espacial positiva com o mapa da vulnerabilidade social. A ARES de maior vulnerabilidade à gestação se situa no território com menor acesso aos equipamentos de esporte e lazer, acesso à escola, menor adesão no pré-natal pelas mães adolescentes, maior frequência de mães adolescentes que não estudam e não trabalham e pior inserção das mulheres no mercado de trabalho. A educação sexual no território é realizada apenas no espaço escolar, o que limita o acesso aos adolescentes e jovens que deixaram de estudar. O planejamento familiar e o pré-natal são

dirigidos às mulheres, responsabilizando-as pela a maternidade e anticoncepção.

Em síntese, a vulnerabilidade social da gestação na adolescência em São Carlos apresenta-se intimamente relacionada à educação, trabalho, emprego e renda, gênero, sexualidade e reprodução evidenciando a impossibilidade do setor saúde de responder setorialmente a essa realidade e a necessidade de estabelecer processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares em rede.

As desigualdades sociais, a qualidade da educação e o trabalho despontaram dentre os seis problemas prioritários do Brasil pelos participantes da 1ª Conferência Nacional de Políticas Públicas para a Juventude, realizada em abril de 2008. Abaixo, uma fala de um dos jovens participante do Grupo Focal Hip Hop realizado durante a conferência:

Então, na verdade mesmo a gente vive num país demagogo e hipócrita. São dois países, um país que tem uma constituição para quem tem dinheiro e um país que tem uma constituição pra quem não tem dinheiro. A maior lacuna no meu ponto de vista está onde? Está na questão dos jovens entre os doze aos vinte anos. Por quê? Porque os jovens nessa faixa etária de idade principalmente dentro da periferia ele não tem recurso nenhum para se manter, aliás, não tem nem investimento de trabalho no nosso país para o jovem. O jovem, por mais que ele queira trabalhar, ele não tem como trabalhar porque não existe projeto de política pública de trabalho para o jovem. Mas, existe um mercado que abraça esse jovem, que é o tráfico de drogas. E eu falo isso por legitimidade, por ter passado dentro desse mercado. Os jovens têm os seus anseios de andar bem vestidos, de se alimentar legal, de comprar a sua cultura, comprar o seu lazer, só que o jovem da periferia não (CASTRO; ABROMOVAY, 2009. p.236).

Dentre as resoluções da Conferência Nacional, os jovens reivindicam educação de qualidade para todos, inserção da educação profissional no ensino fundamental, ampliação de acesso ao ensino superior, crédito para jovens empreendedores, ampliação de estratégias de proteção social voltadas para a permanência na escola, preparo para o primeiro emprego. Em relação à cultura, os jovens querem a criação de espaços culturais públicos, descentralizados, com gestão compartilhada, além de cotas de exibição de programação de 50% para a produção cultural. Quanto aos direitos sexuais e reprodutivos, querem sua efetivação por estratégias que contemplem suas diversidades, atendendo às populações vulneráveis, garantindo a participação dos jovens nos processos de gestão participativa. Sugerem ações de planejamento familiar que garantam a autonomia de jovens de ambos os sexos, facilitem a aquisição de métodos contraceptivos e a orientação de forma continuada e não pontual, construídas “com e para jovens” (CASTRO; ABRAMOVAY, 2009, p. 283). Estas demandas expressas na 1ª Conferências se apresentaram como legítimas e urgentes no município de São Carlos.

O mapeamento dos recursos e estratégias de enfrentamento das vulnerabilidades

sociais em São Carlos resultou na identificação dos seguintes setores envolvidos numa rede de proteção ao adolescente: esporte e lazer, educação, trabalho, emprego e renda, assistência social, saúde e infância e juventude. O acesso aos recursos, a participação da comunidade, a articulação dos setores em cada estratégia/programa/política assume diferentes arranjos e nem todos estão disponíveis na ARES Aracy.

No setor esporte e lazer destaca-se que o município ainda não tem uma Política Municipal de Esporte e Lazer aprovada. Os projetos desenvolvidos em 2008 referiam-se às propostas tercerizadas, aprovadas por meio de concorrência pública. Tais projetos concentraram-se no centro da cidade e os poucos projetos descentralizados e executados com recursos próprios da secretaria não beneficiaram a ARES Aracy, por falta de espaço coletivo na área. Como resultado do processo irregular de ocupação do solo, os espaços comunitários na ARES Aracy estavam limitados às escolas e ao Centro Comunitário.

Como estratégia de enfrentamento, o CMDCA aprovou a construção de Centros da Juventude nas áreas de maior vulnerabilidade social. No período de 2008 a 2010 foram implantados dois centros, o segundo foi no bairro Antenor Garcia, que concentram uma piscina olímpica, quadras de esportes em várias modalidades, salas de cinema e teatro, além de espaço para artes. A sustentabilidade do projeto é garantida como uso de espaço público e pela contratação de profissionais por concurso público. Ademais, as ações esportivas no Centro da Juventude integram no mesmo espaço físico às estratégias da educação, assistência social e trabalho.

A vulnerabilidade programática na educação se relaciona ao acesso aos equipamentos e da qualidade do ensino. O atual déficit de vagas no ensino fundamental e médio na ARES e no município, e a falta de recursos para garantir a permanência do jovem de família de baixa renda após os 15 anos de idade somente nos estudos, limitam o acesso à escola. A estratégia de disponibilizar transporte público para deslocar os alunos para outras regiões da cidade tem um forte potencial para reduzir as desigualdades, tanto no acesso à escola como aos bens culturais, contribuindo para ampliar o capital social do jovem e promover a inclusão social. Porém, se a escola não for inclusiva, corre-se o risco do jovem da Aracy sofrer preconceito por ser o morador lá de “baixo do morro”.

A qualidade do ensino público requer amplos investimentos, considerando o sucateamento da rede de ensino como resultado da política de mercantilização da educação que se instalou no país desde a década de 1990. Apesar da educação ser uma das prioridades atuais do plano de desenvolvimento do país e dos investimentos para ampliar o acesso e

qualificar o ensino fundamental, acredita-se que somente o controle social será eficaz para transformar esta realidade e para isso é necessário empoderar as pessoas.

O potencial de enfrentamento da EJA para ampliação do acesso do jovem em situação de atraso escolar está na sua proposta de educação crítica, voltada às necessidades do território, baseada na educação popular de Paulo Freire. Contudo, os entraves para esta proposta são: qualificação de corpo docente, desmotivação do aluno em atraso escolar e estigma do empregador.

A estratégia de vincular a educação como condicionalidade dos programas de transferência de renda é polêmica. Isoladamente, a estratégia tem um caráter focalizador e assistencialista. Porém, inserida num projeto maior de desenvolvimento social tem um enorme potencial, com inúmeros relatos exitosos nos cenários nacional e internacional. As evidências apontam que São Carlos, especificamente na ARES Aracy, localiza-se na segunda situação, por meio de projetos de iniciativa municipal como: a implantação de biblioteca comunitária (Projeto Escola do Futuro- Educação); implantação de cinco núcleos do Programa de Inclusão Digital (60 vagas /semestre); organização de salas de leitura, acesso à internet, salas de reforço escolar, em parceria com os cursos de Pedagogia e Terapia Ocupacional da UFSCar no Centro de Juventude.

As estratégias para redução da vulnerabilidade social de trabalho, emprego e renda estão intimamente relacionadas às de educação, sendo esta última a principal ordenadora da inserção no mercado de trabalho em nossa sociedade. Também as desigualdades de gênero no trabalho permitem reflexões sobre o quadro que se instala na ARES Aracy. Embora o acesso à educação infantil esteja garantido a todas as crianças, oferecendo apoio às mães que trabalham fora de casa, existe um preconceito maior em contratar mulheres com filhos pequenos. Essas mulheres acabam trabalhando informalmente, prestando serviços domésticos, para o qual não necessitam “ter estudo”. As estratégias de intervenção envolveram cursos profissionalizantes no Centro Comunitário e criação de cinco núcleos de PID para o trabalho.

Também no Centro Comunitário são oferecidos cursos de beleza e estética, artesanato e outros. Embora se reconheça a necessidade emergencial dessas jovens, o tipo de formação que, atualmente, é oferecido às adolescentes reforça o papel social da mulher em atividades domésticas, beleza e estética, cuidadora de idosos, ou seja, os trabalhos considerados femininos e sem especialização.

No ano de 2009, o Centro de Economia Solidária do município, em parceria com o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher, ofereceu cursos de construção civil só para

mulheres, que formaram uma cooperativa de prestação de serviços especializados em pintura, grafiato, e outros acabamentos.

Também o Projeto Pró-Jovem Trabalhador do governo federal constitui-se numa estratégia interessante. O currículo pedagógico do programa é inovador, segue a lógica do território e tem potencial para inserir o jovem no trabalho por meio de parcerias com as empresas locais. A crítica que se faz é por ser um programa federal, padronizado, sem a garantia de sustentabilidade, pois é uma política de governo. A primeira turma teve início em junho de 2010.

As estratégias para redução da vulnerabilidade nas relações de gênero e na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos dos jovens foram mais limitadas e se restringiram aos setores de saúde e educação. As ações identificadas foram: as aulas sobre a educação sexual e reprodutiva nas escolas, o planejamento familiar e o atendimento ao pré-natal/parto/puerpério na unidade de saúde. As escolas estaduais seguem um programa próprio do Estado. Nas escolas municipais, são realizadas pela equipe do PSF.

Questiona-se o quanto estas estratégias produzem e reproduzem essas vulnerabilidades. A educação sexual e reprodutiva difere entre as escolas municipais e as estaduais. Os Parâmetros Curriculares Nacionais definem que a orientação sexual é um tema transversal e que todo professor deve incluir tal temática em suas aulas, à medida que tais questões se aproximarem dos conteúdos que trabalham (BRASIL, 1996b). Para Carradore e Ribeiro (2006) considera a orientação sexual como um tema transversal desconsidera a complexidade do tema, especialmente porque o professor não tem formação para isso, gerando uma série de conflitos e reprodução de mitos, padrões e valores de toda ordem. Já os profissionais de saúde têm limites na formação psicopedagógica e tendem a reduzir, também, a educação em informações técnicas. Outro limite da estratégia de educação sexual é a sua focalização na escola, limitando a informação aos jovens mais vulneráveis que saem da escola quando completam 15 anos. Há que se buscar outros espaços comunitários para ampliar o enfrentamento dessa vulnerabilidade social.

Ainda em relação aos direitos sexuais e reprodutivos, a exclusão dos homens das ações individuais e coletivas de planejamento familiar e pré-natal reforça a cultura iníqua de feminilização da maternidade e da anticoncepção. O atendimento ao pré-natal da gestante adolescente no mesmo processo que as adultas pode fortalecer a cultura da adultização da juventude por meio da maternidade. A menor cobertura e frequência no pré-natal entre as mães adolescentes indicam a necessidade de promover o acolhimento e o vínculo. Estes dados

indicam a necessidade de se incorporar nas práticas de saúde os princípios de equidade entre gêneros e direitos sexuais e reprodutivos.

Em relação à participação social nos programas e políticas na ARES Aracy, condição fundamental para redução da vulnerabilidade social e promoção da saúde, constata-se que o espaço do Conselho Local de Saúde tem sido subutilizado, indicando uma vulnerabilidade programática da saúde que precisa ser enfrentada. A equipe de saúde ainda trabalha na lógica da promoção de mudança de comportamento das pessoas e não da promoção do empoderamento para o enfrentamento das vulnerabilidades sociais. Segundo AYRES et al, 2009, a vulnerabilidade programática pode ser avaliada pelo quanto os nossos serviços de saúde, educação, etc., estão propiciando que estes contextos desfavoráveis sejam percebidos e superados por indivíduos e grupos sociais. O quanto eles propiciam a esses sujeitos transformar suas relações, valores, interesses para emancipar-se dessas situações de vulnerabilidade. Nesse sentido, a estratégia do OP Educa teve resultados interessantes, como a aprovação do projeto da pista de skate da Aracy por meio da articulação política dos adolescentes, inaugurada em 2010.

O RECRIAD - Rede de Proteção à Infância e Adolescente em São Carlos, por meio da parceria com a Rede Pró-Menino da Fundação Telefônica está implantando os fluxos de comunicação e integração da rede por meio de sistema de telecomunicação via rádio. Todas as instituições que assistem a criança e o adolescente, seja do setor público ou privado participam do projeto. A lógica do RECRIAD é o território e o piloto está sendo desenvolvido na Aracy.

Importante salientar que rede de proteção à infância e à adolescência, conforme preconizada pelo ECA, deve envolver os diferentes setores e tipos de instituições. O estudo de desenvolver os diferentes setores e tipos de instituições. O estudo desenvolvido priorizou os programas, projetos e política estatais. De outro modo, o estudo de Eduardo (2005) havia trabalho com as instituições da sociedade civil. Outras análises devem ser empreendidas com o mapeamento e territorialização de todos os equipamentos, instituições e programas em São Carlos que atendem a crianças e adolescentes para que se acompanhe a materialização da rede de proteção.

Verifica-se que a rede de proteção ao adolescente em São Carlos está em construção, e que o município tem muitas iniciativas sustentadas por políticas públicas, e não apenas por programas de governo, como é o caso do Pró-Jovem do governo federal. . Algumas se articulam intersetorialmente por meio de fluxos de atendimento, como é o caso da atenção ao

pré-natal ou à informação sobre os direitos sexuais e reprodutivos, e, outras iniciam o processo de gestão integral, na qual a base é o território e a intersetorialidade como, por exemplo, o Centro da Juventude. Os Centros de Juventude vem se constituindo num espaço de gestão intersetorial, com participação social, com enfoque no território e na família, com grande potencial no enfrentamento das vulnerabilidades sociais do território.

Tendo em vista os aspectos observados, considera-se que projetos intersetoriais municipais têm se destacado, visto que são mais abrangentes e sustentáveis e apontam para as mudanças na lógica da produção, centrados nas necessidades de saúde do território, na participação social e na integralidade não apenas de serviços, mas da gestão.

Conclusões

6 CONCLUSÕES

O perfil da gestante adolescente no município de São Carlos foi a mãe primípara (56,4%), que não estuda (84%), com nível de escolaridade fundamental (98%), não trabalha ou que se insere precocemente no mercado de trabalho e que realiza menos consultas no pré-natal. O perfil da mãe adolescente no território de maior vulnerabilidade social à infância e juventude é semelhante a do município, porém mais perverso: com incidência e reincidência da gestação na adolescência maior do que no município, maior percentual de mães sem companheiro e maior número de mães desocupadas. Há que se destacar que as adversidades da maternidade da ARES Aracy não se restringe às adolescentes, apenas se acentua nessa faixa etária, indicando a necessidade de enfrentamento para a redução de iniquidades e promoção integral da saúde da mulher. Também estes aspectos não interferem apenas no indivíduo, mas em sua rede social, como família (socialização, apoio social), sociedade (padrões, cultura) e instituições (escola, trabalho) e essas relações são reguladas pelo Estado (direitos sociais, políticas econômicas e sociais). Este quadro aponta para a necessidade de enfrentamentos na área de educação, trabalho, emprego e renda e práticas de saúde mais resolutivas.

Comparativamente no município, surge um novo perfil de mães acima de 25 anos, primíparas (89%), com mais de 12 anos de estudo, que ocupam cargo de nível universitário, e que fazem mais de 7 consultas durante o pré-natal, indicando uma diversidade nas demandas pelos cuidados em saúde materno-infantis. A dinâmica reprodutiva da adolescência deve ser analisada no contexto das demais mulheres: essa compreensão do todo é que permite avaliar as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas.

Retomando os objetivos da pesquisa, a análise das condições sociais e dos indicadores de saúde da população feminina adolescente de São Carlos na perspectiva das vulnerabilidades sociais e programáticas no território permitiu analisar o potencial de enfrentamento das ações, programas e projetos desenvolvidos pelo Estado.

A sobreposição da espacialização da frequência e da taxa da gestação na adolescência e das vulnerabilidades sociais identificadas na dinâmica reprodutiva de municipal revelou a correlação espacial entre ambas. A ARES de maior densidade da gestação na adolescência coincide com o território de menor acesso aos equipamentos de esporte e lazer, acesso à escola, menor adesão no pré-natal pelas mães adolescentes, maior frequência de mães adolescentes que não estudam e não trabalham e pior inserção das

mulheres no mercado de trabalho, confirmando a determinação social do processo.

Os conceitos de saúde, adolescência e vulnerabilidade que norteiam as políticas e programas voltados ao adolescente não são consonantes na abordagem dos diferentes setores, sendo que no setor saúde encontra-se a abordagem mais restrita à dimensão a-histórica e biologicista da adolescência com o enfoque do risco. Nesta perspectiva, a rede de atenção à saúde da gestante adolescente não se diferencia das mais velhas e restringe-se à captação precoce da gestante, da classificação por risco e atendimento especializado no ACEG. Na educação e cultura e no esporte e lazer, o enfoque da saúde e da adolescência é ampliado para a abordagem psicossocial do indivíduo, incorporando os aspectos de inclusão social e projetos de vida. Concepções mais abrangentes da saúde, juventude e vulnerabilidade são adotadas nos projetos intersetoriais articulados pelos setores da infância e de juventude e assistência social que ampliam o enfoque das ações para família e a comunidade com participação social.

Verifica-se que a rede de proteção ao adolescente em São Carlos está em construção, e que o município tem avançado na construção de políticas e programas locais. Algumas ações estão mais isoladas, outras articulam intersetorialmente por meio de fluxos de atendimento, e outras iniciam o processo de gestão integral, na qual a base é o território e a intersetorialidade, como por exemplo o Centro da Juventude. Os Centros de Juventude vem se constituindo num espaço de gestão intersetorial, com participação social, com enfoque no território e na família e, por isso, tem grande potencial no enfrentamento das vulnerabilidades sociais do território. Até o momento, o setor saúde foi o único a não participar da gestão do Centro de Juventude, sendo acionado somente quando se faz necessário o encaminhamento.

A espacialização dos dados do SINASC e do SIM se mostrou um instrumento valioso para indicar vulnerabilidades sociais no município, pois permitiu analisar as disparidades intra-urbanas.

Contudo, a indisponibilidade da base populacional por bairros foi elemento dificultador para o cálculo de certos indicadores de saúde, o que se constituiu num dos limites da pesquisa. A adequação da base cartográfica de São Carlos, com a inclusão dos polígonos dos setores censitários, bairros e ARES foi uma contribuição do estudo à gestão do município.

A vulnerabilidade programática da rede de proteção ao adolescente na ARES Aracy se faz sentir no acesso dos equipamentos educacionais, de esporte e lazer e de saúde, na qualidade do ensino público e na ausência de projetos que garantam a continuidade dos estudos e o acesso à profissionalização do jovem de família de baixa renda. Destaca-se, também, a permanência do enfoque do risco na organização da atenção à gestante, no

planejamento sexual e da orientação sexual nas escolas. Tal abordagem biologicista da gestação trata a adolescente como adulta, não respeitando suas singularidades. Em decorrência, perspectiva, o acolhimento e o vínculo entre a gestante adolescente e o serviço fragiliza-se. A falta de estímulo à participação dos homens no acompanhamento pré-natal e nas ações de planejamento familiar reproduz as relações de poder entre gêneros, responsabilizando as mulheres pela reprodução e anticoncepção. Urge construir estratégias de redução de desigualdade de gêneros nos serviços de saúde, tendo em vista a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de ambos.

As ações intersetoriais têm alto potencial de enfrentamento das vulnerabilidades programáticas quando estão fundamentadas na gestão intersetorial a partir de problemas identificados no território e com participação popular, em substituição à integralidade de práticas por meio de fluxos de comunicação.

Tendo em vista os aspectos observados, confirmam-se os pressupostos da pesquisa de que rede de saúde mantém uma articulação incipiente com a rede de proteção intersetorial, limitando-se ao encaminhamento para serviços oferecidos em outros setores, como os programas de transferência de renda da Assistência Social. A abordagem ampliada da gestação na adolescência demanda a consolidação do trabalho em rede, já expresso em alguns projetos e programas desenvolvidos no município. O setor saúde precisa ampliar as práticas focadas no risco trabalhando a partir das vulnerabilidades. Com a adoção de tal abordagem terá condições de contribuir com a gestão intersetorial para a promoção da saúde da comunidade. Quanto aos demais setores, há que se considerar os avanços atingidos, mas a necessidade de fortalecimento do planejamento e avaliação integradas, passos que consolidarão a organização do município segundo ARES.

Considera-se que o território e o geoprocessamento foram fundamentais para a identificação das vulnerabilidades e construção das políticas, programas e acompanhamento para redução das iniquidades.

O geoprocessamento apresentou-se como ferramenta importante para a gestão intersetorial, pois fornece condições para o monitoramento e avaliação contínuos das condições de saúde da população e o impacto dos projetos e programas. Garante, ainda, a territorialização e cruzamento de dados referentes aos diversos setores e, por isso, potencializa o trabalho em rede.

Em relação à tomada de decisão, os resultados obtidos com o geoprocessamento podem contribuir para que o governo, profissionais e comunidade elejam áreas e ações

prioritárias sem, contudo, se descuidar da multiplicidade de demandas coletivas.

Os resultados obtidos, conforme demonstrados ao longo da tese evidenciam a potencialidade de um Sistema de Comunicação e Informação Intergerencial como suporte para gestão intersetorial.

São Carlos já deu avanços no sentido na organização do planejamento das ARES. A consolidação dessa rede se dará com o monitoramento e apropriação destes instrumentos e conhecimentos também pela comunidade por meio do orçamento participativo, por exemplo. O Orçamento Participativo e a participação popular se projetam, assim, como possibilidade para que a própria comunidade avalie as condições do território, indiquem suas prioridades e, conseqüentemente, ocorra o trabalho com a equidade: territórios e comunidades diferentes podem eleger diversas prioridades que o governo municipal deverá atender.

A análise e o acompanhamento dos projetos, programas e políticas são fundamentais para avaliação do modo como o governo municipal tem se organizado para a oferta dos direitos sociais. Uma questão importante no caso da saúde e da assistência social é que os principais programas e projetos existentes foram criados pelo governo federal e o município é o executor (Bolsa Família, Projovem, protocolos de cuidado). Assim, a eficiência de São Carlos pode ser percebida muito mais na elaboração e operacionalização de novos projetos do que na aplicação destes que foram gerados pelo governo federal.

É interessante que os planejadores priorizem o enfrentamento imediato das vulnerabilidades (como por exemplo, na transferência de renda). Contudo, o grande salto qualitativo ocorrerá com o pleno funcionamento de uma rede de proteção que seja, na verdade, a mobilizadora da defesa dos direitos sociais. A rede, desde que tenha o envolvimento da população, contribuirá para a concretização das políticas (âmbito federal, estadual e municipal) que não podem ser vistas somente como serviços prestados à população. Não basta utilizar/ser beneficiária do serviço. A população tem que participar ativamente na elaboração e aplicação de estratégias de enfrentamento.

Há que se destacar a opção do estudo pela vulnerabilidade programática promovida pelo poder público, porém não se pode deixar de considerar que a rede de proteção também é composta por outras instituições – filantrópicas e privadas – que operam com outras lógicas (que podem ser assistencialistas e não de promoção de direitos). Assim, a análise desta rede de proteção deve ser ampliada em outros estudos com a incorporação da sociedade civil e com a problematização da gestão e construção coletiva com sujeitos sociais de diferentes naturezas.

No caso da adolescência, dado seu caráter plural, faz-se necessário a realização de estudos qualitativos com adolescentes destas áreas de vulnerabilidade social contribuindo para a análise ampliada dessas vivências, do acesso aos serviços, dos impactos na produção de subjetividades, identidades e da avaliação da qualidade das ações dos diversos setores. Assim, as dimensões macro-estruturais, como a dinâmica reprodutiva, as disparidades intra-urbanas e o mapeamento das vulnerabilidades, poderão ser compreendidos na perspectiva dos sujeitos sociais que vivenciam cotidianamente os impactos das vulnerabilidades sobre suas vidas, famílias e comunidades. De outro modo, atravessados pelas vulnerabilidades, criam mecanismos de enfrentamento que, no entanto, construídos de modo isolado, não resultarão na transformação das condições comunitárias e sociais. Urge, portanto, a construção de um agir ético e político que, oriundo da experiência das vulnerabilidades, seja pleno de vida.

Referências

REFERÊNCIAS

ABRAMO, H. W. Condição Juvenil no Brasil Contemporâneo. In: ABRAMO, H. W.; BRANCO, P. P. M. (Org.). **Retratos da juventude brasileira: análises de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Instituto Cidadania/Fundação Perseu Abramo, 2005. p. 37-72.

ABREU, D. M. X.; CESAR, C. C.; FRANÇA, E. B. Relação entre as causas de mortes evitáveis por atenção à saúde e a implementação do Sistema Único de Saúde no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**. Whashington, v. 21, n. 5, p. 282-291, 2007.

ALMEIDA, A. F. F.; HARDY, E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 41, n. 4, p. 565-572, ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n4/5871.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2010.

ALTMANN, H. A sexualidade adolescente como foco de investimento político-social. **Educ. rev.**, Belo Horizonte, n. 46, Dec. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-46982007000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 maio 2010.

ALVES, J. A. B.; PIERANTI, O. P. O estado e a formulação de uma política nacional de esporte no Brasil. **RAE eletrônica**. São Paulo, v. 6, n. 1, Art.1, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/raeel/v6n1/a02v6n1.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2010.

ALVES, J. A. L. **Os direitos humanos como tema global**. São Paulo: Perspectiva, 1994.

AMORIM, M. M. R. et al. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controlado. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 404-410, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n8/v31n8a06.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2009.

ANDRADE, E. R.; RODRIGUES M. E. B. Juventude e trabalho: perfil e dinâmicas dos alunos do Pro-jovem Urbano. In: SEMINÁRIO VIOLAR, 1., 2010, Campinas. **Anais...** Campinas: FE/Unicamp, 2010. p. 99.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 341-392.

ARAÚJO, M. B. EJA e Juventudes: diálogos possíveis. In: SEMINÁRIO VIOLAR, 1.,v.1,

2010, Campinas. **Anais...** Campinas: FE/Unicamp, 2010. p. 34-35.

AYRES, J. R. C. M. A doença na sociedade como entidade e como processo: subsídios para pensar a epidemiologia. **Rev. Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 2, n. 2, p. 135-162, 1993.

AYRES, J. R. C. M. et al. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface**. Botucatu, v. 7, n. 12, p. 123-138, fev. 2003b. Disponível em: <<http://www.interface.org.br/revista12/artigo4.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2010.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003a, cap. 6, p. 117-140.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p. 375-416.

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. p. 49-72.

AZENHA, V. M. et al. Peso insuficiente ao nascer: estudo de fatores associados em duas coortes de recém-nascidos em Ribeirão Preto, São Paulo. **Rev. paul. pediatr.** São Paulo, v. 26, n. 1, mar. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822008000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 maio 2010.

BARATA, R. B. Condições de saúde da população brasileira. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

BARCELLOS, C. et al. Georreferenciamento de dados de saúde na escala submunicipal: algumas experiências no Brasil. **Epid. Serv. Saúde**. Brasília, v. 17, n. 1, p. 59-70, jan./mar. 2008. Disponível em: <<http://www.epigeo.net/articles/georref.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2010.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A. S. **Projeto de pesquisa: propostas metodológicas**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BASTOS, K. C. B.; LOBO, C. M. N. N. Educação de Jovens e Adultos e promoção social: um desafio para os educadores. [2008]. Disponível em: <http://cereja.org.br/arquivos_upload/kelercristina_carlamarina_eja_promsocial.pdf>. Acesso em: 12 set. 2010.

BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não utilização de anticoncepcionais na adolescência. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 26, n. 6, p. 437-43, dez. 1992. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v26n6/10.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2010.

BRANDAO, E. R.; HEILBORN, M. L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1421-1430, jul. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n7/07.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2010.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de saúde do adolescente (PROSAD)**. Brasília, 1989. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_10.pdf>. Acesso em 15 out. 2010.

BRASIL. **Lei n. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências Brasília, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 19 abr.2009.

BRASIL. **Lei n. 8.742**, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em : <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8742.htm>> Acesso em: 19 abr.2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196** de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 11 out. 1996a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm>>. Acesso em: 15 jul. 2010.

BRASIL. **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, 1996b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm>. Acesso em: 15 jul. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de saúde do adolescente (PROSAD)**. Brasília, 1996c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_05.pdf>. Acesso: 17 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_1221_M.pdf>. Acesso em 14 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção de vidas mais saudáveis**. Reimpressão. Brasília, 2002b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/s00f.htm>>. Acesso em 14 jun. 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Sistema Único de Assistência Social**. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, 2005a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_legal.pdf>. Acesso em 14 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília, 2005b. Disponível em: <http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/pc/monografias/ms/sauintadoljov/sauintadoljov2005.pdf>. Acesso em: 14 jul.2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília, 2005c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf>. Acesso em 14 jun. 2010.

BRASIL. Ministério do Esporte. **Política nacional do esporte**. Brasília, 2005d. Disponível em: <http://www.enap.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=440&Itemid=162>. Acesso em 14 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/marco_teorico_referencial.pdf>. Acesso em 14 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde**. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em 14 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006c. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume4.pdf>>. Acesso em 14 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde do adolescente e jovem**. Brasília, 2007. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em 6 de março de 2009.

BRASIL. Ministério do Esporte. **Esporte, Lazer e Desenvolvimento Humano**. Brasília: Ministério do Esporte, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes nacionais para a atenção integral á saúde de adolescentes e jovens na promoção da saúde, prevenção de agravos e de enfermidades e na assistência**. Brasília, 2010a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes_nacionais_adoles_jovens_230810.pdf> Acesso em: 14 ago. 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome. **Programa Bolsa Família**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome, 2010b. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia>>. Acesso em: 11 ago. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Juventude. **Projovem**. Brasília: Secretaria Nacional de Juventude, 2010c. <<http://www.projovem.gov.br/site/interna.php?p=material&tipo=Conteudos&cod=11>>. Acesso em: 03 out. 2010.

BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, 2007, p. 77-93.

CABRAL, F. B.; OLIVEIRA, D. L. L. C. Vulnerabilidade de puérperas na visão de equipes de saúde da família: ênfase em aspectos geracionais e adolescência. **Rev. esc. enf. USP**. São Paulo, v. 44, n. 2, p. 368-375, jun. 2010. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/re USP/v44n2/18.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2010.

CAPUTO, V. G.; BORDIN, I. A. Gravidez na adolescência e uso frequente de álcool e drogas no contexto familiar. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 42, n. 3, p. 402-410, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n3/6158.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2010.

CARNIEL, E. F. et al. Características das mães adolescentes e de seus recém-nascidos e fatores de risco para a gravidez na adolescência em Campinas, SP, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v. 6, n. 4, p. 419-426, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n4/09.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2009.

CARNIEL, E. F. et al. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir das declarações de nascidos vivos. **Rev. Bras. Epid.** São Paulo, v. 11, n. 1, p. 169-179, mar. 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n1/16.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2010.

CARRADORE, V. M.; RIBEIRO, P. R. M. Aids, sexualidade e prevenção no espaço escolar: algumas reflexões. In: RIBEIRO, P. R. M; FIGUEIRÓ, M. N. D. (Org.). **Sexualidade, cultura e educação sexual**: proposta para reflexão. São Paulo: Cultura Acadêmica Editora, 2006.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. M. Determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. In: GIOVANELLA, L. (Org.) **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 141-166.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. Jovens em situação de pobreza, vulnerabilidades Sociais e Violências. **Cad. Pesqui.** São Paulo, n. 116, p. 143-176, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n116/14402.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2010.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. Juventudes no Brasil – vulnerabilidades negativas e positivas, desafiando enfoques de políticas públicas. In: PETRINI, J. C.; CAVALCANTI, V. R. S. (Org.). **Família, sociedade e subjetividades** – Uma perspectiva multidisciplinar. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M. **Quebrando mitos**: juventude, participação e políticas. Perfil, percepções e recomendações dos participantes da 1ª Conferência Nacional de Políticas Públicas de Juventude. Brasília: RITLA, 2009.

CAVASIN, S. et al. **Gravidez de adolescentes entre 10 e 14 anos e vulnerabilidade social**: Estudo Exploratório em Cinco Capitais Brasileiras. São Paulo: ECOS, 2004. Disponível em: <<http://www.ecos.org.br/download/Pesquisa%20Gravidez%20na%20Adolescencia%20-%20Mar%C3%A7o2004.pdf>> Acesso em: 15 out. 2009.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **Iniquidades em saúde no Brasil**: nossa mais grave doença, 2006. Disponível em: <www.determinantes.fiocruz.br/iniquidades.htm>. Acesso em 24 abr. 2010.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE ESPORTE E LAZER DE SÃO CARLOS, 1., 2005, São Carlos. **Carta municipal de esporte e lazer**. São Carlos: Secretaria Municipal de Esportes e Lazer, 2005. p.1-2. Disponível em: <<http://www.redcreacion.org/relareti/documentos/CartaSaoCarlos.html>>. Acesso em: 12 set. 2010.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 2., 2007, São Carlos. **Deliberações aprovadas**. São Carlos: Secretaria Municipal de Cidadania e

Assistência Social, 2007. p. 1-3. Disponível em:
<http://www.saocarlos.sp.gov.br/images/stories/pdf/1197308677--Deliberacoes_da_II_CMPM.pdf>. Acesso em: 03 out. 2010.

CONTIJO, D.; 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. 469-472, fev. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n2/25.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2010.

CORRÊA, A. C. P.; FERRIANI, M. G. C. Paternidade adolescente: um desafio a ser enfrentado pelos serviços de saúde. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 6, n. 2, p. 157-163, abr./jun. 2007.

CORRÊA, A. C. P.; FERRIANI, M. G. C. Processo saúde-doença na adolescência: propostas e intervenções. In: GAÍVA, M. A. M. (Org.). **Saúde da criança e do adolescente – contribuições para o trabalho de enfermeiros (as)**. Cuiabá: EdUFMT, 2006. p. 129-142.

COSTA, A. D. P. V.; SILVA, G. A. P. Indicação da terapia de reidratação oral no setor de emergência: decisão baseada na clínica?. **Rev. Paul. Pediatr**. São Paulo, v. 28, n. 2, jun. 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000200014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 out. 2010.

COSTA, A. M. et al. Planejamento familiar: a autonomia das mulheres sob questão. **Rev. Bras. Saúde Mater. Inf.** Recife, v. 6, n. 1, p. 75-84, jan./mar. 2006 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v6n1/a09v6n1.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2010.

CRUZ, M. M. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: OLIVEIRA, R. G. et al. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2009. p. 21-33.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Indicadores de Saúde**. Brasília:, 2008. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/tema.pdf>> Acesso em: 14 ago. 2009.

DIAS, A. C.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1447-1458, jul. 2006.

DILLEY, M.; BOUDREAU, T. E. Coming to terms with vulnerability: a critique of the food security definition. **Food Policy**. New York. v. 26, n. 3, p. 229-47, jun. 2001. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6VCB-4372V04-2-B&_cdi=5950&_user=687360&_pii=S0306919200000464&_origin=search&_coverDate=06%2F30%2F2001&_sk=999739996&view=c&wchp=dGLbVlb-zSkzk&md5=c3ab79f7dbe56927161764b6e45a656d&ie=/sdarticle.pdf> . Acesso em 13 jul. 2009.

D'ORO, A. C. D'A. **Gravidez na adolescência**: estudo de adolescentes atendidas em serviços de saúde da cidade de São Carlos, Estado de São Paulo. 1992. 187 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

DUARTE, C. M., Nascimento, V. B., AKERMAN, M. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. **Rev. Panam. Salud Pública**. Washington, v. 19, n. 4, p. 236–243, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v19n4/30332.pdf>>. Acesso em: 23 set. 2009.

EDUARDO, L. P. **Política de atenção ao adolescente em São Carlos**: os limites e as possibilidades institucionais. 2006. 77 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

ESTEVES, J. R.; MENANDRO, P. R. M. Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tão experiência. **Estud. Psicol**. Natal, v. 10, n.03, p.363-370, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v10n3/a04v10n3.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2008.

FAUSTO, M. C. R.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: históricos e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FELICIANO, R. A. F. **Rede de apoio social às mães de recém-nascidos, prematuros e de baixo peso egressos da UTI neonatal no município de São Carlos**. 1999. 197 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P. M. Atenção primária e promoção da saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002. p. 7-17. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 28 set. 2010.

FIorentino, J.; SALDANHA, R. P. Esporte, educação e inclusão social: reflexões sobre a prática pedagógica em Educação Física. **Rev. Digital**. Buenos Aires, n. 112, set. 2007. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd112/esporte-educacao-e-inclusao-social.htm>>. Acesso em: 14 out. 2009.

FREITAS, P. F. et al. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 39, n. 5, p. 761-767, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n5/26296.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2010.

GAMA, S. G. N. da et al. Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao

nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, fev. 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 out. 2010.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 24 jun. 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008. 200p. (6ª Ed. 2008).

GODANI, A. M. As famílias brasileiras: mudanças e perspectivas. **Cad. Pesquisa**, São Paulo, n. 91, p. 07-22, nov. 1994.

GOLDENBERG, P. et al. Gravidez na adolescência, pré-natal e resultados perinatais em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1077-1086, jul./ago. 2005 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n4/10.pdf>>. Acesso em: 28 jun. 2010.

GONÇALVES, R. et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 549-553, maio/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a12v61n3.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2009.

GOULART, F. **Saúde da família: boas práticas e círculos virtuosos**. Uberlândia: EDUFU, 2007.

HEILBORN, M. L. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In: HEILBORN, M. L. et al. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 30-59.

IBGE. **Estimativas das populações residentes, em 1º de julho de 2009, segundo os municípios**. 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/POP2009_DOU.pdf>. 2009. Acesso em: 24 nov. 2009.

IBGE. Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. **Perfil dos municípios brasileiros**. Brasília, 2010a. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 4 jul.2009

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2006** – Síntese dos indicadores. Brasília: IBGE, [2006]. 338p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2006/default.shtm>. Acesso em: 14 set. 2009.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2007** – Síntese dos indicadores. Brasília: IBGE, [2007]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2007/default.shtm>.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2008** – Síntese dos indicadores. Brasília: IBGE, [2008]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/default.shtm>.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios 2009** – Síntese dos indicadores. Brasília: IBGE, [2009]. 338p. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/default.shtm>.

IBGE. **Síntese dos indicadores sociais 2010**. Brasília: 2010b. Acesso em : 14 out. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicossociais2009/default.shtm>. Acesso em: 8 de set. 2010.

JARDIM, M. C. et al. Inclusão social é trabalho coletivo: resgate da dignidade e da auto-estima de moradores de um bairro popular. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, Belo Horizonte: UFMG, 2004. Disponível em: <http://www.ufmg.br/congrext/Direitos/Direitos29.pdf>. Acesso em: 13 out. 2010.

KILSZTAJN, S. et al. Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 8, ago. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000800015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 24 set. 2010.

KNAUTH, D. et al. Sexualidade juvenil: aportes para as políticas públicas. In: HEILBORN, M. L. et al. (Org.). **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 400-417.

KOGA, D. **Medidas de cidades**: entre territórios de vida e territórios vividos. São Paulo: Cortez, 2003.

KULMANN JR, M. **Políticas públicas para educação infantil**: uma abordagem histórica. Porto Alegre: Mediação, 1998.

LAVOR, A. Em São Carlos, Estado cumpre a lei. **RADIS**, Rio de Janeiro, p. 10-13, maio 2007. Disponível em: <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/57/pdf/radis_57.pdf>. Acesso em: 14 set. 2010.

LEÃO, L. M. S. **Saúde do adolescente**: atenção integral no plano da utopia. 2005. 178f. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte: 2005.

LIMA, J. F. C.; NEVES, L. M. W (Org.). **Fundamentos da educação escolar no Brasil contemporâneo**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

LOPES, M. H. C. L. O tempo do SUAS. In: SPOSATI, A. O primeiro ano do Sistema Único de Assistência Social. **Rev. Serv. Soc. Soc.** São Paulo, n. 87, p. 96-122, 2006.

MALTA, D. C. et al. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília v.16, n.4, p. 233-244, out. dez. 2007.

MANCUSO, M.; OLIVEIRA, E. **Condições de vida e pobreza em São Carlos**: uma abordagem multidisciplinar. Núcleo de Pesquisa e Documentação da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1994.

MARIOTONI, G. G. B.; BARROS FILHO, A. A. A gravidez na adolescência é fator de risco para o baixo peso ao nascer? (Brasil). **Rev. Chil. Pediatr.**, Santiago, v. 71, n. 5, sept. 2000 . Disponível em <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000500016&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 27 set. 2010.

MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o programa saúde da família. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.) **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: IEPUCCSP; CORTEZ, 2007. P.169-174.

MARTINS, E. F. **Mortalidade perinatal e avaliação da assistência ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido em Belo Horizonte, Minas Gerais**. 2010. 178f. Tese de Doutorado. (Escola de Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

MARTINS, G. A. **Estudo de Caso**: uma estratégia de pesquisa. 2. ed. São Paulo: ATLAS, 2008.

MELO, G. **Gênero e pobreza no Brasil**: relatório final do projeto governabilidade democrática de gênero em América Latina e el Caribe. Brasília: CEPAL, 2005.

MELO, M. C. P.; COELHO, E. A. C. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na atenção básica. **Rev. Ciênc. Saúde Colet.** Rio de Janeiro, jan. 2006. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3734>. Acesso em: 12 out. 2009.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

MINUCI, E. G.; ALMEIDA, M. F. Diferenciais intra-urbanos de peso ao nascer no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 43, n. 2, p. 256-266, abr. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n2/7298.pdf>>. Acesso em: 06 out. 2010.

MONNERAT, G. L. et al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do programa bolsa família. **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.12, n.6, p. 1453-1462, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a06.pdf>>. Acesso em: 29 nov. 2009.

MONTARDO, J. Adolescência e complexidade. In: MARTINAZZO, C. J. (Org.) **Educação escolar e outras temáticas**: ensaios do pensar complexo. Ijuí: Unijuí. 2009. p. 107-119.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, out. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 set. 2010.

MORETTO, Vasco. **Prova**: um momento privilegiado de estudo - não um acerto de contas. 5.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

NERI, M.; SOARES, W. Políticas sociais, renda e saúde na terceira idade. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 15., 2006, Caxambú. **Anais...** Caxambú:

ABEP, 2006. p. 01-21. Disponível em:

<http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2006/docspdf/ABEP2006_720.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2010.

OLIVEIRA, R. C. Adolescência, gravidez e maternidade: a percepção de si e a relação com o trabalho. **Rev. Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 4, p. 93-102, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n4/10.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2010.

OLIVEIRA, R.G. et al. Organização da atenção. In: OLIVEIRA, R. G. GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP, 2009.

Organização Mundial de Saúde. **Caracterização da adolescência**. GENEBRA, 1997.

Organização Panamericana de Saúde. **Renovação da atenção primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-americana da Saúde. Washington, D. C., 2007.

OUTEIRAL, J. **Adolescer**: estudos revisados sobre adolescentes. Rio de Janeiro: REVINTER, 2008.

PADUA, K. S. et al. Fatores associados à realização de cesariana em hospitais brasileiros. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 44, n. 1, p. 70-79, fev. 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n1/08.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2010.

PAES, R. R. Pedagogia do esporte: contextos, evolução e perspectivas. **Rev. Bras. Educ. Física Esporte**. São Paulo, v. 20, n.5, p. 171, set. 2006. Disponível em: <<http://citrus.uspnet.usp.br/eef/uploads/arquivo/v%2020%20supl5%20artigo44.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2010.

PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. p. 07-30.

PAIVA, B. A. O SUAS e os direitos socioassistenciais: a universalização da seguridade social em debate. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 87, p. 5-24, 2006.

PARAYBA, M. J. C. **Risco de morbidade no primeiro ano de vida em filho de mães adolescentes de baixa renda**. 2002. 250 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2002.

PENSO, M. A.; SUDBRACK, M. F. Envolvimento em atos infracionais e com drogas como possibilidades para lidar com o papel de filho parental. **Rev. Psic USP**. São Paulo, v. 15, n. 3, p. 24-59, 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v15n3/24604.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2010.

PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 495-502, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v38n4/21077.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2010.

ROCHA, R.M. et al. Territórios da promoção da saúde e do desenvolvimento local. In: OLIVEIRA, R.G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: ENSP, 2009. p. 379-398.

RODRIGUEZ, L. M. Educação de jovens e adultos na América Latina: políticas de melhoria ou de transformação; reflexões com vistas à VI CONFINTEA. **Rev. Bras. Educação**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p. 326-334, maio/ago. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v14n41/v14n41a10.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2010.

ROSA, A. J. **Novamente grávida**: adolescentes com maternidades sucessivas em Rondonópolis – MT. 2007. 233 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SABROZA, A. R. et al. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 01, p. 112-120, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20s1/12.pdf>>. Acesso em: 20 dez. 2008.

SALOMÃO, M. L. M. **Necessidades de adolescentes atendidos em unidades básicas de saúde do município de São José do Rio do Preto e suas demandas para o cuidado em saúde**: encontros e desencontros. 2007. 285f. Tese de Doutorado. (Faculdade de Medicina da USP). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Rev. Ciênc. Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, mar./abr. 2007. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a07v12n2.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2010.

SANCHEZ, P. S.; DAL BELLO, E. A. Ocupação periférica de baixa renda em áreas de mananciais. In: FELICIDADE, N.; MARTINS, R. C.; LEME, A. A. (Org.). **Uso e gestão dos recursos hídricos no Brasil**. São Carlos: Rima, 2001. p. 205-222.

SÃO CARLOS. Câmara Municipal. **Lei Municipal n.13.251**, publicada em 10 de dezembro de 2003. Dispõe sobre Sistema Municipal de Esporte - SME e cria o Fundo Municipal de Esportes e Lazer - FUMDEL e dá outras providências. São Carlos [2003]. Disponível em: <<http://www.camarasaocarlos.sp.gov.br/portal/index.php/leis/pesquisa-de-leis-municipais.html>>. Acesso em: 20 out. 2010.

SÃO CARLOS. Fundação Educacional de São Carlos. **Programa de inclusão digital**. São Carlos [2010e]. Disponível em: <<http://www.fesc.saocarlos.sp.gov.br/arquivos/noticiamostra.aspx?id=163>>. Acesso em: 24 set 2010.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal de São Carlos. Secretaria Municipal de Esportes e Lazer. **Editais de Chamamento Público para Seleção de Projetos Esportivos e de Lazer nº 001/2006**. São Carlos: Secretaria Municipal de Esportes e Lazer, 2006b. Disponível em: <http://www.saocarlos.sp.gov.br/images/stories/fotos-antigas/media/1134819191--EDITAL_CHAMAMENTO_PROJETOS_ESPORTIVOS.PDF>. Acesso em: 01 out. 2010

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal. **Administrações regionais de saúde**. São Carlos [2010f]. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/administracoes-regionais-saude/153938-administracoes-regionais-de-saude-ares.html>>. Acesso em 15 fev. 2010.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal. **Centro da juventude**. São Carlos [2009b]. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias/2009/153872-r-centro-da-juventude-do-monte-carlo-abre-inscricoes-para-diversos-cursos.html>>. Acesso em 15 fev. 2010.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal. **Centro da juventude**. São Carlos [2010i]. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/cidadania-social/154020-centro-da-juventude-elaine-viviani.html>>. Acesso em 15 fev. 2010.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal. Cidade. **Dados geográfico e demográfico**. São Carlos [2010a]. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/cidade.html>>. Acesso em 15 fev. 2010.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal. **Núcleo de atendimento integrado**. São Carlos [2010h]. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/cidadania-social/154021-nucleo-de-atendimento-integrado-nai.html>>. Acesso em 15 fev. 2010.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal. **OP educa**. São Carlos [2010j]. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/op-educa.html>>. Acesso em 18 fev. 2010.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal. **Programa saúde da família**. São Carlos [2010c]. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/saude/115417-programa-saude-da-familia-psf.html>>. Acesso em 15 fev. 2010.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal. **Programas de educação para jovens e adultos ainda têm vagas**. São Carlos, 2009a. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/noticias/2009/153852-brasil-alfabetizado-eja.html>>. Acesso em: 03 fev. 2010.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal. **Secretaria municipal especial de infância e juventude**. São Carlos [2010g]. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/secretarias-municipais/115260-secretaria-municipal-especial-de-infancia-e-juventude.html>>. Acesso em 15 fev. 2010.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal. **Secretarias municipais**. São Carlos [2010b]. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br/index.php/prefeitura.html>>. Acesso em 15 fev. 2010.

SÃO CARLOS. **Protocolo de atenção ao pré-natal**. São Carlos [2006a]. mimeo. p.1-4.

SÃO CARLOS. **Uma outra economia é necessária, é possível e você pode contribuir para que ela aconteça!** São Carlos: Economia Solidária São Carlos [2010d]. Disponível em: <<http://economiasolidariasaoCarlos.blogspot.com/2010/04/ii-conaes-pelo-direito-de-produzir-e.html>>. Acesso em: 11 out. 2010.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 21-38.

SAVAGE, C. L. et al. The Culture of Pregnancy and Infant Care in African American Women: An Ethnographic Study. **Journal of Transcultural Nursing**. Memphis, v.18, n. 3, p. 215-223, jul. 2007. Disponível em: <<http://tcn.sagepub.com/content/18/3/215.abstract>>. Acesso em: 18 out. 2009.

SILVA, N. O processo de formação do estigma em alunos de educação de jovens e adultos (EJA) e a construção de "máscaras" para a sobrevivência na sociedade letrada. **Revista de Educação popular**. Uberlândia, n. 3, p. 19-22, 2004. disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/revistaeducpop/article/view/1822>>. Acesso em: 14 set. 2009.

SILVA, V. F. Migrantes na periferia urbana: redes sociais e a construção do bairro. **Rev. Núcl. Antrop. Urb. São Paulo**, Ano 1, , jul., 2007 Versão 1.0. Disponível em <<http://www.n-a-u.org/FerreiradaSilva.html>>. Acesso em 26 set. 2010.

SIMKHADA, B. et al. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford, v. 61, n. 3, p. 244–260, jan. 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04532.x/pdf>>. Acesso em: 05 set 2009.

SIMON, V. G. N.; SOUZA, J. M. P. de; SOUZA, S. B. de. Aleitamento materno, alimentação complementar, sobrepeso e obesidade em pré-escolares. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, fev. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 jul. 2010.

SORJ, B.; GUEDES, L. E. Exclusão digital: problemas conceituais, evidências empíricas e políticas públicas. **Novos Estudos – CEBRAP**. n. 72 p. 105-117, jul. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n72/a06n72.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2009.

SPOSITO, M. P.; CORROCHANO, M. C. A face oculta da transferência de renda para jovens no Brasil. **Revista Tempo Social**. São Paulo, v. 17, n. 2, p. 141-172. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v17n2/a07v17n2.pdf> ISSN 0103-2070>. Acesso em: 14 set. 2009.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO; Brasil: Ministério da Saúde, 2004.

TAMEZGONZÁLEZ, S. et al. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. **Salud Publica de México**. Cuernava, v. 48, n. 5, p. 418-429, set./out. 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v48n5/32100.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2008.

TOLEDO, M. M. **Vulnerabilidade de adolescentes ao HIV/AIDS: uma revisão integrativa**. 2008. 153f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2009.

WASELFISZ, J. J. **Relatório de desenvolvimento juvenil 2003**. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

WATTS, M. J.; BOHLE, H. G. The space of vulnerability: the causal structure of hunger and family. **Progress In Human Geography**. London, v. 17, n. 1, 1993.

YAMAGUCHI, E. T. et al. Drogas de abuso e gravidez. **Rev. Psiquiatr. Clín.**, São Paulo, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 set. 2010.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Apêndices

APÊNDICE A - Indicadores

| Categoria | Dados | Definição | Fontes |
|--|--|--|------------------------|
| Relativos ao nascimento | Taxa de natalidade | Número de crianças que nascem vivas por cada mil habitantes, numa determinada área e determinado período | SINASC e SIAB |
| | % de mães adolescentes | % de nascidos vivos de mães com menos de 20 anos por ano de referência. | SINASC, |
| | % de crianças nascidas com peso < 2.500g | % de nascidos vivos com peso < 2500g por ano de referência. | SINASC, |
| | % gestações com duração < 37 semanas | % de nascidos vivos com duração < 37 semanas por ano de referência. | SINASC, |
| Relativos à mortalidade infantil | Coefficiente de mortalidade infantil | Total de óbitos sobre o total de nascidos vivos por mil habitantes por ano de referência. | SIM, |
| | Causa base do óbito | Causa principal da morte, segundo a décima revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID 10). | SIM |
| | % de mães adolescentes | % de óbitos de mães com menos de 20 anos por ano de referência. | SIM |
| Relativos às condições de vida das mães | Ocupação | Ocupação da mãe de nascidos vivos segundo o Código Brasileiro de Ocupações (CBO) por ano de referência. | SINASC |
| | Escolaridade | Grau de escolaridade das mães de nascidos vivos e óbitos infantis por ano de referência. | SINASC e SIM. |
| | Estado civil | Estado civil das mães de nascidos vivos e óbitos infantis por ano de referência. | SINASC e SIM |
| | Paridade | Gestações anteriores das mães nascidos vivos e óbitos infantis por ano de referência. | SINASC e SIM |
| Relativos à assistência pré-natal e parto | Número de consultas | Total de consultas pré-natais das mães dos nascidos vivos e óbitos infantis por ano de referência. | SINASC e SISPRENATAL |
| | Tipo de parto | Tipo de parto das mães de nascidos vivos e óbitos infantis por ano de referência. | SINASC e SIM |
| | Óbito em gestações anteriores | Número de óbitos em gestações anteriores das mães de das mães de nascidos vivos e óbitos infantis por ano de referência. | SINASC e SIM |
| Relativos ao território de maior vulnerabilidade | Perfil Demográfico | Total de pessoas, famílias distribuídas por sexo e faixa etária em determinada área e ano de referência. | SIAB |
| | Perfil Epidemiológico | Distribuição das doenças em determinada na população de determinada área e ano de referência. | SIAB |
| | Taxa de fecundidade | Número médio de filhos nascidos vivos, tidos por uma mulher ao final do seu período reprodutivo, na população residente em determinado espaço geográfico, no ano considerado | SIAB |
| | Taxa de natalidade | Número de crianças que nascem vivas por cada mil habitantes, numa determinada área e determinado período | SIAB |
| | % saneamento básico | % de casa com acesso à esgoto, abastecimento de água, coleta de lixo, em determinada área | SIAB |
| | % de crianças < de 7 anos na escola | % de crianças < de 7 anos matriculados na escola no ano de referência. | SIAB |
| | % de famílias vulneráveis socialmente (cadastro único de assistência social) | % de famílias abaixo da linha de pobreza (1/2 salário mínimo per capita) inscritas no Cadastro Único de Assistência Social no ano de referência. | Cadastro único do CRAS |
| | Número de instituições sociais no bairro | Número de instituições sociais do município na área | Mapa SMH DU |
| | Matriculas em creches | Matriculas para crianças nas CEMEIS | CEMEIS |
| | Matriculas em ensino básico | Matriculas para crianças nas EMEIS | EMEIS |
| | Matriculas em ensino fundamental | Matriculas para crianças e adolescentes no ensino fundamental | Escolas do bairro |
| Matriculas em ensino profissionalizante | Matriculas para adolescentes no ensino profissionalizante | Site FIESC | |
| Matriculas em ensino médio | Matriculas para adolescentes nas escolas de ensino médio | Escolas do bairro | |

Quadro 7 - Indicadores utilizados no estudo segundo categoria, tipo de dado e fontes.

Fonte: Elaborado pela autora

APÊNDICE B - Mapa escolaridade

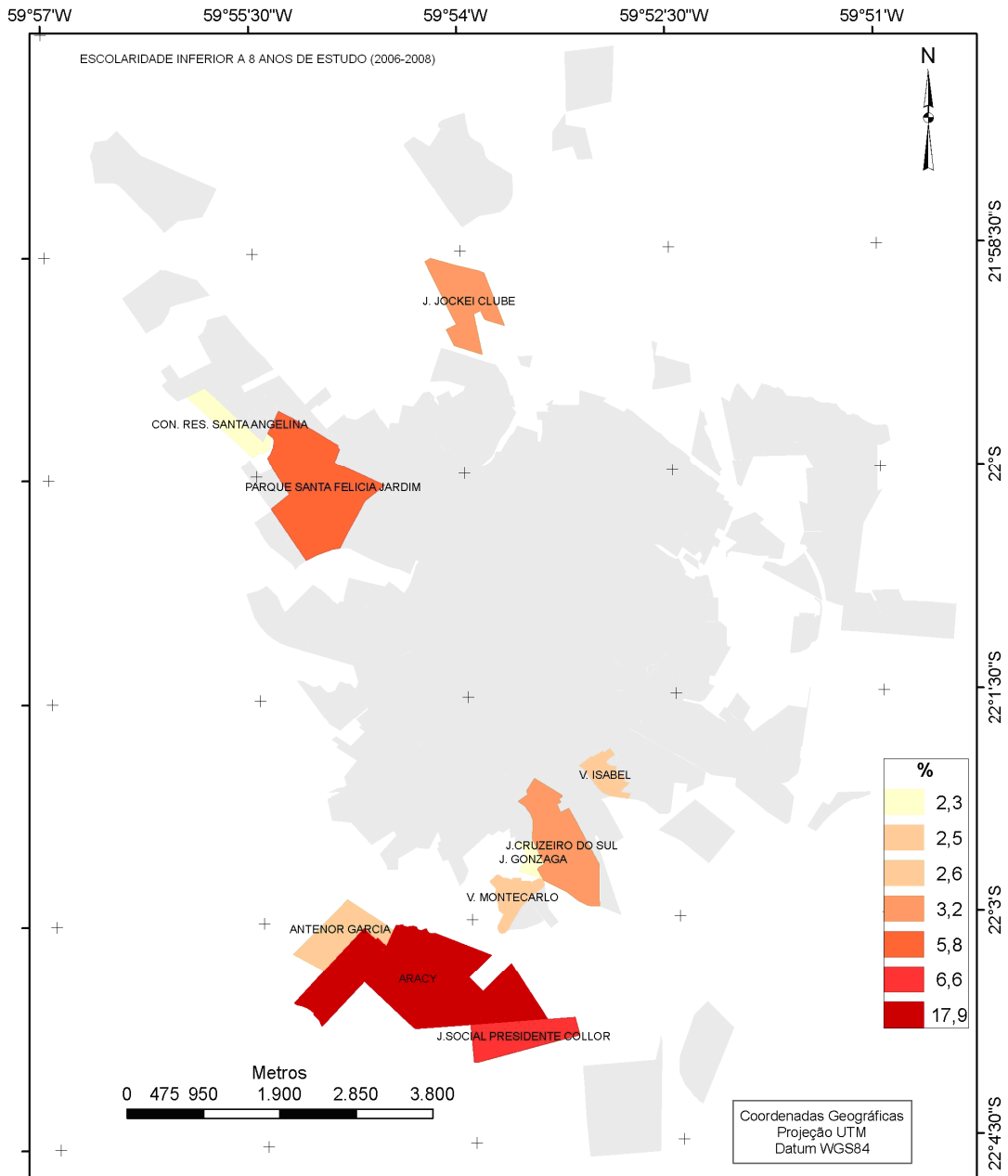


Figura 8 – Espacialização de mães com escolaridade inferior a 8 anos de estudo 2006-2008.

Fonte: SMSSC, 2009

APÊNDICE C – Mapa Trabalho

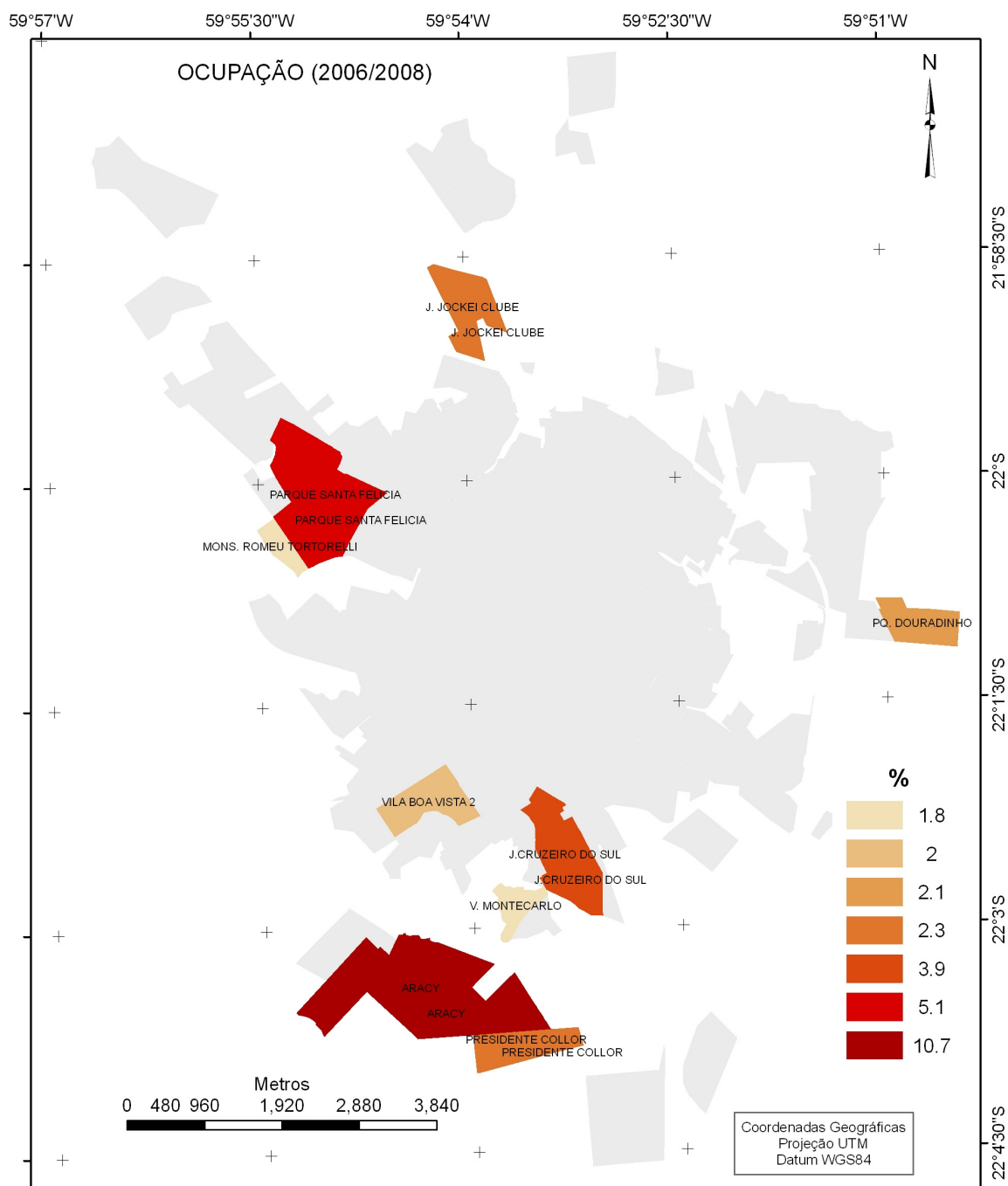


Figura 9 – Espacialização de mães sem ocupação ou com ocupação de nível fundamental por bairro, São Carlos, 2006-2008.

Fonte: SMSSC, 2009

APÊNDICE D – Mapa situação marital

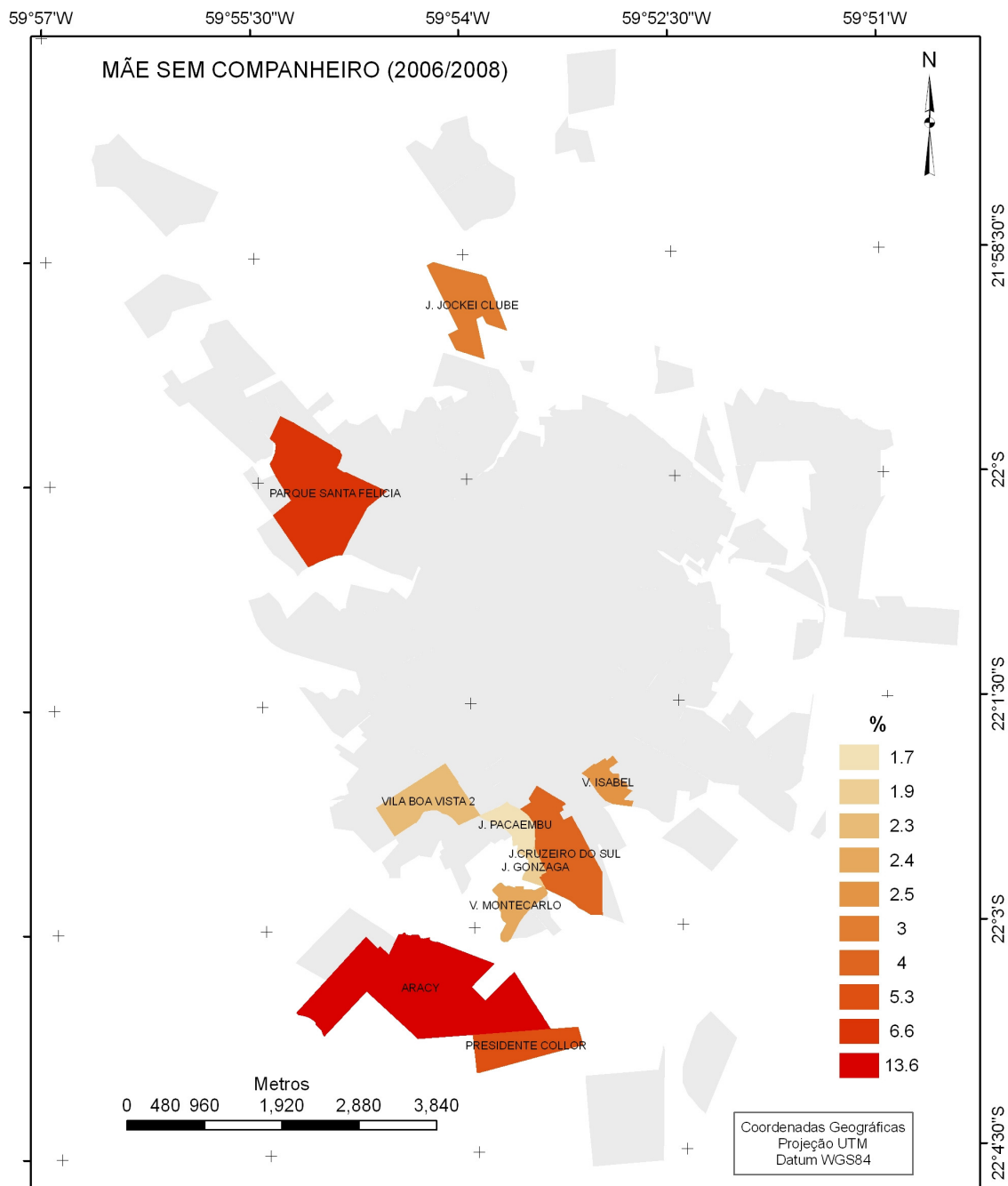


Figura 10 – Espacialização de mães sem companheiro por bairro, São Carlos, 2006-2008.

Fonte: SMSSC, 2009

APÊNDICE E - Multiparidade

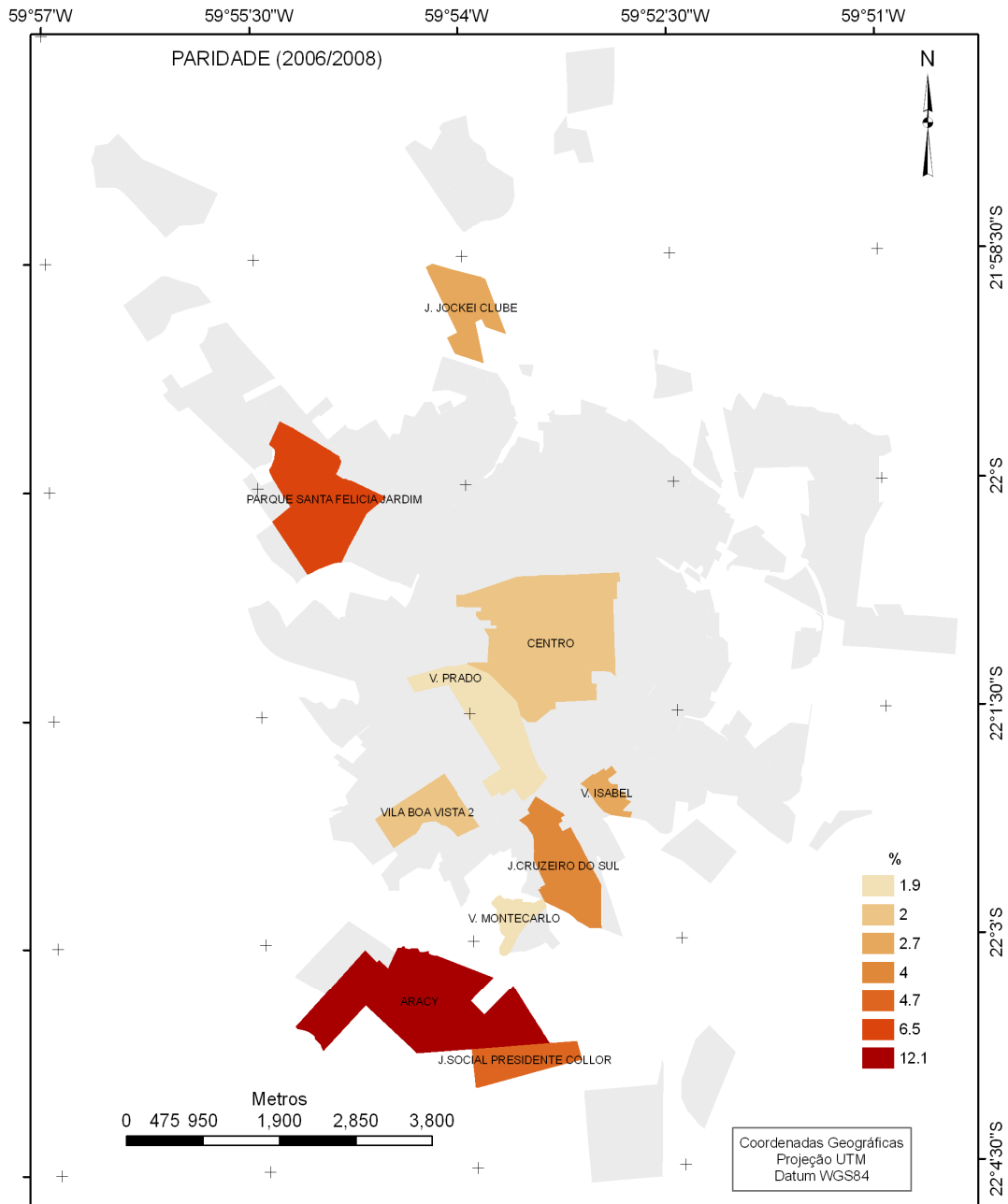


Figura 11 – Espacialização de mães multiparas por bairro, São Carlos 2006-2008.
Fonte: SMSSC, 2009

Anexo

ANEXO 1 – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal de Uberlândia
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP
 Avenida João Naves de Ávila, nº. 2160 - Bloco J - Campus Santa Mônica - Uberlândia-MG –
 CEP 38400-089 - FONE/FAX (34) 3239-4131; e-mail: cep@propp.ufu.br; www.comissoes.propp.ufu.br

ANÁLISE FINAL Nº. 136/10 DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PARA O PROTOCOLO REGISTRO CEP/UFU
 414/09

Projeto Pesquisa: Gestação na adolescência: Organização social na atenção primária à saúde – São Carlos – SP.

Pesquisador Responsável: Roseane Araújo Ferreira Felicíssimo

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

O CEP/UFU lembra que:

a- segundo a Resolução 196/96, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo sujeito de pesquisa.

b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.

c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/UFU dá-se em decorrência do atendimento a Resolução 196/96/CNS, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Data de entrega do relatório final: dezembro de 2010.

SITUAÇÃO: PROTOCOLO DE PESQUISA APROVADO

OBS: O CEP/UFU LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

Uberlândia, 26 de março de 10.

Profa. Dra. Sandra Terezinha de Farias Furtado
 Coordenadora do CEP/UFU

Orientações ao pesquisador

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e). O prazo para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma.