

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

DAIANA EVANGELISTA RODRIGUES FERNANDES

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUA PREVENÇÃO: Sentidos
atribuídos por um grupo de adolescentes escolares de Porto Velho
– Rondônia**

GOIÂNIA, 2019

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR
VERSÕES ELETRÔNICAS DE TESES E DISSERTAÇÕES
NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação:

Nome completo do autor: DAIANA EVANGELISTA RODRIGUES FERNANDES

Título do trabalho: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUA PREVENÇÃO: Sentidos atribuídos por um grupo de adolescentes escolares de Porto Velho – Rondônia

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.



Assinatura do(a) autor(a)

Ciente e de acordo:


Assinatura do(a) orientador(a)

Data: 19 / 12 / 2019

TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), regulamentada pela Resolução CEPEC nº 832/2007, sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou *download*, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

1. Identificação do material bibliográfico: Dissertação Tese

2. Identificação da Tese ou Dissertação

Nome completo do autor: Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes

Título do trabalho:

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUA PREVENÇÃO: Sentidos atribuídos por um grupo de adolescentes escolares de Porto Velho - Rondônia

3. Informações de acesso ao documento:

Concorda com a liberação total do documento SIM NÃO¹

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF da tese ou dissertação.



Assinatura do (a) autor (a) ²

Data: 29 / 07 / 2022

¹ Neste caso o documento será embargado por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Os dados do documento não serão disponibilizados durante o período de embargo.

²A assinatura deve ser escaneada.

DAIANA EVANGELISTA RODRIGUES FERNANDES

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUA PREVENÇÃO: Sentidos
atribuídos por um grupo de adolescentes escolares de Porto Velho
– Rondônia**

*Tese de Doutorado apresentada ao programa
de Pós-Graduação em Enfermagem da
Faculdade de Enfermagem da Universidade
Federal de Goiás para obtenção do título de
Doutor(a) em Enfermagem.*

Área de Concentração: A Enfermagem no cuidado à saúde humana

**Linha de Pesquisa: Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o
cuidar em saúde e enfermagem**

Orientador: Dr. Marcelo Medeiros

GOIÂNIA, 2019

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UFG.

Fernandes, Daiana Evangelista Rodrigues
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E SUA PREVENÇÃO [manuscrito]
: Sentidos atribuídos por um grupo de adolescentes escolares de Porto Velho – Rondônia / Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes, Marcelo Medeiros. - 2019.
141 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Medeiros.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem (FEN), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Goiânia, 2019.
Bibliografia. Anexos. Apêndice.
Inclui siglas.

1. Enfermagem em saúde pública. 2. Saúde do adolescente. 3. Gravidez na adolescência. 4. Pesquisa qualitativa. I. Medeiros, Marcelo. II. Medeiros, Marcelo, orient. III. Título.

CDU 616-083



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS

FACULDADE DE ENFERMAGEM

ATA DE DEFESA DE TESE

Ata número 07 (sete) da Sessão de Exame de Defesa de Doutorado de Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes, estudante de Doutorado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - PPGENF.

Aos onze dias do mês de dezembro do ano dois mil e dezenove, a partir das 14h00min (quatorze) no Miniauditório do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem, realizou-se a sessão pública de exame de Defesa de de Tese Doutorado, intitulada “**SENTIDOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA PARA ADOLESCENTES ESCOLARES**”.

Os trabalhos foram instalados pelo Orientador, Professor Doutor, **Marcelo Medeiros** (PPGENF/FEN/UFG), com a participação dos demais membros da Banca Examinadora: Professora Doutora, **Joana Aparecida Fernandes da Silva**, Membro Externo (FCS/UFG), a Professora Doutora **Mary Lopes Reis**, Membro Externo (IFG/GO), **Walterlânia Silva Santos**, Membro Externo (UNB) e Professora Doutora **Maria Alves Barbosa**, Membro Interno (PPGENF/FEN/UFG). A seguir, a palavra foi concedida à autora da Tese, que em 40 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, a Banca Examinadora, optando pela modalidade dialogada, procedeu à avaliação do trabalho realizado em cada etapa do estudo, apresentando seus questionamentos, tecendo suas considerações e fazendo sugestões pertinentes para melhoria da qualidade da Dissertação/Tese. Terminada essa fase, procedeu-se à avaliação da aluna, e, considerando o estabelecido nos Regulamentos Geral dos Programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal de Goiás (Resolução CEPEC nº. 1403/2016) e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Resolução CEPEC nº.1469/2017), a aluna foi:

APROVADA, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de **DOCTORA EM ENFERMAGEM**, na área de concentração em **A ENFERMAGEM NO CUIDADO À SAÚDE HUMANA** pela Universidade Federal de Goiás. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na secretaria do programa, da versão definitiva da Tese, com as correções solicitadas pela banca e do comprovante de envio de artigo científico, oriundo desta Tese para publicação em periódicos de circulação nacional ou internacional no prazo de até 30 dias.

A comissão examinadora sugeriu a alteração do título.

Proclamados os resultados pelo Professor Doutor Marcelo Medeiros, Presidente da Banca Examinadora, foram encerrados os trabalhos e, para constar, lavrou-se a presente ata que é assinada pelos Membros da Banca Examinadora.

TÍTULO SUGERIDO PELA BANCA

Gravidez na adolescência e sua prevenção: sentidos atribuídos por um grupo de adolescentes escolares

de Porto Velho - Rondônia.



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo Medeiros, Professor do Magistério Superior**, em 11/12/2019, às 19:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mary Lopes Reis, Usuário Externo**, em 11/12/2019, às 19:21, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Maria Alves Barbosa, Usuário Externo**, em 11/12/2019, às 19:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Walterlânia Silva Santos, Usuário Externo**, em 11/12/2019, às 19:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Joana Aparecida Fernandes Silva, Usuário Externo**, em 11/12/2019, às 19:26, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1056288** e o código CRC **3A8ADBB6**.

Referência: Processo nº 23070.039995/2019-99

SEI nº 1056288

Dedico esta Tese de Doutorado aos meus amados pais, Luzia Evangelista Ribeiro (*in memoriam*) e Haroldo Mota Rodrigues.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por me sustentar em todos os momentos da minha vida e especialmente durante o processo de doutoramento.

À minha mãe (*in memoriam*), Luzia Evangelista Ribeiro, que dedicou sua vida aos filhos e me proporcionou estudar e ser Doutora em Enfermagem. Sem ela, nada disso seria possível.

Ao meu pai, Haroldo Mota Rodrigues, que sempre me incentivou e nunca duvidou do meu potencial.

Ao meu esposo e companheiro de vida, Romeu Fernandes Júnior, que me apoiou e me acompanhou em todos os momentos, me ajudando, me incentivando, e em muitos momentos, abdicando do seu trabalho e de seus desejos, por mim. Por ter cuidado da nossa filha sozinho quando foi preciso e por sonhar junto comigo. A você todo o meu amor!

À minha filha, Giovana Rodrigues Fernandes, que é uma filha maravilhosa e contribuiu com a mamãe sempre, apesar das ausências e muitas horas de trabalho no computador. Você é a luz da minha vida!

À minha sogra, Socorro Martins, por ter nos ajudado em todos os momentos, por ter cuidado e continuar cuidando da minha filha sempre que preciso e pelas orações.

À minha grande amiga e professora Kátia Fernanda Alves Moreira, da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), por toda confiança, incentivo e amizade.

Ao Departamento de Enfermagem da UNIR, por permitir os afastamentos necessários à realização do doutorado, bem como, compatibilização das minhas atividades na docência com a realização da pesquisa.

Agradeço aos adolescentes que participaram deste estudo e que me permitiram viver este momento tão gratificante em minha vida.

Aos profissionais da escola que me receberam para realização do estudo, especialmente à Denise, que proporcionou tudo que fosse necessário para minha pesquisa, além de me receber sempre com alegria.

Ao meu orientador, o Prof. Dr. Marcelo Medeiros, que mesmo não me conhecendo, me aceitou como orientanda e me deu a maior oportunidade da minha vida. Agradeço por todo o apoio, confiança e amparo.

Aos meus grandes e queridos amigos: Daniela Pontes, por me apresentar à FEN, por ser minha incentivadora e por me tranquilizar com sua fé cristã; Elyana Teixeira, por me acolher na sua casa quando precisei, por me divertir e me tranquilizar também e; Newton Júnior, por ser um querido companheiro. Aos três por termos sonhado juntos, sofrido juntos e também pelos fantásticos momentos de alegria.

Aos demais colegas de doutorado por todos os momentos compartilhados, pelas parcerias, pelas discussões. Vocês serão inesquecíveis!

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da FEN/UFG, bem como a todos os professores por formarem mestres e doutores para atuação em âmbito nacional e internacional, contribuindo para o fortalecimento da Enfermagem, e especialmente, por contribuírem com o crescimento científico em Universidades periféricas do Brasil.

Às professoras da banca de qualificação Mary Lopes, Karina Machado e Márcia Maria de Souza, por todos os questionamentos e contribuições que foram extremamente importantes para elaboração desta tese de Doutorado.

Sem dúvidas, todos foram importantes neste período e eu não seria capaz de fazer um Doutorado sozinha, sem todas as contribuições que recebi. A todos minha eterna gratidão!

Educação não transforma o mundo.
Educação muda as pessoas. Pessoas
transformam o mundo.

(Paulo Freire)

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	8
LISTA DE SIGLAS	9
RESUMO.....	11
ABSTRACT.....	12
RESUMEN	13
APRESENTAÇÃO.....	14
1. DELIMITAÇÃO DO OBJETO E OBJETIVO DO ESTUDO.....	19
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	24
2.1 A Adolescência	25
2.2 Saúde sexual e gravidez na adolescência.....	30
2.3 Educação em saúde sexual e reprodutiva.....	34
2.4 Aspectos culturais e gravidez na adolescência.....	45
2.5 Pressupostos do estudo.....	51
3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	52
3.1 Referencial teórico-metodológico.....	53
3.2 Campo de estudo.....	54
3.3 Trabalho de campo.....	57
3.4 Aspectos éticos.....	63
4.RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	64
4.1 Caracterização dos participantes.....	65
4.2 Vivências no campo: o cotidiano escolar e a saúde do adolescente.....	72
4.3 A gravidez sob o olhar do adolescente.....	79
4.3.1 Informações para prevenção da gravidez na adolescência.....	84
4.3.2 Repercussões da gravidez na adolescência.....	96
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	113
APÊNDICE A: Atividade de Educação e Saúde.....	130

APÊNDICE B: Folheto informativo utilizado nas atividades educativas.....	131
APÊNDICE C: Cronograma das atividades e registro das participações.....	132
APÊNDICE D: Termo de assentimento livre e esclarecido.....	133
APÊNDICE E: Termo de consentimento livre e esclarecido escolar.....	134
APÊNDICE F: Formulário de pesquisa – caracterização dos participantes.....	136
ANEXO 1: Parecer do comitê de ética em pesquisa.....	138
ANEXO 2: Termo de autorização do gestor estadual de educação.....	141

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Distribuição das Unidades Básicas de Saúde e das Equipes de Saúde da Família na área urbana de Porto Velho. Porto Velho, 2016.....	55
Quadro 1 – Roteiro para observação participante.....	58
Quadro 2 – Roteiro para entrevista semiestruturada.....	60
Quadro 3 – Características socioeconômicas dos participantes da pesquisa.....	68
Quadro 4 – Características relacionadas à prática sexual e métodos contraceptivos dos participantes da pesquisa.....	71
Quadro 5 – Síntese dos resultados obtidos nos temas que emergiram das entrevistas semiestruturadas realizados com os participantes do estudo.....	80

LISTA DE SIGLAS

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CASAI – Casa de Saúde Indígena
CDC – Centers for Disease Control and Prevention
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
DAB – Departamento de Atenção Básica
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ECA – Estatuto da Criança e Adolescente
EJA – Ensino de Jovens e Adultos
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FEN – Faculdade de Enfermagem
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IREPS – Iniciativa Regional Escola Promotoras de Saúde
NEQUASE – Núcleo de Estudos Qualitativos em Saúde e Enfermagem
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PAHO – Panamerican Health Organization
PENSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PSE – Programa Saúde na Escola
PPC – Projeto Pedagógico de Curso
QI – Quociente de Inteligência
SEMUSA – Secretaria Municipal de Saúde
SINASC – Sistema de Informação de Nascimentos
SOBRAP – Instituto Brasileiro de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama
SUS – Sistema Único de Saúde
SUAS – Sistema Único de Assistência Social
TALE – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFG – Universidade Federal de Goiás

UNFPA – Fundo de Populações das Nações Unidas

UNIR – Universidade Federal de Rondônia

RESUMO

Dados recentes da Organização Mundial de Saúde revelam que, anualmente, aproximadamente 16 milhões de meninas com idades entre 15 e 19 anos e 1 milhão de meninas menores de 15 anos tornam-se mães em todo o mundo. A gravidez na adolescência é um importante problema de Saúde Pública, que pode repercutir no binômio mãe-filho em aspectos sociais, biológicos e psicológicos. O objetivo deste estudo é identificar e analisar os sentidos atribuídos por adolescentes escolares à gravidez na adolescência e à sua prevenção. Estudo qualitativo, em aproximação com os princípios da etnografia, realizado em escola pública do município de Porto Velho – RO, no período de outubro de 2017 a novembro de 2018. Participaram 20 adolescentes de ambos os sexos, com idades de 16 ou 17 anos, que possuíam ou não vida sexualmente ativa e que estavam cursando o primeiro ou o segundo ano do ensino médio. Os dados foram obtidos durante o trabalho de campo, por meio da observação participante e entrevistas individuais, seguindo um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram analisadas pelo método de interpretação de sentidos. Do processo de análise do material qualitativo obtido emergiram dois temas. O primeiro, “Informações para prevenção da gravidez na adolescência”, mostra serem as mães as pessoas que mais conversam e informam sobre aspectos relacionados à saúde sexual dos filhos. Os participantes relataram também, como fontes de informação, panfletos, palestras, aulas na escola, propagandas e programas de televisão. Quanto aos métodos contraceptivos, referiram principalmente uso de preservativo e contraceptivo oral. O tema “Repercussões da gravidez na adolescência” apresenta que, de modo geral, os adolescentes consideram a gravidez nesta etapa da vida algo errado, que prejudica os estudos e impõe a necessidade de trabalharem. Além disso, evidenciaram o desejo de concluir os estudos e desenvolverem-se em diversas profissões, a fim de obter estabilidade financeira e bens materiais para que, somente então, possam ter filhos. O estudo mostrou que os participantes referiam mais sobre seus planos e sonhos no sentido do desenvolvimento enquanto pessoas e futuros profissionais, do que o desejo de uma gravidez na adolescência. Em contrapartida, o processo de educação em saúde sexual e reprodutiva para esses adolescentes mostrou-se fragilizado. As informações são fragmentadas e não há a necessária interlocução entre família, escola e serviço de saúde, além de outros que poderiam participar deste contínuo de ações para promoção de saúde. Da mesma forma, a utilização de métodos contraceptivos não se mostrou estável. No entanto, os participantes demonstraram aproveitamento das informações a que tinham acesso e adotavam medidas de contracepção motivados pelos desejos e sonhos futuros.

Palavras-chave: Enfermagem em saúde pública. Saúde do adolescente. Gravidez na adolescência. Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

Recent World Health Organization data show that approximately 16 million girls aged 15-19 each year and 1 million girls under 15 annually become mothers worldwide. Teenage pregnancy is an important public health problem that can affect the mother-child binomial in social, biological and psychological aspects. The aim of this study is to identify and analyze the meanings attributed by school adolescents to teenage pregnancy and its prevention. Qualitative study, approaching the principles of ethnography, conducted in a public school in the city of Porto Velho - RO, from October 2017 to November 2018. Participants were 20 adolescents of both sexes, aged 16 or 17 years, who had sexually active lives or not and were in the first or second year of high school. Data were obtained during the fieldwork, through participant observation and individual interviews, following a semi-structured script. The interviews were analyzed by the meanings interpretation method. From the process of analysis of the qualitative material obtained two themes emerged. The first, "Information for the prevention of teenage pregnancy", shows that mothers are the people who talk and report the most about aspects related to their children's sexual health. Participants also reported as sources of information, leaflets, lectures, classes at school, advertisements and television programs. Regarding contraceptive methods, they reported mainly condom use and oral contraception. The theme "Repercussions of teenage pregnancy" shows that, in general, adolescents consider pregnancy at this stage of life something wrong, which undermines their studies and imposes the need to work. In addition, they evidenced the desire to complete their studies and develop in various professions in order to obtain financial stability and material goods so that only then can they have children. The study showed that participants referred more about their plans and dreams for development as people and future professionals than the desire for a teenage pregnancy. In contrast, the process of sexual and reproductive health education for these adolescents was weakened. Information is fragmented and there is no necessary dialogue between family, school and health service, and others who could participate in this continuum of actions for health promotion. Similarly, the use of contraceptive methods was not stable. However, participants demonstrated the use of the information to which they had access and adopted contraceptive measures motivated by future desires and dreams.

Key-words: Nursing in public health. Adolescent health. Teenage pregnancy. Qualitative research.

RESUMEN

Los datos recientes de la Organización Mundial de la Salud muestran que aproximadamente 16 millones de niñas de 15 a 19 años cada año y 1 millón de niñas menores de 15 años cada año se convierten en madres en todo el mundo. El embarazo adolescente es un importante problema de salud pública que puede afectar el binomio madre-hijo en aspectos sociales, biológicos y psicológicos. El objetivo de este estudio es identificar y analizar los significados atribuidos por los adolescentes escolares al embarazo adolescente y su prevención. Estudio cualitativo, que aborda los principios de la etnografía, realizado en una escuela pública de la ciudad de Porto Velho - RO, de octubre de 2017 a noviembre de 2018. Participaron 20 adolescentes de ambos sexos, de 16 o 17 años, que tenían vidas sexualmente activas o no y estaban en el primer o segundo año de la escuela secundaria. Los datos se obtuvieron durante el trabajo de campo, a través de la observación participante y entrevistas individuales, siguiendo un guión semiestructurado. Las entrevistas fueron analizadas por el método de interpretación de significados. Del proceso de análisis del material cualitativo obtenido surgieron dos temas. El primero, "Información para la prevención del embarazo en la adolescencia", muestra que las madres son las personas que hablan e informan más sobre los aspectos relacionados con la salud sexual de sus hijos. Los participantes también informaron como fuentes de información, folletos, conferencias, clases en la escuela, anuncios y programas de televisión. Con respecto a los métodos anticonceptivos, informaron principalmente el uso de condones y la anticoncepción oral. El tema "Repercusiones del embarazo adolescente" muestra que, en general, las adolescentes consideran que el embarazo en esta etapa de la vida es algo malo, lo que socava sus estudios e impone la necesidad de trabajar. Además, evidenciaron el deseo de completar sus estudios y desarrollarse en diversas profesiones para obtener estabilidad financiera y bienes materiales para que solo entonces puedan tener hijos. El estudio mostró que las participantes se referían más a sus planes y sueños de desarrollo como personas y futuros profesionales que el deseo de un embarazo adolescente. En contraste, el proceso de educación en salud sexual y reproductiva para estos adolescentes se debilitó. La información está fragmentada y no hay diálogo necesario entre la familia, la escuela y el servicio de salud, y otros que podrían participar en este continuo de acciones para la promoción de la salud. Del mismo modo, el uso de métodos anticonceptivos no fue estable. Sin embargo, los participantes demostraron el uso de la información a la que tenían acceso y adoptaron medidas anticonceptivas motivadas por deseos y sueños futuros.

Palabras clave: Enfermería en salud pública. Salud del adolescente. Embarazo en la adolescencia. Investigación cualitativa.

Apresentação

Durante meu curso de graduação em Enfermagem, na Universidade Federal de Rondônia – UNIR, iniciei a aproximação com o universo científico como integrante do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC). Na oportunidade, estudei sobre o tema câncer de colo uterino na mulher indígena.

Realizei um estudo quantitativo transversal, que me oportunizou conhecer a Casa de Saúde Indígena (CASAI) de dois municípios diferentes e uma aldeia urbana, ambos no estado de Rondônia. O contato com os indígenas me despertou grande curiosidade, por seus modos de vida, hábitos e cultura.

No entanto, o caminho profissional que tracei afastou-me da saúde indígena, mas o sentimento de curiosidade e a necessidade de compreender alguns fenômenos persistiram em minha vida acadêmica, especialmente na temática saúde da mulher. Com o passar do tempo, também sob influência da vivência na Estratégia de Saúde da Família (ESF), consolidei meu interesse em aprofundar meus conhecimentos nesta temática no âmbito da pesquisa.

Posteriormente, durante o Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde, continuei a estudar a temática do câncer de colo uterino (RODRIGUES et al, 2014). Entretanto, sob uma ótica diferente, a partir do Modelo de Crenças em Saúde (ROSENSTOCK, 1974) propus analisar as percepções das mulheres quanto à gravidade do câncer de colo uterino, suscetibilidade à doença, benefícios que justificam o exame preventivo para esta doença e barreiras à sua realização.

A realização do Mestrado coincidiu com o período em que atuei como enfermeira na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nessa atividade, fui para além da temática que estudava naquele momento, pois, ali, pude observar e acompanhar muitas outras situações relacionadas à saúde da mulher. As experiências vivenciadas e as minhas observações a respeito das necessidades da população que atendia na ESF me levaram a ter grande contato com mulheres jovens e adolescentes. Diversos eram os problemas por elas apresentados e o meu interesse em compreender melhor o universo dessas pessoas passou a ser crescente, almejando uma assistência de melhor qualidade.

Empiricamente, percebia as dificuldades das adolescentes para se aproximarem do serviço, bem como o déficit de comunicação com profissionais e família e a adoção de uma série de comportamentos relacionados com o risco de gravidez indesejada ou desejada e infecções sexualmente transmissíveis. Além disso, também verificava alcoolismo, uso de drogas e situações de violência

constantemente.

Paralelamente, acompanhava a dificuldade da equipe da ESF para acolher e compreender as adolescentes, assim como para desenvolver ações continuadas e efetivas de apoio a grupos de adolescentes. A inexistência de parcerias com os equipamentos sociais, em especial a escola, causava-me grande incômodo, pois cotidianamente lidava com adolescentes grávidas nas consultas de pré-natal e, apesar das orientações individuais e ações pontuais sobre planejamento reprodutivo e prevenção da gravidez, não conseguia notar mudança significativa no quadro geral de saúde das adolescentes.

O Programa de Saúde na Escola (PSE) (BRASIL, 2007) foi instituído durante o período em que atuei na ESF, mas as atividades a ele relacionadas não faziam parte da rotina da equipe da ESF, uma vez que havia desconhecimento de toda a equipe em relação ao programa e o foco de atuação era a realização de atendimentos na Unidade Básica de Saúde. Existiram momentos de interação com adolescentes na escola, envolvendo diferentes temáticas, mas sempre de maneira pontual. Minha inexperiência, assim como dos outros profissionais, com a temática saúde do adolescente, somada à ausência de cultura de atenção à saúde escolar no âmbito da ESF em que atuava, contribuíam para o distanciamento entre a equipe da ESF e a escola.

Posteriormente, após oito anos de trabalho na ESF, ingressei no Magistério Superior, no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), onde continuei participando de projetos e pesquisas na área da saúde da mulher.

O ensino em Saúde Pública e Atenção à Saúde da Mulher me permitiram manter a aproximação com o universo das adolescentes na prática dos serviços de saúde e perceber que a instituição da qual faço parte, agora, ainda não dá a devida importância para a saúde do adolescente e saúde escolar. Então, com a oportunidade de cursar o Doutorado, reuni experiências e anseios, no desejo de estudar a saúde da mulher adolescente, sobretudo daquelas matriculadas em escolas do ensino fundamental e médio. Mais tarde, influenciada pelo processo de orientação e amadurecimento no Doutorado, essa motivação estendeu-se também para os adolescentes masculinos. Assim, encontrei uma maneira, na condição de enfermeira, de me envolver no universo da escola e de identificar uma estratégia de ação que me permitisse atuar nos aspectos relacionados à gravidez na adolescência, a doenças

sexualmente transmissíveis e outros assuntos pertinentes à saúde e, a partir de então, responder ao antigo anseio de investigar a saúde dos adolescentes e a saúde escolar.

Apresentei essa proposta desde o início e fui amparada pelo meu orientador para estudar a temática da gravidez na adolescência, envolvendo adolescentes de ambos os sexos (feminino e masculino). Envidei esforços no sentido de oferecer uma proposta inovadora, com intuito de contribuir para a construção do conhecimento sobre o tema. Para tanto, considero ter sido importante o apoio do Núcleo de Estudos Qualitativos em Saúde e Enfermagem (NEQUASE) da Faculdade de Enfermagem (FEN) da Universidade Federal de Goiás (UFG), liderado pelo orientador do meu projeto de Doutorado.

Além das disciplinas do Doutorado, dediquei-me a um curso de aperfeiçoamento para coordenação de grupos promovido pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise, Dinâmica de Grupo e Psicodrama – regional Goiás (SOBRAP). Com esta formação complementar indicada durante o processo de orientação, pude conhecer melhor as características que se fazem presentes nos diversos agrupamentos humanos, reconhecendo os papéis de membros de grupos e aprendendo a desenvolver trabalhos grupais com diferentes finalidades. Embora o trabalho de campo desta pesquisa não tenha envolvido coleta de dados em grupo, o aprendizado deste curso colaborou significativamente para minha compreensão sobre o ambiente no qual a pesquisa foi desenvolvida.

Nesta tese de Doutorado trazemos, no primeiro capítulo, o delineamento do objeto de estudo, apresentando fatores associados à gravidez na adolescência no âmbito internacional e nacional, a justificativa para sua realização e o objetivo proposto. No segundo capítulo, apresentamos o referencial teórico, com os conceitos necessários à compreensão do processo da adolescência; os principais dados teóricos sobre saúde sexual na adolescência; as principais repercussões da gravidez na adolescência; o processo de educação em saúde sexual e reprodutiva com os adolescentes, envolvendo família, escola e profissionais de saúde; e, por fim, os aspectos culturais que exercem alguma influência sobre o fenômeno da gravidez na adolescência.

A metodologia utilizada está detalhada no terceiro capítulo, no qual apresentamos os princípios da Etnografia em uma abordagem qualitativa, que norteou todo o processo de investigação. A coleta de dados aconteceu por meio de observação participante e entrevistas individuais semiestruturadas, cujo material

coletado foi analisado de acordo com o Método de Interpretação dos Sentidos (GOMES, 2016).

No quarto capítulo apresentamos os resultados e a discussão deste estudo, iniciando com a caracterização dos participantes e descrição do cotidiano escolar vivenciado. Em seguida, apresentamos e discutimos os dois temas que emergiram das entrevistas: “Informações para prevenção da gravidez na adolescência” e “Repercussões da gravidez na adolescência”.

Por fim, no quinto capítulo, tecemos algumas considerações finais com base na realidade vivenciada, em busca de respostas ao objetivo do estudo e à questão norteadora de pesquisa.

1. Delimitação do Objeto e Objetivo do Estudo

A adolescência é o período da vida do ser humano em que ocorre a transição entre a infância e a idade adulta, com expectativas e realidades definidas culturalmente, mas que, em geral, envolve desenvolvimento biopsicossocial. De maneira mais descritiva, esta fase é caracterizada pelo desenvolvimento sexual, reprodutivo, psíquico e emocional, além de relativa independência da matriz familiar (OMS, 1986).

A adolescência decorre, em média, dos 10 aos 19 anos de idade e tem seu início marcado pelo evento biológico da puberdade (OMS, 1986). Entretanto, o mesmo documento aponta não haver uma delimitação final precisa para essa fase, pois algumas características necessárias à vida adulta demandam tempo variável de desenvolvimento.

Com isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe uma subdivisão da adolescência com base em seu processo gradativo, apontando as seguintes subfases: primeira adolescência dos 10 aos 14 anos; adolescência média, 14 aos 17 anos; e adolescência final, dos 17 aos 20 anos. Além disso, considera-se adulto jovem ou juventude a faixa etária dos 20 aos 24 anos de idade. Esta subdivisão é importante no planejamento de ações voltadas aos adolescentes e jovens (OMS, 1986).

No contexto da adolescência, em meio às modificações corporais, associadas ao desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários, instabilidade emocional e outros eventos pertinentes à transição para vida adulta, o fenômeno da gravidez merece especial atenção, visto que pode ter diversas repercussões sobre o binômio mãe-filho (SANTOS et al, 2014).

Anualmente, em todo o mundo, aproximadamente 16 milhões de meninas com idades entre 15 e 19 anos e 1 milhão de meninas menores de 15 anos tornam-se mães. Destas, cerca de 3 milhões se submetem a abortos inseguros, os quais, juntamente com complicações da gravidez na adolescência, configuram-se como principal causa de morte em meninas de 15 a 19 anos (OMS, 2018).

Complementarmente, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) nos apresenta que a taxa mundial de gravidez na adolescência no período de 2010 a 2015, considerando a faixa etária de 15 a 19 anos, foi de 46 por mil meninas. Entretanto, para a região da América Latina e do Caribe os dados foram mais ainda preocupantes, tendo sido constatada a taxa de 66,5 nascimentos por mil meninas (OPAS, 2017).

No entanto, devemos salientar que este número representa uma média entre os países. Na América do Sul, o país com a maior taxa de gravidez na adolescência

é a Venezuela, com 80,9 nascimentos por mil meninas, enquanto o Chile apresenta o menor índice, 49,3. No Brasil, esta taxa foi de 68,4 (OPAS, 2017).

Tais números colocam a América Latina e o Caribe em segundo lugar no mundo em ocorrência de gravidez na adolescência, ficando atrás somente da África Subsaariana (OPAS, 2017). Este mesmo documento da OPAS, fazendo uma comparação entre o Canadá e os Estados Unidos da América, apresenta, respectivamente, as taxas de gravidez na adolescência para o mesmo período e faixa etária em 11,3 e 30,0, por mil adolescentes. Esses dados demonstram a relação inversamente proporcional entre o nível de desenvolvimento de um país e seus índices de gravidez na adolescência.

Trata-se de um fenômeno de importância no âmbito da Saúde Pública, tanto pelo risco de complicações da gravidez precoce quanto pelas complicações de abortos inseguros, que se configuram nas principais causas de morte entre adolescentes do sexo feminino na faixa etária de 15 a 19 anos, no mundo. As complicações mais comuns são: hemorragia, sepse e obstrução do trabalho de parto (OPAS/OMS, 2017).

Vários estudos (ASSIS et al, 2013; CHILD et al, 2015; DEVKOTA et al, 2018; FAISAL-CURY et al, 2017; HARRIS, 2016; HOLNESS, 2014; ISLAM et al, 2017; KHATUM et al, 2017; LEE et al, 2014; MADLALA et al, 2018; SIEVING et al, 2014; SUZUKI, 2018; ZANCHI et al, 2017) têm verificado relação deste fenômeno com condições socioeconômicas desfavoráveis e, por isso, ele é muito mais frequente em países subdesenvolvidos, como já pudemos verificar anteriormente.

Nos Estados Unidos da América, os índices de gravidez na adolescência são elevados entre a população negra e latina quando comparados à população branca (CHILD et al, 2015; HARRIS, 2016). Em estudo realizado em 2014, os brancos totalizaram 11, os negros 32 e os hispânicos 41 nascimentos de filhos de mães adolescentes por 1000 adolescentes do sexo feminino (HOLNESS, 2014). Os adolescentes afro-americanos estão mais propensos a terem relações sexuais desprotegidas quando comparados aos adolescentes brancos (LEE et al, 2014).

Entre as adolescentes brasileiras, maior número de gestações foi verificado naquelas que se autodeclaram pardas e negras, que apresentam baixa renda e baixa escolaridade, e muitas vezes estão em união consensual ou casamento formal (ASSIS et al, 2013; FERREIRA et al, 2014).

Como vimos, em todo o mundo, mas como destacamos, especialmente na América Latina e, por conseguinte, no Brasil, a gravidez na adolescência é um fenômeno com implicações sociais e de saúde pública (SANTOS et al, 2014; OMS, 2018). A complexidade deste fenômeno exige nossa compreensão a respeito das diferentes realidades adolescentes e, nesse sentido, com o objetivo de ampliar a gama de conhecimentos sobre o tema e subsidiar novas propostas de abordagem desta temática, consideramos necessária a realização de novos estudos, com roupagens diferentes e voltados para adolescentes de ambos os sexos (EDIN et al, 2016; MUELLER et al, 2017; TSIKOURAS et al, 2018).

No estado de Rondônia, a frequência relativa de nascimentos de mães adolescentes, segundo faixa etária apontada pela OMS (10 a 19 anos), nos anos de 2015, 2016 e 2017, foi, respectivamente, 20,20%; 19,98% e 18,33%. Do total deste triênio, 4,6% dos nascimentos envolveram mães na faixa etária de 10 a 14 anos (SINASC, 2018). Como podemos observar, esta sequência de percentuais está em decréscimo, embora o fenômeno continue acontecendo.

Neste contexto, torna-se primordial envolver os adolescentes do sexo masculino em pesquisas e ações, a fim de conhecer suas necessidades de saúde e promover saúde sexual e reprodutiva desta população.

Com isso, o estudo aqui proposto tem o propósito de compreender alguns aspectos relacionados ao tema entre adolescentes oriundos de famílias com baixas condições socioeconômicas, mas que não tenham experienciado a gravidez na adolescência, bem como identificar fatores que têm sido preventivos para essa parcela da população.

Da mesma forma, consideramos importante que sejam caracterizados os papéis da família, da escola ou de outros aparelhos sociais nas vidas desses adolescentes, além de identificado como tais instituições influenciam suas existências e como tratam o tema da gravidez na adolescência.

Nesse sentido, acreditamos que os resultados poderão aclarar as percepções de adolescentes, tanto do sexo feminino quanto do masculino, a respeito da gravidez na adolescência. Ao mesmo tempo, os resultados evidenciarão a qualidade das informações que possuem sobre saúde sexual e reprodutiva e as fontes que as originaram. Portanto, os resultados da pesquisa nos mostrarão os efeitos das informações, experiências, percepções e significados em suas vidas, contribuindo para o avanço do conhecimento acerca da saúde e vida adolescente, e nos apontarão

caminhos para o estabelecimento de ações efetivas para o atendimento aos adolescentes no que se refere à problemática da gravidez nesse período do desenvolvimento da pessoa.

O movimento de buscar respostas ao fenômeno da gravidez na adolescência requer estudo e aproximação que subsidiem a definição de prioridades e a implementação de projetos viáveis. Este empreendimento pode facilitar o trabalho dos profissionais envolvidos com adolescentes e proporcionar um impacto social positivo. Para tanto, medidas adequadas às necessidades dos adolescentes devem ser colocadas em prática e envolver diferentes atores e o poder público.

Portanto, esta pesquisa justifica-se também por sua relevância política, visto que pode contribuir com órgãos públicos na revisão de políticas voltadas à promoção de saúde, no sentido de prevenir e reduzir o índice de gravidez na adolescência, entre outras situações que envolvem a saúde sexual e reprodutiva desta parcela da população. Além disso, poderá contribuir para o desenvolvimento da linha de pesquisa “Fundamentação teórica, metodológica e tecnológica para o cuidar em saúde e enfermagem” do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e, conseqüentemente, auxiliar na construção de um corpo de conhecimentos no âmbito da saúde do adolescente que propicie ações por parte de profissionais de saúde, especialmente enfermeiros e demais profissionais envolvidos com a Estratégia de Saúde da Família e o Programa Saúde na Escola.

Com base nesses aspectos, traçamos a seguinte questão norteadora de pesquisa:

Quais são os sentidos atribuídos por adolescentes escolares em relação à gravidez na adolescência e a sua prevenção?

No intuito de buscarmos respostas a essa questão de investigação, contribuirmos para o debate e oferecermos informações importantes para elaboração de propostas de atenção à saúde sexual e reprodutiva do adolescente, definimos o seguinte objetivo:

- Identificar e analisar os sentidos atribuídos por adolescentes escolares à gravidez na adolescência e à sua prevenção.

2. Referencial Teórico

2.1 A adolescência

Os termos puberdade e adolescência, embora muitas vezes utilizados cotidianamente como sinônimos, possuem significados diferentes. A puberdade contempla o processo biológico de desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários no ser humano e costuma ser adotada como marco do início da adolescência. Já a adolescência refere-se a um processo psicológico e social (OUTEIRAL, 2008).

A palavra adolescência deriva de “adolescer” e possui dupla origem etimológica: a primeira vem do latim – *ad* (a, para), *olescer* (crescer), em referência ao crescimento e desenvolvimento característicos desta fase da vida, e a segunda advém da palavra “adoecer”. Ambas condizem, portanto, com este período em que o indivíduo demonstra aptidão para crescer, mas também para “adoecer”. Neste último caso, na perspectiva emocional, diante da complexidade das transformações emocionais, psicológicas, fisiológicas e físicas características do período (OUTEIRAL, 2008).

O conceito de adolescência não existiu na humanidade desde os seus primórdios. Entre os séculos XII e XVIII, a infância estava associada à dependência e durava até os 7 anos de idade; após, o indivíduo passava à juventude. A juventude significava força da idade e, portanto, tratava-se do indivíduo capaz de trabalhar. Ela perdurava até que ele atingisse a velhice, o que acontecia aos 50 anos de idade (ARIÈS, 2017).

Somente a partir do século XVIII a sociedade começou a reconhecer e valorizar características específicas relacionadas à infância e à adolescência, com uma gradual transformação na transição entre os séculos XVIII e XIX (ARIÈS, 2017). Ainda de acordo com o mesmo autor, houve maior valorização da adolescência no século XX, após a primeira guerra mundial, o que tornou este período da vida bastante distinto da infância e da maturidade.

A maneira como a sociedade reconheceu as fases da vida ao longo de sua evolução resultou de diferentes fatores históricos, incluindo as mudanças no modo de produção, os fenômenos demográficos e o aumento da expectativa de vida do ser humano (ARIÈS, 2017).

Atualmente, mais de 100 anos após o término da primeira guerra mundial, já sabemos que o fenômeno da adolescência é uma etapa evolutiva, específica do

desenvolvimento humano, que culmina no processo de maturação do indivíduo em aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais, indissociáveis entre si e que, além da imagem corporal definitiva, estruturam a personalidade do indivíduo. Portanto, a transformação da criança em adulto não se restringe a aspectos físicos ou corporais (BAPTISTA NETO; OSORIO, 2011).

Trata-se de um evento biopsicossocial, ancorado em uma base biológica, com características que diferem a depender do ambiente sociocultural do indivíduo. Algumas transformações, principalmente as que envolvem os papéis sociais, relacionando-se com a estruturação da identidade pessoal, são construídas cultural e historicamente nas diferentes sociedades (BAPTISTA NETO; OSORIO, 2011; BRASIL, 2010; FERREIRA et al, 2007; GUILHERM; GRIBOSK; CASTELO BRANCO, 2009; SENNA; DESSEN, 2012).

Dessa forma, tanto as transformações biológicas universais quanto as psicológicas e as relacionais podem sofrer alterações em função da cultura e serem influenciadas direta e indiretamente pela rede social de contato do indivíduo, como a família, a escola e os grupos de amigos (VENTURINI, 2009; ZAGURY, 2009). Condições socioeconômicas também interferem diretamente no processo de interação social e no preparo para a vida adulta (XIMENES NETO et al., 2007).

Um dos aspectos importantes a ser considerado no processo da adolescência é a gradativa independência da pessoa em direção à autossuficiência adulta. Nesta perspectiva de transformação, caracteriza-se como um período de crescimento emocional de magnitude considerável, no qual o adolescente deixa de ser uma criança dependente para se tornar um indivíduo mais independente, com consciência social expansiva, necessitando de muitas adaptações nessa fase da vida (LEVISKY, 2013).

Entretanto, essa independência relativa adquirida pelo indivíduo varia muito de uma cultura para outra. No Ocidente, por exemplo, a diferença entre a criança e o adulto é profundamente acentuada e reforçada nas escolas, igrejas, meios de comunicação e outras organizações. Como existe uma descontinuidade entre a criança e o adulto, encontrando-se o adolescente no meio do caminho, sem ter passado por uma aquisição gradativa de novos papéis, o processo da adolescência pode acontecer de maneira consideravelmente difícil (BECKER, 2017).

O sistema cultural ocidental, em geral, caracteriza as crianças como indivíduos sem responsabilidades, portanto, não há contribuição social no sentido do trabalho. A criança deve sair de um estado de submissão infantil e atingir, na idade

adulta, uma atitude completamente oposta, de dominação, sem, no entanto, receber preparo para isso durante a adolescência; além disso, há grande restrição à expressão sexual da criança (BECKER, 2017).

Contudo, em algumas culturas, a criança adquire independência e exerce papéis de dominação gradativamente, ao assumir algumas tarefas domésticas, cuidando de crianças mais novas e exercendo algum domínio sobre elas. Da mesma forma, a sexualidade pode ser abordada de maneira mais natural. Com isso, transformações inerentes e necessárias à idade adulta podem ser vistas de maneiras diferentes, positiva ou negativamente, de acordo com o sistema cultural vivenciado (BECKER, 2017).

O objetivo fundamental da adolescência é o estabelecimento da identidade pessoal e, para tanto, o adolescente vivencia desequilíbrios e instabilidades, configurando um estado denominado “síndrome da adolescência normal” ou crise da adolescência. Este quadro, apesar de necessário para o desenvolvimento do adolescente, costuma ser bastante perturbador ao mundo adulto, que também exerce uma força perturbadora sobre este processo de se tornar adolescente (ABESRASTURY; KNOBEL, 2011).

Para o estabelecimento da identidade individual, o adolescente vivencia três lutos fundamentais: a perda do corpo infantil, configurando-se na base biológica da adolescência; a perda do papel e da identidade infantis, que envolve a transição entre a dependência total e a aquisição de responsabilidades; e, por último, o luto pelos pais da infância, visto que a atitude dos pais em relação ao indivíduo também passa por mudanças, fazendo com que ele tente reter esta imagem dos pais da infância na sua personalidade (ABESRASTURY; KNOBEL, 2011).

A partir da relação com os pais, que envolve o luto pelos pais da infância, o contexto geral da adolescência acontece em meio a dois movimentos antagonistas e, ao mesmo tempo, sincronizados. O primeiro, de manutenção do estado anterior de fusão ou indiferenciação com a matriz familiar, e o segundo, de diferenciação e individuação, ou seja, separação dessa matriz familiar original, com o objetivo de consolidar a identidade pessoal. Podemos denominar este processo como conflito de gerações, caracterizado pelo confronto de ideias, sem o qual a identidade permanece em estado indiferenciado (BAPTISTA NETO; OSORIO, 2011).

Este processo de crise evolutiva busca integração espacial (relacionada à imagem corporal); temporal (capacidade de seguir, sentindo-se o mesmo ao longo da

vida); e social (capacidade de estabelecer relações interpessoais no âmbito da família e de toda a sociedade). A identidade, resumidamente, traduz a consciência que o indivíduo tem de si mesmo como alguém no mundo (BAPTISTA NETO; OSORIO, 2011; FERREIRA et al, 2007).

O término da adolescência é de difícil delimitação, porém, de maneira universal, culmina com algumas características, entre elas: o estabelecimento de identidade sexual; a capacidade de conquistar independência financeira; a aquisição de um sistema de valores pessoais; a relação de reciprocidade com a geração anterior, sobretudo com os pais, entre outras (BAPTISTA NETO; OSORIO, 2011).

Neste processo, destaca-se a identidade sexual. A sexualidade é um elemento crucial e estruturador da identidade adolescente. À medida que o corpo se transforma e amadurece, o adolescente percebe, gradualmente, a imagem corporal definitiva de seu sexo. Existem ansiedades específicas desta fase da vida diretamente associadas ao desenvolvimento físico, principalmente em relação às características sexuais secundárias (BAPTISTA NETO; OSORIO, 2011). Além disso, em meio às transformações já citadas, os jovens experimentam desejos, dúvidas e curiosidades concomitantes à descoberta do próprio corpo e do prazer sexual (JORGE, 2012).

Considerando a instabilidade do momento, o ser adolescente, em função da curiosidade, impaciência e anseio por diferentes experiências, além da crença em uma pungente independência e autossuficiência, terá o difícil aprendizado da tomada de decisão. E em decorrência desses fatores, poderá assumir atitudes e comportamentos de proteção ou de risco para saúde e vida como um todo (PAIVA et al, 2015). Por todas as suas características, a adolescência é um período marcado por vulnerabilidades, que podem estar relacionadas à prática sexual insegura, à gravidez indesejada, ao uso de substâncias psicoativas e a violências (BRANDÃO NETO et al, 2015).

Por essas razões, constitui um fenômeno de grande importância e merece atenção especial do setor da saúde. No Brasil, o Ministério da Saúde adota a faixa etária apontada pela OMS, ou seja, 10 a 19 anos de idade (BRASIL, 2010; OMS, 1986). No entanto, segundo o art. 2º do Estatuto da Criança e do Adolescente, (Lei n.8.069, de 13 de julho de 1990): “Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.” (BRASIL, 1990), conceito que compartilhamos e adotamos como referência ao falarmos sobre criança e adolescente nesta Tese.

O ECA tem como objetivo garantir os direitos de crianças e adolescentes sob a condição de serem pessoas em desenvolvimento e que, em virtude da vulnerabilidade inerente a essa fase da vida, merecem proteção integral (física, psíquica e moral) do Estado, seus aparelhos e de todos os cidadãos (BRASIL, 1990). Assim, reconhece crianças e jovens como sujeitos de direitos e não apenas como objetos de tutela e, por isso, merecedores de atenção nas suas diferentes necessidades, com especial cuidado relacionado a essa fase da vida (FERREIRA et al, 2007).

A partir de 2003, com a criação da Secretaria Nacional de Juventude, as políticas públicas brasileiras passaram a não mais considerar o jovem como um problema e sim como um grupo de indivíduos com energia, criatividade, inovadores e construtivos, capazes de contribuir para o futuro do país (HORTA; SENA, 2010).

Voltando-nos para aspectos mais diretamente relacionados à saúde, devemos ter em mente que os padrões de comportamento experimentados pelos adolescentes nas últimas décadas revelam características que repercutem nos aspectos biopsicossociais deste grupo, sendo, sem dúvida, as de maior repercussão aquelas relacionadas aos padrões que envolvem a atividade sexual (JORGE, 2012).

Diante dos desafios que a situação de saúde dos adolescentes e jovens impõe, o Ministério da Saúde propôs as Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, baseadas na Política de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens (BRASIL, 2010).

Essas diretrizes objetivam sensibilizar gestores para uma visão holística do ser humano e para uma abordagem sistêmica das necessidades dessa população, apontando para a importância da construção de estratégias interfederativas e intersetoriais, que contribuam para a modificação do quadro nacional de vulnerabilidade de adolescentes e jovens, influenciando no desenvolvimento saudável desse grupo populacional (BRASIL, 2010).

Neste contexto, a gravidez na adolescência desperta a atenção pela maior incidência de intercorrências obstétricas, além da associação deste evento com pobreza, baixa escolaridade e piores resultados perinatais (TABORDA et al, 2014).

2.2 Saúde sexual e gravidez na adolescência

Tanto em países desenvolvidos quanto nos subdesenvolvidos existe um grande contingente de jovens em condições sociais adversas que, muitas vezes, tornam-se vítimas de intimidação, violência, ou ainda usuários de álcool e outras drogas, além de outros problemas. Com isso, acabam sofrendo os riscos associados às relações sexuais desprotegidas, expondo-se de maneira significativa à gravidez e às infecções sexualmente transmissíveis (BOWES et al, 2018).

Tais fatores relacionados com comportamentos de risco são observados entre adolescentes de diferentes países, por exemplo, nos Estados Unidos da América. Em 2017, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) verificou, entre adolescentes do ensino médio norte-americanos, que 40% tiveram relações sexuais; 10% possuíam quatro ou mais parceiros; 46% não usaram preservativo na última vez que fizeram sexo; 14% não utilizaram qualquer método para prevenção da gravidez; e 19% usaram álcool ou outras drogas antes da última relação sexual (CDC, 2018).

Na China, também foi constatado quadro crescente de gestações entre adolescentes, bem como iniciação sexual precoce. Tal informação, no entanto, é confrontada quando analisados adolescentes e jovens que receberam orientação ou participaram de algum tipo de ação de educação sexual e reprodutiva (LI et al, 2017).

Na África Subsaariana, a iniciação sexual também ocorre precocemente e são frequentes múltiplos parceiros. Estima-se que sete em cada 10 jovens seja sexualmente ativo aos 18 anos de idade (MUKADI et al, 2018).

Em estudo australiano, conduzido em 2014 e 2015 com adolescentes do sexo masculino de 17 a 19 anos, somente 32,6% referiram a utilização de preservativo na última relação sexual (CHOW et al, 2017).

Podemos verificar a situação brasileira nos resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE), inquérito realizado por meio de parceria entre o Ministério da Saúde e IBGE e com apoio do Ministério da Educação, com estudantes de escolas públicas e privadas. Inicialmente, compuseram a amostra alunos do 9º ano do ensino fundamental e, em 2015, foram incluídos estudantes de 13 a 17 anos, do 6º ano do ensino fundamental ao 3º ano do ensino médio. Existem três edições publicadas da pesquisa realizada nos anos de 2009, 2012 e 2015 (IBGE, 2016).

A realização da PENSE tem sido importante para ampliar o conhecimento sobre a prevalência dos fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes

brasileiros; subsidiar a gestão e o aprimoramento das políticas públicas voltadas para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da saúde; e avaliar o impacto das políticas públicas para o monitoramento da saúde do escolar, por meio do Programa Saúde na Escola (IBGE, 2016).

Segundo dados da PENSE 2015, considerando os escolares do 9º ano, 27,5% já tiveram relação sexual alguma vez na vida. Os meninos alcançaram percentual de 36,0% e as meninas, de 19,5%. Quanto às regiões, a que obteve o maior percentual de adolescentes iniciados sexualmente foi a região Norte, com 36,1%, enquanto o Sudeste apresentou o menor percentual, 25,0%. Quanto aos estados, o de maior percentual foi Roraima (41,4%) e o de menor, Alagoas (20,1%). O quantitativo de adolescentes nesta categoria foi maior em escolas públicas do que privadas (IBGE, 2016).

Considerando os 27,5% de escolares que iniciaram a vida sexual, 61,2% referiram ter utilizado preservativo na primeira relação sexual e 66,2% na última; 61,5% afirmaram usar pílula anticoncepcional. Com relação à gravidez, 1,1% da população feminina da amostra estudada informou já ter engravidado alguma vez, o que equivale a 23.620 meninas, e os maiores percentuais quanto a este tópico também foram encontrados na Região Norte e nas escolas públicas (IBGE, 2016).

A PENSE 2015 demonstra a iniciação sexual precoce de adolescentes escolares no Brasil, com média de idade de 13,2 anos; ademais, entre os adolescentes que já haviam iniciado a vida sexual, 63% eram do sexo masculino (FRANÇA; FRIO, 2018).

Outro estudo apresentou dados de iniciação sexual e uso de preservativo entre adolescentes de 12 a 17 anos por capital brasileira. As capitais com os maiores índices de iniciação sexual entre adolescentes, de acordo com a região do Brasil, foram: Macapá (38,1%); seguida de Salvador (32,1%); Cuiabá (31,1%); Porto Alegre (30%); e São Paulo (29,1%) (BORGES et al, 2016).

Ainda de acordo com o estudo de Borges et al (2016), o índice de utilização do preservativo entre os adolescentes participantes do estudo, nas mesmas capitais apresentadas acima, foi de: Macapá (76,4%); Salvador (61,9%); Cuiabá (71,9%); Porto Alegre (73,6%); São Paulo (64,1%).

Em Porto Velho, município que abrigou a realização deste estudo, os índices de iniciação sexual e utilização do preservativo entre os adolescentes de 12 a 17 anos foram, respectivamente, 31,2% e 67,9% (BORGES et al, 2016).

Aspectos como contexto sociocultural, econômico e escolaridade podem se relacionar com os índices verificados (VONK; BONAN; SILVA, 2013). A escolaridade está diretamente associada com a maneira como são estabelecidas as práticas sexuais e conjugais, bem como a maternidade e paternidade, notando-se frequente adiamento quanto maior a escolaridade. Apesar disso, famílias de maior escolaridade e poder aquisitivo também vivenciam situações de vulnerabilidade (PIROTTA, 2006).

A iniciação sexual é um importante marco do desenvolvimento humano e, quando ocorre durante a adolescência, sofre a influência de todas as características e fatores que definem e determinam esta fase da vida. Dessa forma, a tendência a comportamentos sexuais sem proteção traz maior vulnerabilidade a infecções sexualmente transmissíveis e gravidez (BORGES; LATORRE; SCHOR, 2007; IBGE, 2016; OLIVEIRA-CAMPOS et al, 2014; SAZAKI et al, 2014; VONK; BONAN; SILVA, 2013).

A Organização Mundial da Saúde considera a gravidez na adolescência como gestação de risco, devido aos seus múltiplos desfechos, com consequências biológicas, médicas, emocionais, comportamentais, educacionais, sociais e econômicas para a adolescente, seu filho e família (BLACK; FLEMING; ROME, 2012; CHALEM et al., 2007; MARTINEZ et al., 2012; OPAS, 2017).

Considerando a imaturidade do sistema reprodutivo, a instabilidade hormonal e o baixo ganho de peso na gestação, biologicamente a gravidez na adolescência pode ocasionar parto prematuro, parto a fórceps, anemia grave, corioamnionite, pré-eclâmpsia, desproporção cefalopélvica, cesariana e abortamento, o que contribui significativamente para os altos índices de morbimortalidade materna, além de revelar crianças predispostas a baixo peso ao nascer, síndrome da aspiração de mecônio, desconforto respiratório, abandono precoce do aleitamento materno e índice de Apgar baixo (ÇIFT et al, 2018; EZGWUIL; IKEAKO; OGBUEFI, 2012; HABITU et al, 2018; MARTINEZ et al, 2012; SHAH et al, 2011; SPINDOLA; SILVA, 2009).

Precárias condições socioeconômicas podem favorecer a prática sexual sem preparação adequada, como forma de aliviar os sofrimentos e o estresse da vida cotidiana. Contudo, em algumas sociedades, ser mãe no contexto de baixa renda pode representar um ganho no status social vivenciado, em virtude de aspectos culturais ou pelo recebimento de auxílio social (MADLALA et al, 2018).

Ademais, a ocorrência da gravidez e o fato de ser mãe em contexto de baixa escolaridade e baixa renda são fatores que podem contribuir para perpetuação da

pobreza e demais problemas socioeconômicos e educacionais, dos quais essas famílias têm grandes dificuldades em se desvencilhar (DEVKOTA et al, 2018; FAISAL-CURY et al, 2017; ISLAM et al, 2017).

A recorrência da gravidez na adolescência, além de ter associação com baixa escolaridade e baixa renda, é fortemente influenciada pelo fato da adolescente não estar na escola e pela pouca importância atribuída à educação formal, pois é comum que mães adolescentes abandonem a escola (HOLNESS, 2014; ZANCHI et al, 2017).

Apesar da união consensual e o casamento serem frequentes, em alguns estudos com mães adolescentes em diferentes realidades a variável estado civil foi observada de maneira diferente (ASSIS et al, 2013; FERREIRA et al, 2014). A associação entre estado civil solteira e gravidez na adolescência também é comum (SUZUKI, 2018).

De maneira perpetuadora, estudo de coorte australiano demonstrou que as proles de mães adolescentes com baixa escolaridade e outros problemas socioeconômicos podem ter um desenvolvimento cognitivo comprometido (KHATUN et al, 2017). O estudo, inclusive, alertou para a possibilidade de significativa redução do Quociente de Inteligência (QI) dos filhos dessas mães adolescentes, o que aumentaria a necessidade de estímulos adequados para o desenvolvimento neurológico e educacional (KHATUN et al, 2017).

A maternidade impossibilita que a adolescente complete a função da adolescência, pode favorecer conflitos e desajustes familiares, acarretar dificuldade no desenvolvimento educacional e social, evasão escolar, menor chance de qualificação profissional e dificuldade de inserção no mercado de trabalho. Além disso, é comum haver dificuldade para estabelecer uma família com plena autonomia e dependência financeira da família de origem (DUARTE et al, 2006; TABORDA et al, 2014).

A responsabilidade pela criação do filho impede a saída da adolescente de casa para o trabalho, o que ocasiona dependência de terceiros para os cuidados da criança ou defasagem do orçamento familiar, em um ciclo que perpetua a pobreza e as dificuldades sociais (BARNET, 2007; FLÓREZ, 2005; HOGA, 2008; MARTINEZ et al., 2012; MOLINA; GONZÁLEZ, 2012).

No panorama mundial, a gravidez na adolescência ainda é apontada como um dos maiores problemas de saúde pública, com significativa importância social. As taxas são altas tanto em países subdesenvolvidos como nos desenvolvidos e

industrializados (BLACK; FLEMING; ROME, 2012; MOLINA; GONZÁLEZ, 2012; OPAS, 2017; RUEDINGER; COX, 2012).

No Brasil, a taxa de fecundidade geral apresentou declínio, entretanto, em se tratando de adolescentes, houve aumento de 1980 a 1990, mantendo-se estável nos últimos anos, embora divergindo nas classes sociais menos favorecidas e com menor nível de instrução (BUENDGENS; ZAMPIERI, 2012; SANTOS, 2012; VERONA; DIAS JÚNIOR, 2012).

A gestação na adolescência é enfrentada com dificuldades. Moreira et al (2008) afirmam que, na transição abrupta do seu papel de mulher, ainda em formação, para o de mulher-mãe, a adolescente vive uma situação conflituosa e, em muitos casos, penosa. Seguindo este pensamento, Jorge et al. (2012) relatam que a grande maioria das adolescentes grávidas é despreparada física, psicológica, social e economicamente para exercer este novo papel, o que compromete as condições para assumi-lo adequadamente e, associado à repressão familiar, contribui para que muitas fujam de casa e abandonem os estudos. Em situações mais preocupantes, algumas são até abandonadas pelos parceiros, muitas vezes também adolescentes.

2.3 Educação em saúde sexual e reprodutiva

O exercício da sexualidade na adolescência coincide com experiências diversas e com o aprendizado direcionado para reconhecimento de responsabilidades, tomada de decisão e autonomia. Assim, o desenvolvimento no exercício da sexualidade está permeado por aspectos físicos e biológicos, mas também por questões socioculturais, psicológicas e emocionais (CAMPOS; SCHALL; NOGUEIRA, 2013).

A atenção ao adolescente que envolva saúde sexual e reprodutiva deve embasar-se no diálogo, com escuta ativa de seus desejos, dúvidas e anseios. As pessoas que lidam com os adolescentes têm papel importante no compartilhamento de informações claras, que propiciem a construção do conhecimento e promoção da saúde (CAMPOS; SCHALL; NOGUEIRA, 2013). Entretanto, a comunicação envolvendo educação sexual é tradicionalmente vista como tabu no convívio das famílias, independentemente da configuração familiar, sobretudo no que se refere à presença paterna ou não. Assim, os adolescentes frequentemente referem utilizar

como fontes de informação conversas com amigos, mídias digitais e revistas (MADLALA et al, 2018).

Nesse contexto, autores identificaram que as meninas conversam mais sobre sexo do que os meninos. Além disso, os adolescentes do sexo masculino têm se mostrado ainda mais vulneráveis a comportamentos inseguros (BECHARA et al, 2013; VALIM et al, 2015).

Estudo realizado em uma capital da Região Centro-Oeste brasileira identificou, entre pais de adolescentes estudantes de uma escola pública, baixo conhecimento sobre sexualidade humana, relacionando-a apenas a aspectos biológicos e ainda assim de maneira equivocada. Além disso, referiram grande dificuldade de comunicação com seus filhos sobre tais aspectos da vida, apontando a timidez de ambos como agente causador e sinalizando a importância dos profissionais de saúde, especialmente do enfermeiro, na promoção deste diálogo (QUEIRÓS et al, 2016).

Dessa forma, as conversas entre pais e filhos sobre sexualidade se mostraram superficiais, restritas ao repasse de poucas informações. Entretanto, os pais reconhecem a supremacia e a importância da família na educação sexual dos adolescentes, seguida da escola e de instituições religiosas (QUEIRÓS et al, 2016).

Apesar das dificuldades culturais, estudo identificou que os pais foram a principal fonte de informações sobre contracepção e a escola sobre doenças sexualmente transmissíveis. A principal fonte de aquisição de contraceptivos foi a farmácia e não a unidade básica de saúde (VONK; BONAN; SILVA, 2013).

Outro estudo destacou o papel da família para obtenção de informações seguras. Os adolescentes afirmaram sempre procurar pessoas mais velhas para orientação, informaram a camisinha e a pílula anticoncepcional como os principais métodos contraceptivos utilizados, mas confirmam que, por vezes, não se previnem e hábito de procurar diretamente as farmácias para aquisição do método que desejam (CEDARO; VILAS BOAS; MORENO, 2012).

Apesar dessas dificuldades apresentadas, a mãe é o ator de referência para o adolescente que mais se preocupa em conversar sobre sexualidade e esclarecer, bem como incentivar o uso do preservativo de látex nas relações sexuais. Tal resultado pode ser atribuído ao papel de gênero associado ao cuidado da família e dos filhos, sendo que o pai, em contrapartida, costuma ter pouca participação nesse processo (BRUM; CARRARA, 2012; HARRIS, 2016).

Um ponto que chama nossa atenção e já foi verificado em estudo anterior diz respeito à comunicação dos pais (pai e mãe) de ambientes suburbanos ou periféricos sobre sexo com os filhos ser mais representativa do que a comunicação de pais de ambiente urbano em torno do mesmo assunto (HARRIS, 2016).

O maior nível educacional entre os pais não se mostrou garantia de comunicação com seus filhos sobre saúde sexual e reprodutiva (HARRIS, 2016). Entretanto, adolescentes frequentemente relatam a influência de seus pais nas suas percepções sobre gravidez na adolescência (CHILD et al, 2015).

Em diversos estudos foi mencionada a importância de intervir mediante ações de educação sexual com adolescentes, para interferir nas suas condições vulneráveis em relação à gravidez precoce, promovendo comportamentos saudáveis e prevenindo sua ocorrência (CHERNICK et al, 2017; FERREIRA et al, 2014; SEROWOKY, 2015; SIEVING et al, 2014).

Como vemos, a atenção e orientação ao adolescente mostram-se sumariamente importantes e, portanto, todos os adultos que se relacionam com o adolescente, na família, na escola ou em outros aparelhos sociais ou comunidade, são importantes e devem ser envolvidos, pois isso permitirá o enfrentamento desta maior vulnerabilidade às práticas sexuais inseguras, uso de substâncias e comportamentos ilícitos (PENSO et al, 2013).

Diante de tais vulnerabilidades, considerando a diversidade de fatores relacionados, as características individuais e socioculturais, torna-se imprescindível a adoção de estratégias intersetoriais que envolvam, principalmente, educação e saúde, podendo haver outros setores (HIGA et al, 2015). Ao mesmo tempo, dada a grande concentração de adolescentes e jovens, o ambiente escolar mostra-se privilegiado para ações de educação em saúde, com vistas à prevenção, promoção e recuperação da saúde (BEZERRA et al, 2017; SILVA; BODSTEIN, 2016).

Ainda em 1995, a OMS já propunha à América Latina a adoção da Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), originária de ideias e ações precursoras europeias, cujo principal objetivo era colocar em prática princípios elencados pela Carta de Otawa acerca da promoção à saúde. Esses princípios levam em consideração espaços sociais, como escolas, comunidades e locais de trabalho, de maneira a promover autonomia e saúde nos sujeitos, tornando-os capazes e responsáveis por sua saúde na medida do possível. Para tanto, os setores saúde e educação deveriam colaborar ativamente entre si (MACIEL et al, 2010).

Já há algum tempo, portanto, as ações de promoção à saúde no âmbito da escola têm importância reconhecida mundialmente e preveem a cooperação entre alunos, professores, profissionais de saúde, pais e comunidade, no sentido de apoiar e intervir diante das necessidades de saúde e vulnerabilidades apresentadas pelos escolares. Tais questões, inclusive, são referendadas pela política nacional de promoção da saúde e pelo Programa Saúde na Escola (PSE) (BEZERRA et al, 2017).

A educação é um fenômeno social que não se restringe à escolarização ou à instrução. É responsável pela construção de redes de significações culturais e comportamentais, de acordo com os códigos sociais vigentes, reproduzindo padrões que interferem diretamente na situação de saúde dos indivíduos (HIGA et al, 2015). Desde a infância, a escola influencia o desenvolvimento com a construção de hábitos e atitudes, e os valores nela expressos são apreendidos pelos alunos no cotidiano de vida diária. No que tange à educação em saúde, o professor desempenha papel fundamental, devendo colaborar com o desenvolvimento crítico do aluno e com a adoção de comportamentos saudáveis (FERNANDES; ROCHA; SOUZA, 2005).

Como a saúde é um tema transversal nos parâmetros curriculares nacionais desde 1998, todos os envolvidos no ambiente escolar, ou seja, alunos, professores e demais profissionais, tornam-se peças-chaves para implementação desta diretriz (FERNANDES; ROCHA; SOUZA, 2005). Historicamente, as escolas do sistema público foram e são adotadas como espaços importantes no lidar com diversos condicionantes de saúde. Contudo, como por muito tempo predominou a lógica higienista e preventiva, com foco na prevenção de doenças e assistência clínica-terapêutica/curativista, predominaram a domesticação de condutas e os comportamentos moralistas (SILVA; BODSTEIN, 2016).

Sob a lógica da promoção em saúde, a saúde é um fenômeno multidimensional, produto da vida cotidiana de indivíduos e coletividades, o que legitima a escola como espaço favorável para práticas que ampliem a qualidade de vida. Para tanto, as práticas educativas devem abranger ações de educação popular em saúde, com estímulo à autonomia e ao exercício crítico dos sujeitos sobre o controle das suas condições de saúde (SILVA; BODSTEIN, 2016).

A educação popular em saúde, de fato, promove saúde e, principalmente, a ressignificação das práticas, no sentido de propiciar e mobilizar a participação da sociedade com vistas à autonomia individual e coletiva. Nesse contexto, ações

voltadas para transformação de cenários observados devem valorizar a comunicação como instrumento da educação conscientizadora (REIS; SILVA; UN, 2014).

Entretanto, a educação em saúde na escola normalmente é concebida como a implementação de ações pontuais, geralmente com enfoque em doenças, o que proporciona pouca efetividade na promoção de saúde dos escolares e comunidade e contradiz o que estabelecem os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) quanto à incorporação dos conteúdos associados à saúde nos currículos de formação de maneira transversal e interdisciplinar. Ademais, esses conteúdos devem estar presentes em todos os anos de formação e em todas as disciplinas rotineiramente no processo ensino-aprendizagem (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Apesar da promoção de ações tradicionais no ambiente escolar, somente em 2007 foi criado e instituído no Brasil o Programa Saúde na Escola (BRASIL, 2007). Este programa depende da adesão dos municípios e prevê integralidade nas ações educacionais e de saúde, com articulação territorial e intersetorial, com vistas a ações abrangentes na perspectiva da política nacional de saúde na escola (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010; SILVA; BODSTEIN, 2016).

O PSE busca integrar escola e unidade básica de saúde, com ênfase na Atenção Primária em Saúde e na Estratégia de Saúde da Família, integrando o sistema de ensino e o Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a escola somente é cadastrada no PSE se houver uma equipe de saúde que se vincule a ela, no sentido de atender aos objetivos do programa. O PSE tem como público crianças, adolescentes e jovens dos ensinos infantil, fundamental e médio, além daqueles inseridos no ensino profissional e tecnológico, voltado para jovens e adultos, todos integrantes do ensino público. Almeja o cuidado integral que inclua prevenção, promoção e atenção à saúde, além de promover cultura de paz (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

O PSE coloca a escola na posição de espaço social e comunitário dinamizador de informação e conhecimento, que deve contribuir para comunidades mais saudáveis. Além disso, tem como princípios a intersetorialidade, integralidade, territorialidade, descentralização, controle social, monitoramento e avaliação permanentes do programa. São componentes do PSE: avaliação das condições de saúde, promoção da saúde e prevenção, educação permanente e capacitação dos profissionais e jovens, além de monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes (SILVA; BODSTEIN, 2016).

O ambiente escolar mostra-se como potencialmente transformador da realidade e a interdisciplinaridade uma condição para prática da promoção à saúde. A intersetorialidade é o trabalho conjunto dos diferentes setores envolvidos na questão saúde, com o objetivo de avaliar as diferentes necessidades e planejar ações e estratégias que vislumbrem o enfrentamento dos problemas observados. Envolve o reconhecimento da complexidade dos fenômenos associados à saúde, especialmente dos adolescentes, com base no conceito ampliado de saúde (FARIAS et al, 2016).

O PSE pode contribuir para o enfrentamento das diversas vulnerabilidades que podem afetar a população adolescente e constitui uma possibilidade de atingir com maior êxito a necessária integração e corresponsabilização dos setores saúde e educação há tanto tempo discutida e preconizada por políticas públicas, mas que, entretanto, ainda não acontece verdadeiramente (FARIAS et al, 2016).

Nesse sentido, destacamos a importância de fortalecer os aparelhos sociais e órgãos do Estado, principalmente escolas e unidades básicas de saúde ou unidades de saúde da família, para melhor compreensão e implementação do PSE e, por conseguinte, amparo da população de adolescentes e jovens (PENSO et al, 2013).

Apesar do nosso enfoque na educação sexual, devemos deixar claro que o PSE não se resume a este âmbito e inclui, como já mencionado, ações para saúde integral das crianças, adolescentes e jovens, incluindo ações preventivas e de controle que envolvam tabagismo, nutrição, sedentarismo, saúde visual, saúde auditiva, calendário vacinal, uso de substâncias psicoativas, violência, entre outros (BRASIL, 2007).

As dificuldades para implementá-lo podem ser resumidas nos seguintes aspectos: grande fragmentação das ações; agendas diferentes; falta de espaço para diálogo e planejamento; comunicação falha; ações pontuais; incipiente qualificação dos profissionais envolvidos; baixa ou nenhuma participação de outros setores, além de saúde e educação; e ausência de protocolos que orientem as parcerias intersetoriais. Diante das dificuldades enfrentadas, o conceito de intersetorialidade se mostra muito restrito e o programa enfrenta baixa credibilidade entre os profissionais de saúde (FARIAS et al, 2016).

A educação sexual pode ocorrer tanto de maneira informal e assistemática quanto formal e intencional. Quando intencional, deve acontecer de modo continuado e não apenas fornecer informações, mas também propiciar espaços de discussão e

reflexão que contribuam verdadeiramente com os adolescentes na construção do conhecimento pertinente (MAIA et al, 2012).

A educação sexual comprometida e ética deve promover discussão sobre padrões de normalidade transmitidos por gerações que contribuem para naturalização de padrões sexuais, tais como padrões de beleza e heteronormativas. Ou seja, deve aceitar e discutir a diversidade, desencorajando a repressão e discriminação. O trabalho de educação sexual não deve estar restrito à prevenção de doenças ou à adoção de padrões desejáveis, pois deve ser ampliado e incluir a discussão sobre a liberdade para vivência da sexualidade, bem como a experiência do prazer sexual (MAIA et al, 2012).

Intervenções para promoção à saúde do adolescente e, especialmente, prevenção da gravidez na adolescência, devem incluir ações baseadas nas evidências provenientes da própria comunidade, atores e aparelhos sociais, treinamento das pessoas envolvidas, assistência técnica sempre que necessário, acesso aos serviços, qualidade na assistência oferecida e as comunidades com maiores necessidades. Tais intervenções levam tempo e esforço conjunto (MUELLER et al, 2017). Este esforço possibilita, principalmente, a associação entre família, escola, serviços de saúde e a juventude em geral, tanto a que está na escola quanto a que se encontra em grupos na comunidade (ZANCHI et al, 2017).

Além de reconhecer as necessidades dos adolescentes, o ideal é desenvolver um programa holístico integrado com a preparação para vida adulta, especialmente nas sociedades mais conservadoras (BOWES et al, 2018). Programas para mudança de hábitos e comportamentos têm apresentado potencial para obter adesão dos adolescentes, não só para comportamentos seguros, mas, também, para abstinência sexual, mostrando-se fundamentais enquanto os índices de gestações precoces e infecção sexualmente transmissíveis estiverem elevados (BAILEY et al, 2015).

No entanto, as intervenções não podem ser realizadas da mesma forma para diferentes públicos, uma vez que devemos reconhecer normas locais, relações de gênero, estruturas familiares, contexto cultural, valores religiosos e discursos compartilhados pelos jovens mediante tais cuidados, para promoção de ações mais efetivas, com maior chance de sucesso. Fatores como a religião podem ser determinantes na escolha ou não de um método contraceptivo e da própria atividade sexual (EDIN et al, 2016; TSIKOURAS et al, 2018).

Aos adolescentes usuários de bebidas alcóolicas ou outras substâncias e que, por isso, apresentam maior vulnerabilidade, deve ser dada especial atenção, visto que os programas ou projetos voltados para a educação sexual podem ocasionar efeitos positivos, apesar da resistência natural. Porém, deverão ser insistentes e repetitivos, no sentido desafiador de promover comportamentos sexuais seguros (ATAMAN et al, 2017).

Mais uma vez não podemos nos esquecer da importância de integrar as ações voltadas às necessidades dos adolescentes, ou seja, podemos, com vistas ao desenvolvimento holístico deste adolescente, implementar um processo educativo contínuo, planejado e monitorado, que aborde tanto a gravidez na adolescência e infecções sexualmente transmissíveis quanto o uso de substâncias psicoativas (ATAMAN et al, 2017).

Apesar das realidades das periferias, com alto grau de marginalização, a comunicação frequente e de qualidade sobre sexualidade, gênero e comportamentos seguros entre pais e filhos, e na escola com a participação dos professores, mostra-se fator fundamental para promoção de comportamentos seguros na prática sexual de adolescentes. Contudo, como nem sempre os pais estão preparados para orientar seus filhos adequadamente e, independentemente deste preparo, as ideias e crenças familiares influenciarão este processo de qualquer maneira, é preciso que eles também recebam orientações capazes de ampliar seus conhecimentos e ajudá-los a romper possíveis barreiras (ESTRADA et al, 2017).

Em virtude das questões relacionadas ao gênero, mas, também, por todos os outros fatores associados à reprodução, consideramos primordial que os homens, desde a adolescência, sejam envolvidos em ações, projetos, programas ou qualquer outro tipo de medida no sentido de conhecer as necessidades de saúde dos adolescentes e promover saúde sexual e reprodutiva desta população. A abordagem do adolescente e jovem do sexo masculino é promissora não só para promoção da saúde, mas também para o desenvolvimento da paternidade responsável no futuro (GARFIELD et al, 2016).

Adolescentes gestantes ou em maior risco de engravidar, assim como seus parceiros, devem ser abordadas não somente sob a perspectiva de vulnerabilidade, mas também da resiliência, com trabalhos em prol do desenvolvimento de competências que os permitam buscar e encontrar os aportes social, econômico e cultural necessários às suas condições. Os adolescentes podem ser vistos como

agentes sociais ativos que não somente sofrem com as características do meio em que estão inseridos, mas que podem transformar suas realidades do âmbito doméstico ao comunitário (AHORLU et al, 2015).

Historicamente, os profissionais de saúde têm a formação de graduação muito mais voltada para o ambiente hospitalar, no campo das especialidades, do que para os problemas de saúde das coletividades ou para o SUS e as estratégias que partem deste modelo, tais como o PSE (ALMEIDA et al, 2012; PENSO et al, 2013).

As ciências da saúde, tradicionalmente, consideram o conceito de adolescência como fase de transição da infância para idade adulta, com foco nos aspectos biológicos e vulnerabilidades. Contudo, os profissionais envolvidos devem compreender e reconhecer a determinação social do processo saúde-doença, bem como de qualquer outra situação relacionada à saúde. Além disso, a saúde dos adolescentes e jovens precisa ser valorizada por meio de ações preventivas, promotoras de saúde, e também, mas não somente, curativas, a fim de garantir cuidado à saúde integral, visto que tais sujeitos sociais são potencialmente agentes de mudanças (HORTA; SENA, 2010).

A programação de ações no nível de gestão e das equipes de saúde deve considerar particularidades, especialmente as necessidades dos indivíduos, para que os adolescentes sejam de fato atendidos nas suas demandas, mediante ações e estratégias intersetoriais que considerem família e comunidade, atuando frente aos problemas e incentivando projetos de vida. Contrariamente, as políticas de saúde costumam oferecer ações em “pacotes fechados”, consoantes com o modelo de atenção vigente, sem considerar as particularidades de indivíduos e coletividades, tampouco suas subjetividades (HORTA; SENA, 2010).

Os profissionais de saúde encaram professores e estudantes como sujeitos passivos nas atividades de promoção à saúde realizadas na escola, além disso, costumam utilizar o tempo disponível apenas para ações pontuais, como já citado. Os professores se queixam disso e afirmam que estratégias com continuidade e participação ativa de alunos, professores e comunidade poderiam ser mais efetivas. Os profissionais, por sua vez, podem contribuir de maneira mais consistente com a escola se atuarem de maneira integrada e articulada, auxiliando professores e os capacitando para atuação conjunta em conteúdos relacionados à saúde (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Esta precariedade nas relações intersetoriais das quais dependem o PSE é decorrente da visão hegemônica biomédica do olhar sobre a saúde, que impõe relações verticais sobre a escola, com pouca ou nenhuma problematização com a comunidade escolar. Há muita resistência por parte dos profissionais responsáveis por ações de saúde, e isso impede a troca de saberes e experiências entre os setores saúde e educação (SILVA; BODSTEIN, 2016).

Outro aspecto apontado e demandado é o da promoção de postura crítica e reflexiva nos alunos, para que tenham consciência dos seus papéis enquanto cidadãos diante das iniquidades vivenciadas em suas realidades. A conscientização da família e da comunidade quanto aos aspectos de cidadania também deve fazer parte da atuação dos profissionais de saúde, não só na lógica do PSE, mas, principalmente, da atenção primária em saúde, com vistas ao controle social na saúde e educação (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010; PENSO et al, 2013).

No entanto, para que a escola se torne, de fato, um espaço promotor de atitudes e práticas saudáveis é necessária comunicação efetiva entre os setores que devem estar envolvidos na promoção dessas ações, bem como qualificação dos profissionais (BEZERRA et al, 2017).

Os profissionais de saúde sentem-se paralisados diante das dificuldades em programar ações criativas e inovadoras envolvendo adolescentes e escola e afirmam que as demandas levantadas pela escola costumam ser pouco interativas e limitadas a palestras e entrega de panfletos. Entretanto, eles reconhecem a necessidade de incorporar ações transversais e multidisciplinares aos parâmetros curriculares nacionais (PENSO et al, 2013).

Na prática, esses profissionais precisam articular ações com família, escola (professores e outros profissionais) e comunidade, tendo em vista a assistência e o cuidado aos adolescentes. Para com o ambiente escolar, devem desempenhar uma atuação consultiva e avaliativa no sentido de ampliar as ações integradas, cabendo-lhes, inclusive, a proposição de temas transversais a serem incorporados aos parâmetros curriculares nacionais (PENSO et al, 2013).

Para que as ações sejam realmente intersetoriais, deve haver diálogo entre os atores envolvidos, assim como reconhecimento do contexto no qual essas pessoas estão inseridas e da diversidade de sujeitos e saberes, pois, dessa forma, poderemos elaborar estratégias que de fato integrem os diferentes setores e a comunidade. Imprescindível também o compartilhamento de agendas e não simplesmente uma

justaposição de ideias e ações dos setores saúde e educação (SILVA; BODSTEIN, 2016).

O profissional de saúde desempenha papel fundamental na escola, tanto educativo quanto assistencial. Sua presença no ambiente escolar e as ações de educação em saúde por ele realizadas contribuem para o desenvolvimento saudável do indivíduo (MACIEL et al, 2010).

Desejamos aqui destacar o importante papel dos enfermeiros enquanto profissionais de saúde e cidadãos, visto que são os profissionais de saúde de maior proximidade com os adolescentes escolares, no âmbito do SUS, e que podem atuar em todos os problemas aqui apontados. As ações de educação e o acompanhamento contínuo e integral por enfermeiros e equipe multiprofissional podem promover o empoderamento dos adolescentes, estimulando seu protagonismo e enfrentando vulnerabilidades (BRANDÃO NETO et al, 2015).

O acolhimento realizado pelo enfermeiro com confidencialidade é uma importante estratégia para conquistar a população adolescente, pois consegue reduzir barreiras e protegê-los durante essa fase da vida. Da mesma forma, a comunicação terapêutica respeitosa e isenta de julgamentos, que permite abordar os comportamentos adolescentes com naturalidade, é o primeiro passo para estimular reflexões acerca dessas práticas e, conseqüentemente, promover a saúde por meio de atitudes responsáveis e proteção adequada (KUZMA et al, 2015).

Nos diferentes níveis de atenção, enfermeiros podem contribuir para mudanças nas práticas dos serviços em relação ao cuidado dos adolescentes, mas, para tanto, precisam conhecer profundamente as características adolescentes e as leis, bem como as políticas públicas que garantem a implementação de medidas de proteção e defesa da adolescência, alinhadas com as recomendações da OMS e de outros organismos internacionais. Da mesma forma, devem se organizar politicamente para avaliar e propor revisões nas políticas vigentes, com vistas à promoção e proteção da saúde adolescente (KUZMA et al, 2015).

A formação do enfermeiro permite ampla inserção no âmbito da saúde do adolescente, tanto nas unidades de saúde quanto nas escolas e comunidades. Assim, ele tem o potencial de articular família e escola de maneira muito particular devido às características da profissão, voltada para as necessidades do ser humano nos diferentes ciclos de vida, e pode associar conhecimentos e habilidades em

abordagens inovadoras, impactando positivamente nos resultados sexuais e reprodutivos dos adolescentes (MARIA et al, 2017).

2.4 Aspectos culturais e a gravidez na adolescência

Como fundamentação teórica do conceito de cultura, nos basearemos nos postulados de Geertz (2017):

“O conceito de cultura que eu defendo, (...), é essencialmente semiótico. Acreditando como Max Weber, que o homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura do significado. É justamente uma explicação que eu procuro, ao construir expressões sociais enigmáticas na sua superfície”. (GEERTZ, pág. 4, 2017)

O termo semiótico refere-se aos sentidos, signos e significados atribuídos pelos membros de cada cultura e que ditam suas características, regras e, portanto, os definem enquanto povo. A cultura é determinada pelas relações entre os significados atribuídos à existência do ser humano, de modo que cada povo se desenvolveu em sua própria teia de significados. Por isso, as expressões sociais se justificam, se explicam, nos signos e sentidos que compõem a cultura. Ela também pode ser entendida como ciência interpretativa, em busca da explicação de si mesma (GEERTZ, 2017).

O comportamento humano é simbólico e as ações sociais fundamentadas nas características culturais de um povo. Interpretar de fora mostra a razão de seus comportamentos e justifica seu padrão de normalidade. Dessa forma, os povos e suas culturas são conhecidos por meio da observação de seus acontecimentos, porém, uma interpretação completamente autêntica somente pode ser feita por um nativo que pertença àquela cultura (GEERTZ, 2017).

A cultura não foi simplesmente um ingrediente acrescentado à existência humana; pelo contrário, a evolução biológica ocorreu de modo concomitante ao desenvolvimento cultural. A cultura nos define enquanto humanos, pois, sem homens, não haveria cultura e provavelmente sem cultura não haveria ser humano, diferentemente de outros animais. A cultura compreende um conjunto de mecanismos de controle que governam o comportamento humano, sendo que o homem é um animal dependente de mecanismos de controle extragenéticos para ordenar o seu comportamento (GEERTZ, 2017).

Há importantes traços do comportamento humano, dos quais destacamos a sexualidade, por ser um aspecto relevante do desenvolvimento humano e abranger práticas e desejos que envolvem satisfação sexual, liberdade, afetividade e saúde, sofrendo grande influência do contexto social, histórico e cultural. A sexualidade pode ainda ser permeada por tabus, mitos, preconceitos, interdições e relações de poder baseadas no gênero (BECHARA, 2013; VASCONCELOS et al, 2016).

Crenças, mitos e tabus transmitidos no contexto familiar sobre sexualidade influenciam de maneira significativa a prática sexual de adolescentes. Assim, concepções e práticas errôneas contribuem para comportamentos de risco, gravidez e IST (VASCONCELOS et al, 2016).

Como uma das crenças de grande importância é a de que falar sobre sexo pode estimular a curiosidade e incentivar sua prática, as ações de educação sexual, além de trabalharem esses aspectos, precisam incluir os pais, visto que os valores transmitidos no âmbito da família influenciarão os comportamentos dos filhos (SOUZA; FERNANDES; BARROSO, 2006).

Outra questão importante é a diferenciação cultural imposta pela sociedade entre adolescentes de ambos os sexos no que se refere às práticas sexuais. Enquanto as meninas devem se resguardar, serem responsáveis pela sua saúde sexual e contraceptiva e arcar com as consequências de seus atos, os meninos têm maior precocidade no início das relações sexuais e se mostram mais desinibidos e inconsequentes, até porque sofrem pressão para iniciar a vida sexual como forma de comprovação de masculinidade (ANJOS et al, 2012; EDIN et al, 2016; NINSIIMA et al, 2018).

Tais diferenças estão associadas às relações de gênero e a definição de gênero, por sua vez, envolve sistemas de crenças para estabelecimento de estereótipos e expectativas relacionadas ao sexo biológico, desenhadas culturalmente. Embora possamos verificar algumas características universalmente atribuídas ao gênero feminino e ao masculino, a variação entre os grupos sociais é extensa. O conceito de gênero diferencia o aspecto social do biológico, com isso, ser macho ou fêmea é diferente de ser homem ou mulher. Com base na anatomia, define-se o lugar de homens e mulheres na sociedade (BORGES, 2007; MORAIS, 2006; MUYLEAERT; DELFINI; REIS, 2015).

Uma vez que as desigualdades entre homens e mulheres resultam de longos processos históricos e culturais, a construção histórica do ser homem acontece em

associação à do ser mulher (VASCONCELOS et al, 2016). Desse modo, as normas e expectativas sociais em relação à idade e às circunstâncias que permeiam a primeira relação sexual também variam de acordo com o sexo. A determinação de condutas adequadas aos adolescentes, segundo o sexo biológico, é sumariamente importante para iniciação e prática sexual (BORGES; SCHOR, 2005).

A maioria das mulheres adolescentes iniciam a vida sexual com indivíduos do seu convívio, com quem possuíam envolvimento amoroso, tais como namoro ou noivado. Por outro lado, a maioria dos homens iniciam a vida sexual por relações de amizade ou com pessoas recém-conhecidas. O não planejamento da primeira relação é comum em ambos os sexos (BORGES; SCHOR, 2005).

A representação do homem na sociedade ocidental é acompanhada de liberdade sexual, pois eles precisam provar desde cedo que são potentes e socialmente capazes. Já a representação feminina inclui passividade, conformismo e dependência do homem, sendo valorizada pela castidade e fidelidade ao parceiro (ANJOS et al, 2012).

Para o homem, destacam-se os papéis de provedor da família e de sujeito de sexualidade livre, sendo o padrão sexual natural e desejado pela sociedade o da heterossexualidade. Nesse sentido, a paternidade enaltece e reforça a masculinidade, de modo que ser pai na adolescência o torna homem. A liberdade sexual representa satisfação de necessidades para o homem e promiscuidade para a mulher (ALMEIDA; HARDY, 2007).

Entre as meninas, deve predominar o desejo de se casarem e terem filhos, no sentido de cumprirem seus papéis enquanto mulheres, ou seja, responsabilizarem-se pelo cuidado da casa e dos filhos. A liberdade feminina é limitada desde a mais tenra infância (TRAVESSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2005; VASCONCELOS et al, 2016).

É comum haver pressão de amigos e familiares para que o menino se empenhe na prática sexual com o objetivo de confirmar o status homem. No entanto, alguns grupos incentivam os jovens a manterem a abstinência sexual até o casamento, como forma de prevenção de comportamentos de risco ou por motivos religiosos, mas, de modo geral, o principal foco desta estratégia são as meninas (MADLALA et al, 2018).

Os homens jovens, com frequência, até reconhecem sua responsabilidade nos relacionamentos, mas acreditam, predominantemente, que o conhecimento e a responsabilidade sobre a saúde reprodutiva, incluindo contracepção, pertencem ao

domínio feminino, ou seja, são responsabilidades da mulher, enquanto o homem deve se preocupar com a prevenção de doenças (MADLALA et al, 2018).

Apesar disso, a pressão das relações de gênero pode fazer com que a mulher adolescente se submeta a escolhas e decisões do homem, mesmo que representem comportamentos de risco (EDIN et al, 2016; NINSIIMA et al, 2018). A escolha do método contraceptivo a ser utilizado, por exemplo, é fortemente influenciada pelos papéis de gênero e as meninas apresentam grande desvantagem na negociação de tais métodos, principalmente quanto ao preservativo de látex. É comum, nas relações estáveis, com envolvimento afetivo, que haja abandono do preservativo (ANJOS et al, 2012; BORGES; LATORRE; SCHOR, 2007).

Nos espaços de convivência cotidiana, especialmente na família, meninos e meninas aprendem e internalizam o seu gênero, em conformidade com as exigências da sociedade. A família, numa perspectiva tradicionalista, se estrutura mediante relações de gênero, marcadamente pelos estereótipos masculino-dominante e feminino-subalterno. Outros espaços da sociedade, tais como igrejas e escolas, complementam essa transmissão dos papéis de gênero (TRAVESSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2005; VASCONCELOS et al, 2016).

Portanto, com base nos papéis aprendidos, os adolescentes podem assumir posturas diferentes em relação ao sexo. A idade e as circunstâncias esperadas para o início da vida sexual variam de acordo com o gênero: para as meninas, há uma valorização da virgindade, enquanto para os meninos ocorre justamente o contrário, ou seja, é valorizado o desempenho sexual como um ganho, ao passo que para a mulher, isso representa uma perda. O engajamento na vida sexual de homens e mulheres também é fruto da construção de suas identidades masculinas e femininas, baseadas nas relações de gênero (BORGES; LATORRE; SCHOR, 2007).

Este engajamento sexual na adolescência é considerado, não raro, um importante requisito para aproveitar a vida. No Ocidente, por exemplo, onde a juventude é vista como a idade ideal para este “aproveitar a vida”, considera-se, de maneira geral, que a gravidez na adolescência é um evento que não deveria ocorrer, por exigir a vinculação com compromissos e responsabilidades que normalmente não fazem parte da juventude. Assim, ela é tida como precoce (GONÇALVES; KNAUTH, 2006).

No entanto, esta percepção é variável, dependendo do contexto sociocultural. Nas camadas mais populares, parece ser vista com maior naturalidade. Da mesma

forma, também pode representar algum status familiar relacionado ao fato de que, daquele momento em diante, o jovem abandonará comportamentos da juventude e assumirá compromissos e responsabilidades. Com isso, a maternidade e/ou a paternidade podem ser formas do indivíduo ingressar no mundo adulto e, inclusive, obter liberdade (GONÇALVES; KNAUTH, 2006).

Há também comunidades tradicionais, como indígenas americanos e Inuits (Esquimós), habitantes de regiões do Alaska, Canadá e Groelândia, nas quais a gravidez na adolescência é vista de maneira positiva e considerada um evento normal da vida, culturalmente tradicional, enriquecedor de papéis femininos e que contribui para conservação dos povos (HANSON et al, 2014; MOISAN et al, 2016).

Além disso, esses grupos étnicos explicam a ocorrência de gravidez precoce como forma de atingir a idade adulta, encontrar um propósito na vida, atender às necessidades emocionais, afastar-se das drogas e do álcool e fazer escolhas saudáveis (HANSON et al, 2014, 2014; MOISAN et al, 2016). Ter filhos na adolescência também pode representar o recebimento de algum auxílio social, monetário ou habitacional (MADLALA, 2018; MOISAN et al, 2016).

Entre os indígenas americanos também é comum que as jovens adolescentes tenham atribuições importantes no âmbito da família, como uma série de afazeres domésticos e cuidado dos irmãos menores, como que assumindo o papel de “mãe” perante estes (HANSON et al, 2014). Tais responsabilidades podem suscitar o desejo de prevenirem uma possível gravidez, para não deixarem de fornecer tal apoio às suas famílias de origem até um determinado momento. Por outro lado, podem também influenciar sua decisão de integrar uma nova família, por meio de um casamento e uma gravidez, para que assim ingresse na vida adulta e se afaste destas responsabilidades com a família de origem (HANSON et al, 2014).

O casamento infantojuvenil é uma das preocupações da Organização Mundial de Saúde (OMS), para o qual há expressa recomendação de ser combatido como uma das medidas de proteção à saúde e à vida das adolescentes (OPAS/OMS, 2017).

No entanto, trata-se de uma questão cultural de grande importância, tradicional em algumas sociedades e que geralmente vem acompanhada da pressão para procriação (DEVKOTA et al, 2018). Em países do Oriente Médio, por exemplo, meninas e mulheres não possuem o direito de fazerem suas próprias escolhas em virtude de tabus e normas extremamente rígidas relacionadas à sexualidade. Diante disso, os pais reprimem completamente a sexualidade das filhas e decidem quando e

com quem irão se casar, geralmente antes dos 18 anos de idade (SAHBANI; AL-KHATEEB; HIKMAT, 2016).

Neste contexto, o casamento é uma instituição de importância primordial para a sobrevivência dessas meninas. A crise humanitária atual vivenciada em países do Oriente Médio e da África, muitas vezes associada à guerra, tem levado os pais a entregarem suas filhas em casamento cada vez mais cedo, muitas vezes antes dos 14 anos de idade (ORTIZ-ECHEVARRIA et al, 2017; SAHBANI; AL-KHATEEB; HIKMAT, 2016).

Adolescentes submetidas ao casamento precoce, em determinados países, têm de maneira associada uma restrição de liberdade para frequentar espaços públicos, tais como escolas, feiras e clubes e, com isso, possuem menos oportunidades educacionais. Mulheres que têm acesso à educação apresentam maiores chances de desenvolver elevada autoestima, empoderamento e motivação para o planejamento de projetos futuros. A oportunidade de discutir os aspectos relacionados com a gravidez e comportamentos de proteção permite que a mulher decida em que momento deseja ter filhos (DEVKOTA et al, 2018).

Como já mencionamos, adolescentes do sexo feminino e mulheres em geral são culturalmente responsabilizadas pela contracepção nos relacionamentos sexuais (ANJOS et al, 2012; EDIN et al, 2016; NINSIIMA et al, 2018), o que torna importante envolver adolescentes do sexo masculino em tais escolhas de contracepção (BECHARA et al, 2013; VALIM et al, 2015). Entretanto, nem sempre isto é reconhecido por profissionais de saúde, pois, às vezes, o foco da atenção não reside nem em adolescentes do sexo masculino nem em prevenção, mas, principalmente, em oferecer apoio a adolescentes que já estejam grávidas, de maneira a reproduzir questões culturais e tradicionais na abordagem da sexualidade (CONNOR; EDVARDSSON; SPELTEN, 2018).

Ademais, consideram muito difícil envolver os adolescentes masculinos em qualquer tipo de estratégia de saúde, sobretudo se voltada à prevenção da gravidez. Acreditam que a dificuldade tenha relação com a visão tradicional sobre a força da masculinidade ou do corpo masculino que excluiria a necessidade de cuidados. Esta mesma visão sobre a masculinidade tradicional também leva os adolescentes a comportamentos de risco (CONNOR; EDVARDSSON; SPELTEN, 2018).

Dessa forma, juntamente com a falta de diálogo e orientação no âmbito familiar, os profissionais de saúde que carregam concepções tradicionais errôneas

contribuem para concepções e comportamentos equivocados (BELETE; ATLAW, 2018).

O contato íntimo sem penetração, por exemplo, é uma prática aceita em determinadas culturas, que consideram o sexo um privilégio somente dos adultos e negligenciam determinadas práticas assumidas pelos adolescentes que, apesar de apresentarem riscos, preservam a virgindade feminina. No entanto, permanece o risco de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez, no caso de ejaculações que entram em contato com a vagina (BELETE; ATLAW, 2018).

A interpretação de alguns aspectos culturais dentre os participantes deste estudo nos mostrará nuances específicas e complexas sobre fatores relacionados a suas práticas sexuais e comportamentos de risco. Entretanto, embora não sejam passíveis de generalização, demonstrarão a importância de lançar o olhar em direção às particularidades de adolescentes com precárias condições socioeconômicas do Brasil e de toda a América Latina.

2.5 Pressupostos do estudo

O processo de orientação sobre gravidez entre os adolescentes escolares se desenvolve de maneira fragmentada e precária envolvendo progenitores, escola, profissionais de saúde, porém, principalmente, amigos e conhecidos, além de incluir busca individual por informações na internet. Com isso, os adolescentes não conseguem ter acesso a uma informação fidedigna, tampouco compartilhar experiências e dúvidas de maneira segura, e, conseqüentemente, não são adequadamente amparados nas suas necessidades pelos pais e profissionais capacitados;

Alguns adolescentes podem encarar a ocorrência de gravidez como afirmação da sexualidade masculina, mas, para outros, pode representar a transição abrupta da vida infantil para vida adulta ou mesmo a reprodução de um fenômeno familiar, na dependência das experiências anteriores. Pode também ser reconhecida como algo indesejado, devido às responsabilidades que poderão surgir.

3. Trajetória Metodológica

3.1 Referencial teórico-metodológico

Pesquisa de abordagem qualitativa sustentada em uma aproximação com o método etnográfico. A pesquisa qualitativa tem como objetivo compreender em profundidade fenômenos, experiências, representações, crenças, valores, atitudes, universo simbólico e demais aspectos subjetivos ligados a pessoas, coletividades e organizações, contribuindo para compreensão de diferentes faces da realidade (MEDEIROS, 2012; MEDEIROS et al, 2007).

Além disso, preocupa-se com a realidade que não pode ser quantificada e possibilita ao pesquisador conhecer e compreender os pensamentos, sentimentos e reações dos sujeitos diante dos problemas estudados, revelando o que é particular e distanciando-se de comparações (PRAÇA; MERIGHI, 2003). As investigações qualitativas têm como universo a vida e as experiências cotidianas, interpretadas pelos próprios sujeitos que as vivenciam, sendo permeadas por interações e intencionalidades. A subjetividade do pesquisador não pode ser descartada tanto na obtenção de dados quanto na análise e compreensão dos fenômenos (MINAYO, 2014).

Com isso, para engajamento na investigação qualitativa, o pesquisador precisa abster-se de seus preconceitos e empenhar-se num processo de distanciamento e objetivação, ingressando no sistema de representações e de comportamentos dos indivíduos, a fim de compreendê-lo sob um ponto de vista analítico exterior (ALAMI; DESJEUX; GUARABUAU-MOUSSAOUI, 2010). Acreditamos que o aprofundamento teórico e o rigor metodológico no trabalho de campo e na análise dos dados colaboram para reduzir ou eliminar o risco de viés qualitativo.

Na abordagem qualitativa, o pesquisador reconhece a multidimensionalidade dos fenômenos, bem como sua complexidade e o caráter provisório do conhecimento (MAIDANA; MAZZA; PRADO, 2008).

Dentre as metodologias de pesquisa qualitativa, elegemos para este estudo uma aproximação com o método etnográfico, por oferecer caminhos para o alcance dos objetivos propostos. Este método fundamenta-se na etnografia, que tem sua origem nas histórias contadas por viajantes, quando essas pessoas se dedicavam a compreender determinadas culturas e descrevê-las com significativa precisão e

clareza. Entretanto, não havia a exigência de uma sistematização clara (GUALDA, 2003).

Somente no século XIX a etnografia passou a ser utilizada por pessoas com formação acadêmica e, por sua essência em descrever as sociedades humanas, passou a constituir o pensamento antropológico (GUALDA, 2003). Estudos antropológicos possuem centralidade no trabalho de campo etnográfico, caracterizado por longos períodos de convivência com grupos de pessoas, no sentido de documentar e interpretar seu modo de vida, crenças, valores, enfim, sua cultura (HAMMERSLEY; ATKINSON, 2007).

É fundamental que o pesquisador participe do cotidiano estudado de maneira evidente ou oculta, o que demanda um período prolongado, pois exige observação e coleta de informações por meio de documentos e entrevistas formais e informais (HAMMERSLEY; ATKINSON, 2007). Este período, apesar de prolongado, tem duração variada, podendo levar de apenas algumas semanas a um ano ou mais, e sempre dever ser conduzido de modo a promover um acúmulo descritivo de detalhes necessários ao conhecimento almejado (ANGROSINO, 2009).

O trabalho etnográfico busca desvendar as regras que direcionam cada cultura. Para tanto, o pesquisador precisa apreender a cultura que estuda por meio um processo de aculturação, e isso inclui assimilar a cultura estudada, interpretá-la e transferi-la para um texto codificado, que apresente o valor dos códigos pelos atores em sua vida cotidiana (GUALDA, 2003).

3.2 Campo de estudo

O cenário proposto para realização deste estudo é uma escola estadual de Ensino Fundamental e Médio, localizada na zona leste do município de Porto Velho, capital do estado de Rondônia.

Rondônia é considerada uma unidade federativa ainda jovem e viveu importantes períodos migratórios, tendo, por isso, população bastante diversificada, com predominância de pardos e negros, mas importante participação de brancos e indígenas (IBGE, 2010; SOUZA, 2011).

No período vespertino, além do ensino regular, também há três turmas destinadas à recuperação de alunos mais velhos, porém ainda adolescentes, que não conseguiram progredir no Ensino Fundamental, a fim de capacitá-los para o Ensino Médio. Com isso, o período vespertino conta com cerca de 490 alunos, dos quais 388 frequentam as salas dos primeiros e segundos anos do Ensino Médio.

Em 2016, os alunos do Ensino Médio apresentaram apenas 52,7% de aprovações, 15% reprovaram, 11,7% abandonaram a escola e 20,6% foram aprovados com dependências de disciplinas. Segundo os profissionais da escola, por serem carentes, com baixas condições socioeconômicas e muitas vezes desprovidos de assistência familiar, acabam por desenvolver problemas de aprendizagem (SEDUC, 2017).

Esta escola foi criada em 1992 e passou por uma grande reforma e ampliação a partir do ano de 2016, tendo sido entregue novamente à comunidade oficialmente no final de 2017, com 40 salas de aula. Além do ensino regular, também implementa educação em tempo integral para algumas turmas do Ensino Fundamental (SEDUC, 2017).

A Universidade Federal de Rondônia tem um histórico de ações nesta escola, porém pontuais e geralmente a pedido das Secretarias Estaduais de Saúde e Educação. Tais ações acontecem no formato de campanhas educativas, sobretudo voltadas para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. Apesar do caráter pontual de tais ações, esse histórico facilitou minha aproximação com o campo de estudo.

Justificamos a escolha pelo ambiente escolar pela importância desta instituição, não somente para o desenvolvimento da educação formal, mas para toda formação sociocultural do sujeito (SAMPAIO et al, 2015). Consideramos também a importância desses espaços para construção de práticas e vivências em saúde e a facilidade em problematizar e analisar aspectos relacionados à saúde dos escolares (SILVA; BODSTEIN, 2016).

Além disso, a escola é palco de uma importante política pública, instituída em 2007, o Programa Saúde na Escola, que deve articular ações de educação e saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), integrando comunidade escolar e Equipe de Saúde da Família, com vistas à formação integral do cidadão (BRASIL, 2007). De acordo com dados da coordenação estadual

do PSE, em todo o estado de Rondônia estão cadastradas no programa 619 escolas (60 em Porto Velho) e 343 equipes de saúde (SEDUC, 2018).

3.3 Trabalho de campo

O trabalho de campo etnográfico exige longos períodos de convivência com os participantes nas suas realidades e, para conseguir acesso ao campo, é fundamental estabelecer relações e construir uma identidade; usar vestimentas e demonstrar atitudes adequadas a este contexto também é importante (HAMMERSLEY; ATKINSON, 2007). Para tanto, iniciamos o trabalho de campo em outubro de 2017, intensificando-o em março de 2018 e seguindo até novembro do mesmo ano, por meio de duas visitas semanais, em média, a essa escola.

No processo de aproximação com o campo foram realizadas algumas visitas iniciais e, simultaneamente, a observação participante e o planejamento de atividades de educação em saúde, com intuito de nos aproximarmos dos possíveis participantes, adolescentes e profissionais da escola.

As atividades nas salas de aulas com os adolescentes, embora tenham permitido a observação de algumas situações, foram realizadas unicamente com os objetivos de acesso, aproximação e integração ao campo de estudo. Não foram realizadas entrevistas em grupo ou grupos focais. Inicialmente, tais atividades foram desenvolvidas em todas as salas de aulas dos primeiros e segundos anos do Ensino Médio e incluíram discussões sobre questões de saúde sexual e reprodutiva. Entretanto, a pedido de professores e alunos, estendemos sua realização para três turmas de estudantes que faziam parte de um projeto de recuperação, apesar destes não terem participado das entrevistas realizadas posteriormente.

A realização dessas atividades de educação em saúde permitiu minha inserção em campo, bem como a constituição de uma identidade com estudantes e profissionais da escola. Destacamos que, ao assumir um papel de enfermeira e educadora em saúde, a pesquisadora principal demonstrou disposição para ajudar os alunos quando necessário e, além disso, o fato de ser professora da Universidade Federal de Rondônia e ter reconhecida a importância desta pesquisa, facilitou posturas muito receptivas por parte dos profissionais da escola.

As atividades de aproximação foram planejadas em conjunto com a orientadora escolar e outros profissionais da escola e seguiram um roteiro sistematizado para direcionamento e embasamento, porém flexível às demandas provenientes dos participantes (APÊNDICES A, B e C).

A observação participante na instituição aconteceu desde os momentos de aproximação e durante todo o período de convivência com os atores envolvidos ao longo do processo de estudo, com registro em diário de campo. O diário de campo é uma fonte de dados essencial para estudos etnográficos (HAMMERSLEY; ATKINSON, 2007).

A observação participante consiste na coleta de informações enquanto o pesquisador interage com os participantes em seu meio cultural. Dessa forma, o pesquisador se torna parte do contexto que observa, influenciando o meio e sendo por ele influenciado (MINAYO, 2014). Neste processo, tivemos como tópicos de observação os especificados no roteiro abaixo:

Quadro 1 – Roteiro para observação participante

Tópicos de observação
<ol style="list-style-type: none"> 1. Estrutura administrativa da escola; 2. Relações entre professores, orientadora escolar, diretor e vice-diretora; 3. Relações entre estudantes, professores, orientadora escolar, diretor e vice-diretora; 4. Relações entre os estudantes com eles mesmos; 5. Participação da família na escola; 6. Participação da Equipe de Saúde da Família na escola; 7. Tradições e costumes no cotidiano escolar; 8. Regras no convívio entre os diversos atores do ambiente escolar; 9. Situações diversas envolvendo os estudantes.

Os participantes deste estudo podem ser classificados como formais e informais. Os informais forneceram dados importantes sobre o cotidiano, sem participação em uma entrevista propriamente dita. Foram eles: os profissionais da escola, dentre eles, o diretor, a vice-diretora, a orientadora escolar, a supervisora, o

inspetor e alguns professores com quem tivemos oportunidade de maior contato, além de alguns adolescentes.

Já os participantes formais nos forneceram dados por meio de entrevista semiestruturada e atenderam aos seguintes critérios de inclusão: serem adolescentes de ambos os sexos, com idades de 16 ou 17 anos, que possuíam ou não vida sexualmente ativa e que estavam cursando o primeiro ou o segundo ano do Ensino Médio. Foram excluídos adolescentes de ambos os sexos à espera de um filho, com histórico de aborto e/ou que já fossem pais ou mães.

O conceito de adolescente adotado neste estudo é o proposto no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990), que considera indivíduos na faixa etária entre 12 a 18 anos. Com isso, a escolha da faixa etária dos nossos participantes corresponde ao final da adolescência e precede imediatamente o início da vida adulta.

Após receberem esclarecimentos sobre o objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa, os adolescentes foram convidados a participar do estudo à medida que tinham contato com a pesquisadora e demonstravam interesse pela pesquisa. Muitos demonstraram não desejar participar das entrevistas individuais.

Os adolescentes convidados e selecionados foram orientados sobre a importância do estudo, tempo de duração, técnicas de coleta de dados e direito à desistência da sua participação a qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Para participação no estudo, foi necessário o consentimento de um dos pais ou responsável pelo adolescente por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assim como assinatura do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) por parte do adolescente, conforme recomendações da Resolução/CNS/466/12 (BRASIL, 2012) (APÊNDICES D e E).

Foram realizadas 20 entrevistas durante o período da pesquisa e o critério para definição deste número foi o da saturação dos dados obtidos. Apesar das experiências únicas vivenciadas pelos indivíduos, as interpelações e os sentidos encontrados nas narrativas são produtos de processos sociais e, portanto, a partir de determinado ponto é possível identificar a repetição das informações, o que evidencia o alcance do número de procedimentos necessários e caracteriza a saturação dos dados (GASKELL, 2002).

Para caracterização dos participantes utilizamos um formulário estruturado com dados sociodemográficos, sexuais e reprodutivos, de própria autoria, com o

objetivo de acessar aspectos importantes e pertinentes ao conhecimento dos participantes (APÊNDICE F).

A entrevista individual seguiu um roteiro preestabelecido, porém flexível, com perguntas abertas, conforme quadro 2. Segundo Minayo (2014), a entrevista semiestruturada deve desdobrar em seu roteiro os tópicos ou indicadores necessários à compreensão almejada, no intuito de atender aos objetivos da pesquisa, permitindo que sejam realizadas outras perguntas além daquelas programadas inicialmente.

As entrevistas individuais tiveram duração aproximada de 40 min e áudio gravado, tendo sido tal necessidade informada no TCLE e TALE. Dados não verbais e outras informações importantes foram registrados em diário de campo.

Para realização das entrevistas, inicialmente nos foi disponibilizada uma sala de aula desocupada, entretanto, a acústica do ambiente e o barulho advindo dos corredores dificultaram as entrevistas. Diante disso, a direção da escola disponibilizou a sala da orientadora escolar, o que nos propiciou um espaço adequado, privativo, livre de interferências externas e seguro aos participantes.

Quadro 2 – Roteiro para entrevista semiestruturada

<p>Perguntas iniciais a serem realizadas</p> <p><i>Tópicos de interesse da pesquisa</i></p>
<p>O que é a gravidez na adolescência para você?</p> <p><i>Com esta pergunta conheceremos as percepções adolescentes e os valores pessoais relacionados à gravidez na adolescência; Também teremos acesso às reflexões e percepções que os adolescentes possuem sobre possíveis repercussões da gravidez na adolescência para suas vidas;</i></p>
<p>O que você sabe sobre a prevenção da gravidez?</p> <p><i>Com esta pergunta identificaremos os conhecimentos dos participantes sobre os métodos contraceptivos, bem como fontes de informação; além disso, identificaremos a participação da família, escola, profissionais de saúde e outros atores neste processo.</i></p>

Para análise e interpretação dos dados, realizamos inicialmente a transcrição integral das entrevistas individuais semiestruturadas, à medida que foram feitas. O material obtido foi submetido ao método de interpretação de sentidos (GOMES, 2016).

O método de interpretação de sentidos é uma “perspectiva das correntes compreensivas das ciências sociais que analisa: palavras, ações, conjuntos de inter-relações, grupos, instituições, conjuntura, dentre outros corpos analíticos (GOMES et al, 2005, p.202).

Das concepções que fundamentam o Método de Interpretação de Sentidos, Gomes (2016) destaca a teoria da interpretação da cultura (GEERTZ, 2017) e a hermenêutica dialética. Portanto, tais conceitos orientam o processo de interpretação, visto que, em associação, nos permitem teorizar a respeito dos sentidos e signos da vida social.

Por meio deste método, podemos situar os dados obtidos como reflexos da cultura estudada, por expressarem formas simbólicas que traduzem propósitos produzidos e reproduzidos, convenções, regras, modelos e construções sócio-históricas específicas. Tais formas simbólicas podem ser qualificadas, respectivamente, como intencionais, convencionais, estruturais, referenciais e contextuais. Além disso, a articulação entre as perspectivas hermenêutica e dialética permite, além da compreensão do significado consensual do que está sendo interpretado, a elaboração de crítica a respeito das contradições dos significados, relacionando-os com o contexto (GOMES, 2016; MINAYO, 2014).

A partir desses princípios, segundo Gomes (2016; p. 89), é necessário: “(a) buscar a lógica interna dos fatos, dos relatos e das observações; (b) situar os fatos, os relatos e as observações nos contextos dos atores; (c) produzir um relato dos fatos em que seus atores nele se reconheçam”.

Para tanto, de acordo com Gomes (2016), nossa trajetória analítico-interpretativa seguiu três etapas:

Leitura compreensiva do material selecionado: a partir do momento em que iniciamos as transcrições, começamos também o processo de leitura e releitura das entrevistas realizadas de maneira exaustiva. Os dados foram organizados por participante e fizemos uma profunda imersão nos sentidos atribuídos por cada um dos entrevistados em suas falas, o que, juntamente com os dados registrados no diário de campo, nos permitiu caracterizar cada um deles. Após isso, tivemos a visão geral do

conjunto dos participantes, bem como de suas particularidades, assim compondo uma estrutura de análise.

Mediante esta estrutura de análise, pudemos identificar as ideias centrais das falas dos participantes e agrupá-las em dois Temas, cujas nomeações se relacionam com seus conteúdos: “Informações para prevenção da gravidez na adolescência” e “Repercussões da gravidez na adolescência”. Com isso, retornamos à estrutura de análise e extraímos fragmentos de falas que melhor representassem os conteúdos dos Temas.

Exploração do material: Nesta etapa, aprofundamos a interpretação do material obtido, buscando compreender os dados explícitos e implícitos, articulando dados das falas, do diário de campo e do contexto, para apreender os sentidos mais amplos, socioculturais, que se relacionam com as ideias dos participantes. Os resultados foram problematizados com base na literatura científica pertinente.

Elaboração de síntese interpretativa: mediante articulação entre objetivo do estudo, referencial teórico e dados empíricos chegamos a uma síntese que traduz a lógica de todo o material que compõe este estudo.

Na apresentação dos resultados, destacamos fragmentos das falas para ilustrar os temas em discussão. Para designar os participantes informais, utilizamos os códigos I1, I2, I3, sucessivamente, e para os participantes formais, os códigos F-1, F-2, F-3, por exemplo, e M-1, M-2, M-3, sucessivamente, para diferenciar aqueles do sexo feminino (F) e do masculino (M). O número corresponde à ordem cronológica de surgimento dos participantes informais no texto e, entre os formais, de realização da entrevista.

Os dados registrados no diário de campo estão apresentados de modo a propiciar a compressão do contexto vivenciado pelos participantes da pesquisa e alcance dos objetivos do estudo.

Para saída do campo de estudo, os profissionais e estudantes foram esclarecidos sobre a necessidade de afastamento devido ao início da fase de análise dos dados. Entretanto, deixamos em aberto um canal de comunicação tanto com os profissionais quanto com os adolescentes, caso necessitem de contato para esclarecimento de dúvidas ou apoio para resolução de algum problema relacionado à saúde.

3.4 Aspectos éticos

Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Núcleo de Saúde da Universidade Federal de Rondônia (UNIR), tendo obtido aprovação de acordo com a CAAE: 58753816.0.0000.5300 (ANEXO 1). Além disso, a realização da pesquisa foi autorizada pelo Gestor Estadual de Educação do Estado de Rondônia (ANEXO 2) e pelo diretor da escola na qual foi desenvolvido o estudo.

4. Resultados e Discussão

Os resultados ora apresentados dizem respeito às experiências no ambiente da pesquisa, partindo da caracterização de nossos participantes, vivências no campo e, posteriormente, da gravidez sob o olhar do adolescente por meio de dois temas: “Informações para prevenção da gravidez na adolescência” e “Repercussões da gravidez na adolescência”, os quais emergiram das entrevistas individuais e semiestruturadas realizadas com os participantes deste estudo.

4.1 Caracterização dos participantes

Participaram do estudo 20 adolescentes.

A seguir, no quadro 3, apresentamos dados sociodemográficos dos participantes, destacando que as informações referem-se à identificação do participante adotada neste estudo, a saber: sexo, idade, religião, renda familiar, escolaridade dos pais, idade dos pais quando do nascimento do primeiro filho e pessoas com quem convive no mesmo domicílio.

Doze participantes tinham 16 anos de idade e oito, 17 anos, no momento da realização das entrevistas. Onze adolescentes eram do sexo masculino e nove do feminino. Quanto à cor da pele, um adolescente referiu ser branca, cinco negra e os demais parda. Dois adolescentes informaram não ter religião, quatro se apresentaram como católicos e 14 como evangélicos.

A respeito da renda familiar, 13 adolescentes referiram renda de até três salários mínimos, dos quais um relatou renda inferior a um salário mínimo e outro que a família não possuía renda e vivia com doações e apoio de familiares.

Quanto à escolaridade da mãe, a maioria, nove adolescentes, referiu Ensino Fundamental incompleto; sete, Ensino Médio; três, Ensino Fundamental completo; e apenas uma nível Superior. Quando questionados sobre a escolaridade do pai, nove não souberam informar; sete referiram Ensino Fundamental incompleto; e quatro, Ensino Médio.

Estudo realizado em uma capital do Nordeste brasileiro sobre aspectos da sexualidade com adolescentes de escola pública encontrou resultados semelhantes quanto ao predomínio de baixas condições socioeconômicas, cor parda e religião evangélica (CASTRO; ARAÚJO; PITANGUI et al, 2017). Já quanto à escolaridade de

mães e pais, o mesmo estudo divergiu dos nossos resultados, por ter encontrado maior escolaridade entre os progenitores dos participantes.

Sobre a idade de suas mães na ocorrência do nascimento do primeiro filho, nove participantes relataram ter entre 15 e 18 anos nesta ocasião, quatro menos de 15 anos e sete, idade igual ou superior a 19 anos. Para os pais, a idade referente ao nascimento do primeiro filho esteve entre 15 e 18 anos em seis casos, outros seis foram pais com 19 anos ou mais e sete não souberam relatar a idade em que seus pais tiveram o primeiro filho.

De acordo com a faixa etária apontada pelo ECA (BRASIL, 1990) como correspondente à adolescência, verificamos que 13 dos nossos participantes tinham mães que foram mães adolescentes e pelo menos seis também tiveram pais adolescentes.

Não encontramos na literatura evidências que indiquem associação intergeracional na ocorrência do fenômeno gravidez na adolescência. Entretanto, a intergeracionalidade pode ocorrer para os mais diversos comportamentos motores ou sociais, pois os indivíduos aprendem com os membros dos seus grupos sociais, especialmente com os progenitores, padrões de comportamentos a serem seguidos (COMODO; DEL PRETE; DEL PRETE 2017).

Neste estudo foram incluídos adolescentes que não possuíam experiência de gravidez na adolescência. O fato de terem sido filhos de mães ou pais adolescentes foi evidenciado em algumas falas, como veremos mais adiante, como um fator que colaborava para o não desejo de terem filhos na adolescência. De qualquer forma, trata-se de um tema que merece atenção em estudos futuros.

A ausência de informação sobre escolaridade de alguns pais, bem como a respeito da idade em que se tornaram pais pela primeira vez, levando o adolescente a referir que não sabe, deve-se ao fato de que dois adolescentes (M9 e F2) não conheceram seus pais e cinco, apesar de os conhecerem, não mantinham contato com estes (M2, M3, M4, F1 e F4). Além disso, dois adolescentes referiram que, apesar de receberem pensão alimentícia, não mantinham bom relacionamento com seus pais (M1 e F3).

Duas adolescentes referiram viver em união consensual (F2 e F3) e seus companheiros tinham, respectivamente, 33 e 31 anos de idade na época em que foram realizadas as entrevistas, fenômeno este discutido na literatura (DEVKOTA et al, 2018; HANSON et al, 2014). Seis adolescentes viviam com mãe e pai; nove com

mãe e padrasto; um com a mãe, avós e tios; outro com a mãe e o irmão; e um adolescente referiu viver com a tia e o tio.

Outra pesquisa, também realizada em capital nordestina com adolescentes de escolas públicas e particulares, encontrou união estável entre os participantes: 13,5% entre aqueles que frequentavam escolas públicas e 7,0% entre os alunos de escolas particulares (GUBERT et al, 2016).

No presente estudo, uma adolescente referiu exercer atividade remunerada como babá (F1) e outra ajudar no gerenciamento do negócio do marido (F2). Os adolescentes, em geral, relatam contribuir com as atividades domésticas e cuidado dos irmãos mais novos.

Resumidamente, podemos identificar, entre os nossos adolescentes, maioria com baixas condições socioeconômicas, pardos e negros, evangélicos, pertencentes a famílias nucleares ou recasadas. Destacamos que duas participantes vivenciavam o casamento infantojuvenil.

Quadro 3 – Características socioeconômicas dos participantes da pesquisa

Participante	Sexo – Idade	Cor da pele – autode- clarada	Religião	Renda Familiar (salários mínimos)	Escola- ridade da mãe	Escola- ridade do pai	Idade da mãe no nascimento do primeiro filho	Idade do pai no nascimento do primeiro filho	Com quem vive
M1	M – 16	Parda	Evangélica	2 a 3	EM	Não sabe	23	Não sabe	Mãe, padrasto e irmão
M2	M – 17	Parda	Evangélica	2 a 3	EM	EF incompleto	19	19	Mãe, padrasto e duas irmãs
M3	M – 16	Negra	Sem religião	Sem salário	EM	Não sabe	17	Não sabe	Tia e tio
M4	M – 16	Negra	Evangélica	1 a 2	EM	Não sabe	14	Não sabe	Mãe, padrasto e duas irmãs
M5	M – 17	Parda	Evangélica	6 a 7	EM	EF incompleto	15	18	Mãe, pai e cinco irmãos
M6	M – 16	Parda	Evangélica	1 a 2	EF incompleto	EF incompleto	13	18	Mãe, pai e quatro irmãos
M7	M – 16	Parda	Evangélica	Não sabe	EF incompleto	EF incompleto	24	34	Mãe, pai e quatro irmãos
M8	M – 17	Parda	Católica	Não sabe	EM	Não sabe	20	Não sabe	Mãe, padrasto e dois irmãos
M9	M – 16	Parda	Católica	2 a 3	EF incompleto	Não sabe	17	Não sabe	Mãe, avós e tios
M10	M – 17	Negra	Evangélica	4 a 5	EF incompleto	EF incompleto	15	19	Mãe, pai e quatro irmãos

M11	M – 17	Branca	Católica	2 a 3	EF incompleto	EM	32	43	Mãe e irmão
F1	F – 17	Parda	Evangélica	1 a 2	EF incompleto	Não sabe	15	19	Mãe, padrasto e irmão
F2	F – 17	Parda	Católica	Mais de 10	EF incompleto	Não sabe	13	18	Marido
F3	F – 16	Parda	Sem religião	2 a 3	EF incompleto	Não sabe	17	31	Marido
F4	F – 16	Negra	Evangélica	4 a 5	Superior	EM	16	15	Mãe, padrasto e três irmãos
F5	F – 16	Negra	Evangélica	4 a 5	EF incompleto	EF incompleto	13	16	Mãe, pai e quatro irmãos
F6	F – 16	Parda	Evangélica	2 a 3	EM	EF incompleto	19	Não sabe	Mãe, padrasto e quatro irmãos
F7	F – 16	Parda	Evangélica	1 a 2	EF	EM	19	17	Mãe, pai e três irmãos
F8	F – 16	Parda	Evangélica	Menor que 1	EF	Não sabe	16	Não sabe	Mãe, padrasto e dois irmãos
F9	F – 17	Parda	Evangélica	2 a 3	EF	EM	15	19	Mãe, padrasto e dois irmãos

Já no Quadro 4, apresentaremos dados sobre atividade sexual, incluindo idade na sexarca, consentimento com a relação sexual, número de parceiros sexuais na vida e métodos contraceptivos utilizados.

A idade da menarca, primeira menstruação, também foi registrada e ficou assim distribuída entre as participantes: duas com 10 anos; uma com 11; quatro com 12; e duas com 13 anos de idade. Essas idades correspondem à faixa etária considerada adequada para ocorrência da menarca (BRASIL, 2017).

No caso dos adolescentes do sexo masculino, seis negaram relações sexuais anteriores, enquanto cinco confirmaram tê-las praticado. Sete adolescentes do sexo feminino informaram relações sexuais anteriores e duas negaram tal prática. Segundo dados da PENSE 2015 (IBGE, 2016), 29,7% dos adolescentes de escolas públicas brasileiras são iniciados sexualmente, enquanto nas escolas particulares este percentual é de 15,0%.

Entre os meninos, a sexarca aconteceu com maior frequência aos 14 anos (três participantes), mas também aos 12 (um participante) e 15 anos (um participante). Com as meninas, ocorreu aos 13 anos (duas participantes), aos 15 (duas participantes), aos 16 (duas participantes) e aos 14 anos (uma participante). Com base em nossos participantes, as médias de idade na iniciação sexual dos meninos e das meninas foram, respectivamente, 13,80 anos e 14,57 anos, estando ambas em consonância com a literatura (ASSIS et al, 2013; IBGE, 2016).

Todos os participantes iniciados sexualmente afirmaram ter consentido a primeira relação sexual, assim como as demais. Também referiram o número de parceiras sexuais ao longo da vida: quatro adolescentes relataram uma única parceria; dois, duas parcerias; outros dois, três parcerias; um adolescente, quatro parcerias; outro, cinco parcerias; e dois adolescentes referiram mais de 10 parceiras sexuais. De acordo com a PENSE 2015 (IBGE, 2016), a média de parceiros sexuais para os adolescentes do sexo masculino foi de 3,2 e, para os do sexo feminino, de 2,1.

Quanto ao método contraceptivo utilizado, nove participantes apontaram o preservativo (camisinha); dois, contraceptivo oral; um, contraceptivo oral de emergência; um, contraceptivo injetável; um adolescente referiu coito interrompido e outro afirmou não utilizar nenhum método, entretanto, ao longo da entrevista, demonstrou basear-se no método da tabelinha.

Estudo realizado na região da tríplice fronteira Brasil, Argentina e Paraguai também verificou, entre adolescentes de escolas públicas dos três países, preferência

pelo preservativo (PRIOTTO et al, 2018). Ao mesmo tempo, identificou, entre os participantes brasileiros e em segundo lugar na preferência, dupla proteção (preservativo e contraceptivo oral), seguida do uso exclusivo de contraceptivo oral. Já entre os participantes argentinos e paraguaios, o segundo método mais citado foi o contraceptivo oral isoladamente e o terceiro, a dupla proteção (PRIOTTO et al, 2018).

Portanto, em ambos os contextos, incluindo nosso estudo, verifica-se, entre os métodos contraceptivos disponíveis, predomínio de conhecimento ou utilização do preservativo e do contraceptivo oral entre os adolescentes participantes.

De maneira resumida podemos dizer que as participantes deste estudo tinham passado pela experiência da menarca e a maioria dos adolescentes era iniciado sexualmente. Todos consentiram as relações sexuais vivenciadas e a idade média de ocorrência da sexarca guarda semelhança com dados nacionais (IBGE, 2016), sendo que o número de parceiros foi variável. Entre os métodos contraceptivos citados, prevaleceram o preservativo e os contraceptivos orais.

Quadro 4 – Características relacionadas à prática sexual e aos métodos contraceptivos utilizados pelos participantes da pesquisa

Participante	Sexo - Idade	Menarca	Relações sexuais anteriores	Idade na Sexarca	Consentiu a sexarca	Parcerias sexuais na vida	Método contraceptivo
M1	M - 16	-	Sim	15	Sim	5	Não utiliza
M2	M - 17	-	Sim	14	Sim	4	Coito interrompido
M3	M - 16	-	Não	-	-	-	-
M4	M - 16	-	Sim	14	Sim	2	Preservativo
M5	M - 17	-	Não	-	-	-	-
M6	M - 16	-	Sim	12	Sim	Mais de 10	Preservativo
M7	M - 16	-	Não	-	-	-	-
M8	M - 17	-	Não	-	-	-	-
M9	M - 16	-	Não	-	-	-	-
M10	M - 17	-	Sim	14	Sim	3	Preservativo e contraceptivo oral (parceira)
M11	M - 17	-	Não	-	-	-	-

F1	F - 17	10	Sim	13	Sim	Mais de 10	Preservativo
F2	F - 17	10	Sim	13	Sim	2	Preservativo
F3	F - 16	13	Sim	15	Sim	1	Contraceptivo injetável e preservativo
F4	F - 16	12	Sim	15	Sim	1	Contraceptivo oral
F5	F - 16	12	Sim	16	Sim	1	Preservativo ou pílula do dia seguinte
F6	F - 16	13	Sim	16	Sim	1	Preservativo
F7	F - 16	12	Não	-	-	-	-
F8	F - 16	12	Não	-	-	-	-
F9	F - 17	11	Sim	14	Sim	3	Preservativo

4.2 Vivências no campo: cotidiano escolar e saúde do adolescente

Desde os primeiros contatos com os profissionais da escola onde desenvolvemos este estudo, percebemos uma grande preocupação com as questões relacionadas à saúde do adolescente. Além da pressão por parte de outros órgãos governamentais para que esta preocupação exista entre os profissionais da escola, ficou claro o empenho pessoal de alguns personagens escolares, no sentido de atender a esta demanda.

O diretor da escola prontamente concordou com a realização do estudo, não somente pelo compromisso de fomentar a produção do conhecimento, mas, principalmente, pela possibilidade de ter uma enfermeira frequentemente na escola. Tanto ele quanto a orientadora escolar demonstraram alegria em receber um profissional de saúde na escola.

Consideramos importante esclarecer que a orientadora escolar é a pessoa de referência para tratar de assuntos relacionados à saúde dos estudantes. É também referência para outros temas que necessitem da intermediação da escola com a família ou outros setores da sociedade.

Logo de início, ainda no momento de apresentação ao diretor e à vice-diretora da escola, levamos a eles a temática da gravidez na adolescência e eles nos contaram que não havia muitas meninas grávidas na escola, pois, quando engravidavam, logo saíam da escola e os profissionais não tinham um acompanhamento de notícias sobre essas adolescentes. A evasão escolar em associação com a gravidez na adolescência já foi apontada pela literatura. Estudo realizado no município de São Paulo verificou evasão escolar de 67,3% entre adolescentes grávidas (CHALEM et al, 2007).

Outro ponto importante que levantaram foi o fato de algumas meninas ainda serem obrigadas por suas famílias a se casarem quando ficam grávidas, havendo casos de meninas menores de 13 anos que passaram por isso.

Apesar desses relatos, um dos participantes informais foi enfático em afirmar que a gravidez na adolescência não é o maior problema, visto que as adolescentes grávidas em geral sofrem o processo de evasão escolar, como discutido acima. Ele identifica o consumo e tráfico de drogas como maior problema:

“A droga está dentro da escola, a droga não está mais do portão pra fora, agora a droga está aqui dentro”. (I1)

Após isso, ouvimos relatos de apreensão de entorpecentes dentro da escola. Houve um dia em que uma participante nos mostrou as “paradinhas de maconha” que apreendeu de um adolescente, o qual alegou precisar vender a droga para pagar dívida com traficante. Ela também nos contou que, por vezes, precisava acionar a polícia para resolver situações com drogas ou brigas de alunos no ambiente escolar. Questionamos sobre a convocação das famílias e ela explicou que isso não adiantava, pois, em alguns casos mais complicados, a família até tinha ciência, mas não conseguia resolver:

“Eles abrem mão”. (I2)

Foi verificado no Brasil, entre estudantes do nono ano participantes da PENSE 2015, prevalência de uso do tabaco de 5,6%; de uso do álcool de 23,8%; e da experimentação de drogas pelo menos uma vez na vida de 9,0% (IBGE, 2016; MALTA et al, 2018). Segundo Ristum (2010), o tráfico de drogas encontra na escola um ambiente propício para o consumo de drogas e aliciamento de crianças e adolescentes para o tráfico, especialmente em escolas públicas.

A escola tem um espaço amplo e, além do pátio onde os estudantes podem conviver, há uma área com árvores atrás das salas de aulas, espaço utilizado em alguns momentos para atividades recreativas (jogo de xadrez), mas que, em outros, serve de ambiente para o envolvimento dos adolescentes com atividades impróprias, como uso de drogas e namoro. Chegamos a presenciar alunos ociosos sentados ao pé das árvores, ou mesmo subindo nos troncos, em horários de aula vagos por falta de professor.

Observamos também que a manutenção do estudante dentro da sala de aula é uma preocupação importante dos profissionais da escola e o inspetor tem papel fundamental nisso, uma vez que é o responsável por encaminhá-los para sala de aula e fiscalizá-los quando estiverem em outros ambientes da escola.

Não raro, presenciamos que ele circulava pela escola com o objetivo de desfazer aglomerados fora de sala, em horário de aula. Houve um episódio em que ele flagrou e conduziu à direção um casal de adolescentes que namorava atrás da quadra esportiva. Em situações assim, as providências geralmente são orientações e convocação das famílias, entretanto, para os adolescentes em geral, não observamos uma participação frequente da família na escola.

A região onde se localiza nosso campo de estudo possui altos índices de criminalidade e, próximo a ele, temos um campo de futebol e uma importante Unidade Básica de Saúde (UBS). Certo dia, antes de nos dirigirmos à escola para coleta de dados, passamos na UBS para tratar de assuntos profissionais e lá ficamos sabendo que havia acontecido um tiroteio algumas horas antes neste campo de futebol. Imaginamos que chegaríamos na escola e encontraríamos algum tipo de comoção em torno deste fato, mas, para nossa surpresa a rotina transcorria normalmente. Em conversa com um participante, ele nos relatou que esses fatos são comuns na região e que, inclusive, a escola sofre com frequentes atos de vandalismo:

“A comunidade não valoriza a escola, roubam até centrais de ar e janelas de blindex”. (I3)

Segundo Ristum (2010), depredações, arrombamentos e roubos no ambiente escolar configuram-se como casos de violência contra a escola e costumam acontecer com maior frequência aos finais de semana.

Certa vez, perguntamos ao inspetor dados sobre números de turmas de cada ano e ele nos explicou que tentavam não deixar as turmas muito grandes, para manter o controle sobre os estudantes. Essa preocupação também foi relatada pela orientadora escolar, a qual nos esclareceu que determinados alunos apresentavam maior dificuldade em manterem comportamento adequado.

Importante dizer que nossas vivências no campo aconteciam sempre à tarde, visto que, na época, os adolescentes em séries regulares elegíveis para nossa pesquisa estudavam no período vespertino.

Além dos estudantes em séries regulares, no período da tarde também tivemos contato com alunos participantes de um projeto de recuperação escolar, os quais tinham idades variadas e históricos de comportamentos inadequados e delinquentes, incluindo prática de roubo e tráfico de drogas, associados a muitas reprovações e até expulsão escolar.

Esses alunos, na tentativa de promover a recuperação escolar como já dissemos, eram organizados em turmas pequenas e não possuíam uma série específica, pois, na prática, eram trabalhados todos os conteúdos referentes ao Ensino Fundamental com o objetivo de torná-los aptos ao Ensino Médio. O projeto finalizou no final do ano de 2018, com a expectativa de que todos progrediriam ao Ensino Médio. Embora não estivessem entre os participantes elegíveis para esta pesquisa, esses estudantes também participaram de atividades que desenvolvemos na escola para aproximação com os adolescentes e contribuíram muito para nossa compreensão acerca do campo de estudo.

Como dissemos anteriormente, a pessoa de referência na escola para tratar de assuntos relacionados à saúde dos adolescentes, sendo responsável também pelo PSE (BRASIL, 2007) na escola, é a orientadora escolar. De acordo com seus relatos, a maioria das demandas a ela encaminhadas envolvem saúde sexual e reprodutiva.

Com relação à nossa presença e realização da pesquisa, ela se mostrou sempre receptiva e com atitudes colaborativas tanto para ajudar na organização das atividades quanto para recolher termos de consentimentos e lembrar aos adolescentes dos dias em que estaríamos na escola. Também nos cedeu sua sala e, nos momentos em que não pôde estar presente, deixou designado algum profissional da escola para nos auxiliar no que fosse necessário.

Embora a orientadora fosse a referência dos alunos quando eles precisavam de ajuda, ela se queixava da falta de apoio para oferecer esta ajuda aos estudantes,

sobretudo por ausência de ações da UBS do bairro voltadas para essa população. Em conversas informais, ela afirmou ainda que os profissionais até usavam o espaço da escola, mas não para desenvolver atividades com os adolescentes e sim para ações com outros públicos, apenas aproveitando o espaço da escola.

Em virtude da nossa inserção, à época, em ambos os contextos, tanto da escola quanto da UBS, verificamos que os profissionais da saúde se queixavam de sobrecarga de trabalho e pressões divergentes por parte da gestão municipal de saúde que, por um lado, cobrava ações relacionadas ao PSE e, por outro, impunha agendas inflexíveis, exigindo produtividade e, com isso, dificultando ações para além de atendimentos individuais. Por essas razões, os profissionais de saúde apresentavam dificuldade em realizar ações programáticas e sistematizadas voltadas à saúde dos escolares.

Vários autores discutem dificuldades relacionadas à interação entre os profissionais da escola e dos serviços de saúde, bem como obstáculos para implementação do PSE (ALMEIDA et al, 2012; FARIAS et al, 2016; FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010; HORTA; SENA, 2010; PENSO et al, 2013; SILVA; BODSTEIN, 2016).

Em visita à coordenação estadual do PSE, uma participante afirmou que o setor saúde no estado de Rondônia:

“Ainda não vestiu a camisa do PSE”. (I4)

No município de Porto Velho, à época, não havia representante do PSE na Secretaria Municipal de Saúde e, entre outros problemas, ela nos relatou a dificuldade de atender a escolas estaduais em virtude dos serviços de saúde serem municipais, fato frequentemente questionado por gestores municipais. As iniciativas do PSE têm sido de proposição da Secretaria de Educação e não da Secretaria de Saúde, o que, na verdade, deveria emergir do compartilhamento de responsabilidades. A mesma fragmentação acontece com o serviço social e o setor judiciário.

Além disso, a gestão estadual do PSE (SEDUC, 2018) tem dificuldades em realizar supervisão e monitoramento dado o número restrito de profissionais. Assim, até novembro de 2018, Porto Velho, capital e maior cidade do estado, não havia passado ainda por este processo de acompanhamento das ações. Entretanto, a

própria coordenação estadual relatou que as ações do PSE no Estado de Rondônia ainda têm sido organizadas no formato de campanhas.

Voltando à escola, um dos casos relatados pela orientadora, apesar de ser antigo, nos causou grande comoção e envolveu uma adolescente que lhe confidenciou abuso sexual praticado pelo próprio pai. A orientadora, ainda que receosa, fez uma denúncia anônima ao Conselho Tutelar e entrou em contato com a UBS solicitando atendimento para a adolescente. Contudo, após o atendimento, a enfermeira da unidade questionou as medidas tomadas pela orientadora e pela escola, o que causou grande mal-estar e prejudicou a relação, que já não era satisfatória, entre as instituições, aumentando as barreiras e dificuldades.

Após uma segunda denúncia ao Conselho Tutelar, a adolescente foi retirada do pai e entregue aos cuidados da mãe, mas novamente sofreu abuso, agora do padrasto. Diante disso, ela relatou à orientadora ter voltado para casa do pai porque preferia ser abusada por ele do que pelo padrasto, já que o pai somente a abusava quando estava alcoolizado.

De acordo com Hora e Paiva (2017), para o enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes é fundamental a articulação intersetorial que garanta integralidade da proteção social às vítimas, principalmente entre serviços de saúde pública, sistema educacional e Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Entretanto, o mesmo texto aponta ainda não haver uma articulação sistemática entre esses setores, de modo que as ações realizadas são pontuais e fragmentadas.

Por receber pedidos de ajuda com maior frequência relacionados a questões ginecológicas e suspeitas de gravidez, a orientadora solicitou que nossas atividades de aproximação abordassem essas questões e, após algumas reuniões e discussões, decidimos em conjunto que o início das abordagens contemplaria aspectos anatomofisiológicos, prevenção de gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis.

Fechados os acordos a respeito de como seria nossa permanência no campo, voltamos a falar com a vice-diretora, responsável pelo período vespertino, e ela mais uma vez se mostrou receptiva, embora preocupada com a distribuição de preservativos, esclarecendo que tal atitude seria um risco, visto que algumas mães, segundo ela, eram “puritanas” e poderiam ir até a escola reclamar do fato. Com isso, ficou também combinado que, caso adolescentes solicitassem preservativos, deveriam retirá-los diretamente com a orientadora.

Autores já demonstraram que a temática da sexualidade ainda é envolta por crenças e tabus que podem estar relacionados com concepções e práticas que não contribuem para a promoção da saúde (SOUZA; FERNANDES; BARROSO, 2006; VASCONCELOS et al, 2016).

Realizamos inicialmente oito atividades de educação em saúde com diferentes adolescentes, exclusivamente para aproximação e observação participante. Após, também visitamos as turmas, no intuito de divulgar a pesquisa e esclarecer objetivos, perguntas que seriam feitas e condições nas quais seriam realizadas as entrevistas.

Em todos os momentos, os adolescentes mostraram-se muito interessados nas questões que discutíamos, mesmo os que já apresentavam vida sexual ativa, tanto meninas quanto meninos. Embora não estivessem habituados a discutir saúde sexual e reprodutiva na escola e demonstrarem, em todas as ocasiões, timidez e certo constrangimento, ao longo dos contatos eles compartilhavam situações e dúvidas. Apesar das atividades terem ocorrido com os adolescentes em conjunto, sempre deixamos aberta a possibilidade de conversas individuais, caso desejassem, o que aconteceu algumas vezes.

O que mais nos chamou atenção nesses contatos foram as dúvidas a respeito de questões básicas de anatomia e fisiologia humana. Outro ponto que se destacou foi uma conversa com umas das turmas do segundo ano (estudantes de 16 e 17 anos), após um grupo de cinco meninos ter nos procurado para saber o que precisavam fazer para estudar enfermagem. Um deles nos disse que gostaria de fazer primeiramente o curso técnico de enfermagem, para se inserir mais rapidamente no mercado de trabalho, e futuramente cursar nível Superior. Eles fizeram perguntas sobre a Universidade Federal de Rondônia, os cursos, horários de aulas, demonstrando interesse pela continuidade dos estudos e por uma formação profissional.

Em uma das ocasiões em que estivemos em uma das salas de aula conversando com os adolescentes pudemos contar com a participação de uma adolescente de 16 anos, grávida, que havíamos atendido juntamente com alunos durante uma atividade de ensino prático na UBS da localidade, para realização de pré-natal. No entanto, após alguns dias não a vimos novamente na escola e ela não retornou até o final do ano, caracterizando-se evasão escolar (CHALEM et al, 2007)

Ao longo de toda a nossa permanência no campo, sempre tivemos boa receptividade por parte dos alunos e profissionais, que nos reconheciam e

perguntavam quando realizaríamos novas atividades de discussão com os adolescentes. Alguns estudantes, inclusive, nos pararam no pátio para dizer que gostariam de participar da pesquisa.

Certo dia, uma das professoras da escola nos encontrou em um ambiente externo ao campo e manifestou grande interesse por outras atividades de educação em saúde, pois, segundo ela, a discussão contribuiu muito para o seu conhecimento. Ela nos contou que sequer sabia da existência da camisinha feminina e relatou satisfação com a metodologia e linguagem que utilizávamos. Outros professores com quem tivemos contato também referiram dificuldades e o sentimento de despreparo para abordar temas relacionados à sexualidade com esse público.

Quando já havíamos concluído as entrevistas individuais, recebemos uma mensagem de um dos participantes referindo que ele e sua namorada desconfiavam de que ela estivesse grávida. Conversamos com ele, fornecemos informações e esclarecemos algumas dúvidas. Após a suspeita ter sido descartada por exame laboratorial, aproveitamos para reforçar algumas informações sobre métodos contraceptivos.

Mesmo após o término da coleta de dados e saída do campo para imersão e análise, continuamos mantendo contato com a orientadora da escola por meio de aplicativo de mensagem. Atualmente, ela ainda nos contata, sempre que tem alguma dúvida ou deseja compartilhar alguma situação vivenciada.

4.3 A gravidez sob o olhar do adolescente

Após o período de vivência no campo e realização das entrevistas, emergiram do processo de análise de dados, como dissemos anteriormente, elementos que compuseram dois temas, os quais serão discutidos juntamente com as categorias que os compõem.

Em síntese, os resultados deste estudo mostram que alguns participantes preferiam conversar com as mães sobre questões relacionadas à atividade sexual e outros não. As mães são as pessoas com quem mais conversavam e se informavam sobre tais questões, mas os amigos também foram citados entre os atores com os quais discutiam questões envolvendo sexualidade. Entre os adolescentes do sexo

masculino, em particular, verificamos a figura paterna informando sobre saúde sexual e reprodutiva, bem como a transmissão dessas informações por meio de panfletos, palestras, aulas na escola, propagandas e programas de televisão. A internet, no entanto, foi pouco citada como fonte de informação.

Quanto aos métodos de prevenção da gravidez, os participantes referiram, principalmente, o uso de preservativos e contraceptivos hormonais (oral e injetável), mas também mencionaram o dispositivo intrauterino (DIU), métodos comportamentais e cirúrgicos. Alguns afirmaram não gostar de usar preservativo, mas nem todos tinham vida sexual ativa.

Além disso, de modo geral, consideravam a gravidez na adolescência algo errado, complicado, que prejudicava os estudos e ocasionava a necessidade de trabalhar e cuidar da criança, apesar da imaturidade. Por esses motivos, associados a dificuldades financeiras, eles acreditavam que a gravidez, embora considerada uma bênção, impunha frequente sobrecarga aos avós.

Neste estudo, também ficou evidente o desejo de concluírem os estudos e desenvolverem-se em diversas profissões, alguns na carreira militar. A estabilidade financeira era um objetivo frequente, assim como a necessidade de obter alguns bens materiais para que, somente então, pudessem ter filhos. Uma adolescente relatou o desejo de não ter filhos.

A seguir, apresentamos um quadro-síntese dos resultados por participante e, após, os temas que emergiram do processo de análise, acompanhados pelos respectivos exemplos e discutidos com base no arcabouço teórico que subsidia os assuntos abordados.

Quadro 5 – Síntese dos resultados obtidos por temas que emergiram das entrevistas semiestruturadas com os participantes do estudo

Participante	Síntese dos resultados das entrevistas	
	Informações para prevenção da gravidez na adolescência*	Repercussões da gravidez na adolescência
M1	Preservativo, contraceptivo oral e fazer sexo quando a mulher não está no período menstrual;	É um absurdo, afeta estudos e projetos de vida; Deseja trabalhar, obter bens materiais e, após, ter filhos.

	Obteve informações com a mãe e em palestra.	
M2	Preservativo, coito interrompido; Obteve informações com o pai.	É uma benção, mas atrapalha os estudos e gera responsabilidades; Deseja dar continuidade aos estudos, seguir carreira militar, obter bens materiais e, só então, constituir uma família.
M3	Preservativo; Obteve informações com amigos.	Interrompe os estudos; Deseja dar continuidade aos estudos.
M4	Preservativo e contraceptivo oral; Obteve informações com a mãe e nas aulas da escola.	Atrapalha os estudos e ocasiona a necessidade de trabalhar; Deseja dar continuidade aos estudos.
M5	Preservativo e contraceptivo oral; Obteve informações nas aulas da escola e em palestras.	Não é bom, atrapalha; Deseja dar continuidade aos estudos.
M6	Preservativos masculino e feminino; Obteve informações com a mãe e em palestras.	Atrapalha muito; Deseja dar continuidade aos estudos e se profissionalizar.
M7	Preservativos masculino, feminino e contraceptivo oral; Obteve informações com a mãe, em panfletos, propagandas de televisão, palestras e aulas da escola.	Sobrecarga para os pais; Deseja dar continuidade aos estudos, seguir carreira militar, obter bens materiais e, somente então, constituir uma família.
M8	Preservativo; Obteve informações com amigos e em propagandas de televisão.	Muito difícil; Deseja dar continuidade aos estudos e trabalhar.
M9	Preservativo; Obteve informações em palestra.	Interrupção dos estudos; deseja dar continuidade aos estudos.

M10	Preservativo, contraceptivo oral e DIU; Obteve informações com os pais e em palestra.	Interrupção dos estudos e necessidade de trabalhar; Deseja dar continuidade aos estudos.
M11	Preservativo, contraceptivo oral, injetável e contracepção cirúrgica; Obteve informações com a mãe, em programas de televisão e propagandas de televisão.	Interrompe os estudos e causa perda de oportunidades; Deseja dar continuidade aos estudos, obter bens materiais e, somente então, ter filhos.
F1	Preservativo; Obteve informações com o namorado e em palestras.	Atrapalha os estudos; Deseja seguir carreira militar.
F2	Preservativo, contraceptivo oral; Obteve informações com a mãe.	Perda da liberdade, gera responsabilidades; Deseja dar continuidade aos estudos e não ter filhos.
F3	Preservativo, contraceptivo oral, injetável e DIU; Obteve informações com a mãe e na internet.	É errado; Deseja dar continuidade aos estudos, ter emprego, não depender de homem e ter bens materiais
F4	Contraceptivo oral e injetável; Obteve informações com a mãe.	Perda de oportunidades; Deseja dar continuidade aos estudos.
F5	Preservativo e contraceptivo oral; Obteve informações com mãe e amigas.	Interrupção dos estudos e necessidade de trabalhar; Deseja dar continuidade aos estudos, entrar para o Exército e constituir uma família quando alcançar boa condição financeira.
F6	Preservativo e contraceptivo oral; Obteve informações com a	É errado; Deseja dar continuidade aos estudos.

	mãe, pastora da igreja e em palestra na escola.	
F7	Preservativo; Obteve informações nas aulas da escola.	Atrapalha e interrompe os estudos; Deseja dar continuidade aos estudos.
F8	Preservativo, contraceptivo oral e injetável; Obteve informações com a mãe, em aulas da escola e palestras.	É complicado; Deseja dar continuidade aos estudos e ter filhos no futuro.
F9	Preservativo, contraceptivo oral, injetável e DIU; Obteve informações com a mãe e em palestras.	Interrupção dos estudos e necessidade de trabalhar; Deseja dar continuidade aos estudos e seguir carreira militar.

*Os métodos apresentados nesta síntese são todos aqueles **citados** pelos participantes. Os métodos que eles de fato **utilizaram** foram apresentados anteriormente, no quadro 4.

Com base nesses aspectos, apresentamos e discutimos o tema “Informações para prevenção da gravidez na adolescência”, por meio das categorias “Conversas”, “Fontes de informação” e “Métodos”. Já o tema “Repercussões da gravidez na adolescência” será apresentado e discutido por meio das categorias “Consequências” e “Futuro”.

Para melhor discussão das categorias presentes em ambos os temas, apresentaremos fragmentos de falas que consideramos mais significativos e representativos do material coletado. Por serem falas originais, optamos por mantê-las da forma como foram enunciadas, inclusive com alguns erros de ortografia, pois entendemos que isso facilitará a aproximação do leitor à realidade vivenciada e manterá a autenticidade e a fidedignidade dos dados obtidos.

4.3.1 Informações para prevenção da gravidez na adolescência

De modo geral, os adolescentes relataram que as informações a que tinham acesso procediam, principalmente, da mãe, das aulas na escola, de palestras, programas e propagandas de televisão. Também mencionaram amigos, pastora da igreja, parceiro sexual, profissional de saúde e o pai, mas a internet foi pouco citada.

Frequentemente, as mães são as principais figuras que fornecem alertas e informações sobre assuntos pertinentes à sexualidade. Quanto aos métodos contraceptivos, preservativo e contraceptivo oral emergiram como os principais, com preferência pelo primeiro, embora alguns participantes tenham afirmado não usar ou não gostar do preservativo.

Quanto aos alertas e informações recebidos por meio de conversas, os participantes nos disseram que algumas mães os alertaram sobre assuntos relacionados à sexualidade, mas também identificamos relatos de mães que nunca o fizeram. Amigos também foram lembrados, e a pastora da igreja e parceiros citados pontualmente como atuantes neste processo. Os pais foram mencionados somente por adolescentes do sexo masculino.

Compreendemos que existe diferença entre alguns alertas presentes em conversas e a obtenção de informação clara e eficaz. Nesse sentido, apresentamos a seguir alguns relatos dos participantes sobre os alertas que receberam, cientes de que nem sempre foram suficientemente claros e ricos em conteúdo para propiciar um conhecimento sobre planejamento reprodutivo ou prevenção de doenças.

As mães foram apontadas como as figuras do convívio que mais conversavam, alertavam e informavam sobre assuntos relacionados à saúde sexual e reprodutiva:

“A gente conversa bastante, eu e minha mãe. A gente é muito aberta uma com a outra, entendeu? Por ela ter tido a relação sexual dela, a primeira vez, bem nova e ter engravidado de mim nova, a gente meio que se entende bastante”. (F-4)

“Minha mãe sempre me falou (...), desde quando eu comecei a ficar um pouco mocinha”. (F-3)

“A minha mãe é bem aberta comigo, ela conversa, ela me explica as coisas (...)”. (F-8)

“Ela fala sempre pra mim andar com segurança, com camisinha e tal”.
(M-11)

“Minha mãe fala, é melhor estudar do que fazer uma criança no mundo. Aí ela fala (...) se você ter relações sexuais, use camisinha. (...) Meu pai é mais do tipo daquelas pessoas antigas (M-7)

Para os participantes, a mãe tem sido o ator com maior preocupação e atuação neste processo de informar os filhos, no intuito de transmitir seus conhecimentos a respeito de saúde sexual e reprodutiva. Esse movimento, segundo a literatura, apresenta pouca participação paterna e costuma ser observado com maior veemência em ambientes periféricos ou suburbanos, ou seja, com características socioeconômicas menos favorecidas. Possivelmente, isso se relaciona com o histórico e as experiências familiares quanto ao significado de vivenciar uma gravidez na adolescência e constituir uma nova família (BRUM; CARRARA, 2012; HARRIS, 2016).

Além disso, o significado cultural que envolve o “ser mãe” na nossa sociedade inclui a responsabilidade acerca do cuidado, educação e orientação dos filhos (TRAVESSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2005; VASCONCELOS et al, 2016). Neste contexto, no âmbito familiar, a mulher torna-se responsável por esclarecer seus filhos adolescentes sobre aspectos da saúde sexual e reprodutiva, especialmente por alertar quanto à possibilidade de gestações indesejadas.

Percebemos o enfrentamento dos significados que permeiam o diálogo sobre sexualidade e reprodução, sobretudo com adolescentes do sexo feminino, o que fica explícito nas falas que denotam uma “relação aberta” entre mãe e filha. O fato de uma adolescente mencionar a experiência sexual da mãe e a primeira gravidez em idade apontada como “nova” demonstra uma preocupação a partir do exemplo familiar, não somente no que se refere ao evento em si, mas também com as implicações que ele trouxe para vida de mãe e filha, marcada por dificuldades. Os adolescentes do sexo masculino também falaram sobre a importância de suas mães nesses diálogos e, embora não tenham demonstrado a mesma intimidade que as meninas, reforçaram a preocupação materna em informá-los e lembraram-se da figura paterna associando-a a algo antigo que envolve dificuldade de diálogo.

Alguns, entretanto, nos contaram que suas mães nunca forneceram informações a esse respeito. Com isso, outros atores, embora pontualmente, passaram a ocupar espaço neste processo, tais como profissionais, pastor(a) da igreja

e o(a) próprio(a) parceiro(a). A fala relacionada à “palestra” demonstra a diferença entre a informação recebida em casa e os esclarecimentos obtidos nesta ocasião:

“Ela nunca teve uma conversa assim íntima comigo, mas só que quando eu falei pra ela que eu não era mais virgem, aí ela me falou sobre os métodos e da camisinha, só que aí eu fui saber mesmo naquele dia que teve a palestra de vocês (...). A pastora da minha igreja, ela me falou bem direitinho também”. (F-6)

“Não converso com ela [refere-se à mãe], até porque a gente quase não tem tempo, entendeu? Porque eu vou trabalhar (...) de noite eu vou jogar bola, aí a gente nunca tem tempo pra conversar, eu e ela. (...) foi ele [o parceiro] que falou pra usar [preservativo]”. (F-2)

Nessas falas, entendemos não haver uma reprodução do “papel materno” citado anteriormente no sentido de haver empenho para informar os filhos (TRAVESSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2005; VASCONCELOS et al, 2016).

Em uma das situações, as informações, além de transmitidas pela mãe tardiamente, não foram efetivas e o esclarecimento da adolescente somente ocorreu durante uma “palestra”. Já foi verificado em outro estudo brasileiro que os pais não possuem conhecimento adequado para desenvolverem-se no processo de orientação e esclarecimento dos filhos quanto à saúde sexual (QUEIRÓS et al, 2016).

O envolvimento de outros atores neste processo ficou evidente quando uma adolescente, citando a pastora da igreja, demonstrou ser sumariamente importante a todos os adultos que lidam cotidianamente com adolescentes, nos diferentes equipamentos sociais, um olhar voltado aos aspectos do desenvolvimento da sexualidade (PENSO et al, 2013). Neste caso, assim como aconteceu com a participante, é possível que o adolescente, em algum momento, busque por este apoio e, portanto, ele deve estar disponível de alguma forma.

Já a segunda fala apresentada acima revela uma barreira decorrente da escassa convivência com a mãe, associada principalmente a uma divergência de horários entre ambas em virtude da inserção da adolescente no mercado de trabalho, do período de permanência na escola e de algumas outras atividades por ela realizadas no período noturno.

A inserção no trabalho foi incomum entre os adolescentes deste estudo, porém presente na vida de duas participantes do sexo feminino. Tal resultado é compatível com o descrito na literatura, tendo por base um padrão geral de considerável descontinuidade no sistema cultural ocidental, em que não são exigidas

grandes responsabilidades de crianças e adolescentes, tal como ocorre na idade adulta. Nesse aspecto, a aquisição ou imposição de responsabilidades influencia de maneira significativa o desenvolvimento do adolescente (BECKER, 2017).

Nas duas falas anteriores, observamos que as filhas adolescentes inseridas em outros contextos para além do domiciliar, tais como igreja e trabalho, não estabeleceram com suas mães uma comunicação eficaz sobre aspectos pertinentes à sexualidade. Com uma delas, inclusive, este diálogo aconteceu somente após a primeira relação sexual e, além disso, outra pessoa, a pastora da igreja, soube primeiro que a mãe e desempenhou papel importante para informação e esclarecimentos. A outra fala demonstra que o parceiro possuía algum nível de informação diferente da participante, visto que expressou a necessidade de usarem preservativo, embora não saibamos a qualidade deste conhecimento.

Amigas e amigos também foram lembrados por fornecerem alertas referentes ao ato sexual:

“Minhas amigas foram as primeiras a saber, elas são mais velhas e tal, aí elas me orientaram direitinho (...), elas falaram pra eu falar com a minha mãe (...).” (F-5)

“Os meninos falam que têm que usar camisinha né, pra se prevenir.” (M-8)

Segundo Baptista Neto e Osório (2011), as relações com os amigos pressupõem uma cumplicidade inalcançável nas relações entre pais e filhos porque, embora os pais possam atingir um nível considerável de compreensão para com seus filhos, tendem a não aceitar e a interpretar algumas atitudes como formas de transgressão. Por esse motivo, segundo os mesmos autores, o adolescente busca a compreensão daqueles que vivenciam o mesmo processo, ou seja, outros adolescentes.

A identificação com um grupo é um dos fatores mais importantes no processo de construção da própria identidade do adolescente. No âmbito dos grupos, são vivenciadas diversas situações e, muitas vezes, é possível verificar características desses grupos que coincidem com as próprias necessidades individuais dos adolescentes (OUTEIRAL, 2008). É comum que os adolescentes busquem

semelhantes, ou seja, pessoas da mesma idade, para obter informações sobre aspectos relacionados com a sexualidade (MADLALA et al, 2018).

Apreendemos, nas falas apresentadas, a importância do relacionamento com outros adolescentes, tanto pela identificação nas experiências, sem julgamentos, quanto pelo compartilhamento de informações. Neste caso, a participação de amigos foi importante para impulsionar um processo de comunicação com a mãe acerca da experiência sexual, bem como para incentivar o uso do preservativo nas relações.

Nas falas femininas, não identificamos a participação paterna no processo de aquisição de informações sobre a sexualidade ou saúde reprodutiva. Entretanto, nas falas dos adolescentes do sexo masculino, a figura do pai se fez presente, conversando e alertando sobre essa questão:

“Minha mãe até hoje ainda acha que eu sou o bebezão dela. Meu pai [considera o padrasto como pai] eu converso mais com ele, ele soube [o pai]. Tipo, tudo que acontece, aí eu chego e converso com ele, pra minha mãe é mais difícil conversar sobre isso. Ela fala, meu filho se você tiver relação, use camisinha, essas coisas assim, eles falam bastante”. (M-2)

“Por conselho do meu pai e da minha mãe, conversas, meu pai chegava, falava sobre o assunto, sobre camisinha”. (M-10)

A primeira fala sugere a dificuldade da mãe em reconhecer e aceitar o crescimento do filho. A adolescência é um momento de relevância também para os pais que, ao verem o filho caminhar em direção à idade adulta, podem reavaliar seus próprios valores e atitudes. Além disso, vivenciam o processo de luto devido à perda da condição de adultos jovens, percebendo a própria finitude por meio do amadurecimento dos filhos (BAPTISTA NETO; OSÓRIO, 2011).

O processo de informar aos filhos sobre sexualidade ou saúde reprodutiva ainda é, essencialmente, atribuído à mãe (TRAVESSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2005; VASCONCELOS et al, 2016), com pouca ou quase nenhuma participação paterna (BRUM; CARRARA, 2012; HARRIS, 2016). Em contrapartida, espera-se que o pai, na perspectiva patriarcal, represente a autoridade no lar e exerça a função de protetor e provedor material da família (ALMEIDA; HARDY, 2007; FIGUEROA et al, 2017).

Os referenciais anteriores (ALMEIDA; HARDY, 2007; BRUM; CARRARA, 2012; FIGUEROA et al, 2017; HARRIS, 2016; TRAVESSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2005; VASCONCELOS et al, 2016) podem explicar a dificuldade de algumas mães e pais

em lidar com o processo de informar aos filhos. Da mesma forma, a pequena participação dos pais neste processo, juntamente com a informação de que pelo menos nove adolescentes não possuíam boa convivência com seus pais, nos levam a refletir sobre a presença de algumas barreiras na relação pai-filho, entre os nossos participantes, que impactam diretamente na possibilidade de diálogo.

As falas subsequentes mostram que, apesar de alguns alertas baseados em possíveis consequências, o assunto ainda era evitado, pela crença de haver um momento específico a partir do qual a conversa sobre os assuntos aqui abordados poderia acontecer. Nesse sentido, o relacionamento com os pais e padrasto surge como fator que interfere neste processo de informação. Apesar das dificuldades de comunicação, uma das falas evidenciou a curiosidade e o desejo de obter informações, além da preocupação com a saúde:

“É meio evitado, né? Quando a gente conversa tem que ser só eu e minha mãe, ou eu e meu pai, sozinhos conversando (...). Eles falam pra gente ter cuidado né, pra não engravidar mulher por aí, pra não arranjar mulher cedo, senão quem vai ter que sustentar é eles, porque a gente não trabalha (...)”. (M-6)

“Nunca conversei, nem com meus irmãos (...), eu sou novo né, aí a partir dos dezoito, aí eles [os pais] falam com a gente assim esse nosso papo”. (M-5)

“Com o meu pai não, nunca! Até porque eu falo com ele dificilmente. Já a minha mãe sim, a gente falava sim sobre essas coisas, mas hoje em dia a gente não fala mais, (...) eu não tenho muita intimidade mais com a minha mãe. (...) Com o meu padrasto nem sonhando, porque eu não gosto muito dele e também eu não tenho essas intimidades com ele. (...) Mas, no momento, eu quero, eu tenho curiosidade de saber mais, se cuidar mais, (...) fazer aqueles exames”. (M-1)

Mais uma vez, observamos nas falas os significados associados à comunicação sobre sexualidade e assuntos correlatos. Um importante significado entorno deste processo de comunicação é o de que falar sobre o tema pode incentivar a prática sexual precoce (SOUZA; FERNANDES; BARROSO, 2006). Ressaltamos, entretanto, que a sexualidade é uma característica humana, cujas manifestações surgem desde a infância e questões ligadas a ela influenciam todo o comportamento humano, bem como o processo de construção da própria identidade (BAPTISTA NETO; OSÓRIO, 2011).

Apesar da necessidade de participação de todos os equipamentos sociais (escola, serviços de saúde, igrejas, associações de bairro e etc.) e dos profissionais de saúde e educação, entre outros, o papel dos pais neste processo de educação sexual é considerado de maior importância (CHILD et al, 2015). Como os filhos, de modo geral (neste caso, os adolescentes), costumam reproduzir percepções e valores aprendidos no âmbito familiar, os pais também podem necessitar de algum apoio profissional (CHILD et al, 2015).

Na fala dos adolescentes notamos certa preocupação com a subsistência da família após o nascimento de outra criança. Além de estar associada em maior frequência a aspectos socioeconômicos desfavoráveis, a gravidez na adolescência também mostra-se um fator de perpetuação de pobreza (DEVKOTA et al, 2018; FAISAL-CURY et al, 2017; ISLAM et al, 2017).

Percebemos, além dos significados atribuídos a abordagem da sexualidade dos filhos, a presença de um certo constrangimento, implícito na fala da adolescente que mencionou conversar individualmente com o pai ou com a mãe. Da mesma forma, as características e insatisfações no âmbito das relações familiares interferem diretamente na existência e qualidade do diálogo com o adolescente. Falar sobre a dificuldade financeira que uma gravidez na adolescência traria à família é, possivelmente, mais fácil do que falar da sexualidade em si.

Quanto à obtenção de informação de maneira mais objetiva e específica a respeito de aspectos da puberdade e métodos contraceptivos com vistas à educação em saúde sexual e reprodutiva, os participantes mencionaram atendimento profissional pontual, aulas e palestras na escola também pontuais, programas e propagandas de televisão, além de panfletos. A internet foi citada, mas sem sucesso para obtenção de informação compreensível. Os relatos incluíram informações obtidas diretamente com profissionais:

“Quando eu perdi a minha virgindade eu falei pra minha mãe (...) aí ela falou eu não vou te prender, eu vou te ensinar, aí ela me levou no ginecologista que me ensinou os remédios certinho, me ensinou os métodos contraceptivos.” (F-4)

Percebemos, mais uma vez, o empenho materno na educação sobre saúde sexual e reprodutiva (TRAVESSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2005; VASCONCELOS et al, 2016). Entretanto, o esclarecimento sobre os métodos contraceptivos veio do

profissional ginecologista e, além disso, este atendimento foi procurado somente após a primeira relação sexual.

Outras falas demonstram participação e obtenção de informação em ações de educação em saúde sexual e reprodutiva no ambiente escolar:

“Só na sua palestra mesmo que teve naquele dia lá no auditório [da escola], só! Em outras coisas não, só lá naquele dia mesmo.” (F-1)

“Eu não sou muito de pesquisar sobre essas coisas, mas eu sei [risos] (...) Foi nas aulas da escola, no quinto ano, porque ciências fala muito sobre isso.” (F-7)

“Só no nono ano, que eu estudava o corpo humano, então era bem... entrava também nesse assunto.” (F-8)

“Através de palestra e na escola também”. (M-5)

“Bem... eu fiquei sabendo através de uma palestra que eu tive num colégio lá na zona sul”. (M-9)

“Sim nas aulas de antigamente tinha, em ciências, aí era assim ... o professor falou uma vez”. (M-4)

“Particpei de uma palestra só lá no curso onde eu faço final de semana”. (M-10)

Os participantes deste estudo consideravam a escola um ambiente apropriado para ações relacionadas à promoção da saúde, uma vez que influencia a construção de hábitos, atitudes e representa um espaço de convivência prolongada. A saúde é um tema transversal nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) e a escola palco de importante política pública de saúde, o Programa Saúde na Escola (PSE) (BEZERRA et al, 2017; FERNANDES; ROCHA; SOUZA, 2005; SILVA; BODSTEIN, 2016).

Contudo, o desenvolvimento de ações no âmbito escolar depende de relações intersetoriais, especialmente no que diz respeito ao PSE, e essas relações ainda são muito frágeis no contexto do SUS e dos sistemas educacionais no Brasil. Além de aspectos de gestão que envolvem pactuação e responsabilização de gestores e serviços, não há uma cultura de participação dos profissionais de saúde na escola de maneira contínua; pelo contrário, a atuação desses profissionais na escola costuma ser informativa e prescritiva, ancorada no modelo biomédico. Da mesma forma, os professores apresentam dificuldade de aproximação com o tema transversal “saúde”

(FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010; SENA FILHA; CASTANHA, 2014; SILVA; BODSTEIN, 2016).

Estudo que comparou os resultados das três edições da PENSE verificou diminuição das ações de educação em saúde sobre gravidez na adolescência em escolas públicas. Embora a redução tenha sido discreta, também foi possível observar diminuição no uso do preservativo e maior vulnerabilidade à IST e gravidez na adolescência, o que reforça a importância da manutenção e ampliação das ações para promoção à saúde adolescente (FELISBINO-MENDES et al, 2018).

Como vemos, os adolescentes referiram ações pontuais no formato de palestras ou mesmo durante algumas poucas aulas ao longo do seu histórico escolar. No processo de observação de campo, não notamos a participação dos profissionais da Equipe de Saúde da Família na escola ou a realização de ações continuadas, rotineiras, para abordagem dos temas relacionados à sexualidade. Com isso, no contexto estudado, identificamos os mesmos problemas verificados no contexto nacional (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010; SENA FILHA; CASTANHA, 2014; SILVA; BODSTEIN, 2016).

Outras fontes de informação foram mencionadas:

“Muitas vezes pela internet.” (F-3)

“Na internet eu não entendi nada.” (F-6)

“Na TV sempre tem uma propaganda lá do carnaval, que mostra a camisinha, né (...) também tem programas que falam sobre isso”. (M-11)

“Através de propagandas na televisão (...) no carnaval sempre passa, né”. (M-8)

“Já recebi panfleto dizendo pra se prevenir da gravidez (...). Pessoas falando na televisão (...)”. (M-7)

Segundo Madlala et al (2018), os adolescentes costumam utilizar mídias digitais para obter informações, mas vivenciam um paradoxo: têm, ao mesmo tempo, a oportunidade de obter algumas informações confiáveis e outras nada confiáveis. A busca por esclarecimentos na internet pode ser motivada por vergonha de conversar a esse respeito com os pais, profissionais e outras pessoas, e isso pode comprometer a qualidade da informação, uma vez que as mídias televisivas não oferecem

informações sistematizadas e, além disso, costumam ser bastante diretas a doenças ou datas específicas, como na época do carnaval (SOUSA et al, 2018).

Outro estudo verificou que o uso da “rede social” foi positiva para adolescentes em virtude do acesso a informações compartilhadas, da praticidade no acesso e, também, por permitir contato com alguns profissionais e serviços integrados com a rede social (ARAGÃO et al, 2018). Entretanto, a utilização das mídias digitais deve ser cuidadosa, pelos riscos que envolvem a qualidade e o tipo de conteúdo acessado, principalmente quando há algum tipo de abuso/violência. Com isso, diálogo, supervisão e limites são importantes e devem ser abordados por profissionais de saúde, os quais, sempre que possível, também devem orientar os adolescentes e esclarecer suas dúvidas (EINSESTEIN, 2013).

As mídias (páginas da internet, propagandas e programas de televisão) foram mencionadas como fontes de informações por alguns participantes deste estudo, contudo, pouco enfatizadas. Destacamos nas falas, assim como na literatura, a pontualidade associada a datas comemorativas e a dificuldade em lidar com os conteúdos acessados na internet. A distribuição de panfletos também configura-se em uma estratégia pontual. Nos resultados da pesquisa, incluindo o trabalho de campo como um todo, não percebemos menções a ações longitudinais que envolvessem discussão e reflexão a respeito de questões adolescentes, especialmente ligadas à sexualidade.

Diante desta realidade, emerge a reflexão sobre o suporte que estes adolescentes têm recebido ou não para viverem a sexualidade com autonomia e liberdade, já que os alertas recebidos nem sempre são suficientemente informativos, a comunicação sobre sexualidade permanece um tabu no âmbito da família e a escola não consegue se aliar com a equipe de saúde da família para, em conjunto, empenharem-se de maneira integrada e longitudinal no processo de educação em saúde para os estudantes.

A respeito dos métodos contraceptivos, embora nem todos tivessem vida sexualmente ativa, referiram, principalmente, o uso de preservativo e anticoncepcional oral, mas também mencionaram o injetável, o dispositivo intrauterino (DIU) e a contracepção cirúrgica. Um adolescente citou um método comportamental e outro o coito interrompido. Embora a maioria usasse com maior frequência o preservativo, alguns alegaram não gostar e, por vezes, não utilizar este método:

“Eu sei dos anticoncepcionais, mas eu nunca tomei nenhum tipo de método anticoncepcional, só usei a camisinha mesmo” (F-1)

“Eu sei que tem que usar camisinha, né”. (F-7)

“Eu uso preservativo e tomo injeção. Mas eu conheço, tipo, o DIU, tem o DIU, aquelas piulas, que a gente tem que tomar”. (F-3)

“Eu só sei que tem que usar camisinha né, pra ter relações sexuais e tomar remédio certinho, assim ... se precisar”. (F-5)

“Eu sei que tem anticoncepcionais, eu sei que tem a camisinha também e vários métodos que dá pra prevenir gravidez”. (F-8)

“Camisinha, anticoncepcional, mas eu só uso camisinha”. (F-6)

“A gente tem que usar contraceptivos, que é remédio, que é injeção, e tem aquela que é de mês em mês, tem aquela que é de três meses, tem vários tipos de contraceptivos que a gente pode usar (...)”. (F-4)

“Camisinha, tem a camisinha feminina, remédio de gravidez”. (M-7)

Molina et al (2015) verificaram, entre adolescentes, o costume de citar e utilizar com maior frequência preservativo e contraceptivos hormonais (oral e injetável), bem como dupla proteção nas meninas, tal como também observamos no relato de uma das nossas participantes.

Da mesma forma, dados da PENSE 2015 mostram que o preservativo foi utilizado (na última relação sexual, antes da coleta de dados) por 66,2% dos adolescentes com vida sexualmente ativa; a pílula anticoncepcional por 61,5%; e o anticoncepcional injetável por 6,8%, sendo que poucos adotaram a dupla proteção nas práticas sexuais (IBGE, 2016).

Apesar dos participantes deste estudo apontarem os métodos que utilizam ou utilizariam, observamos, durante a permanência no campo, diversas dúvidas e equívocos. Identificamos que os adolescentes conheciam tais métodos apenas superficialmente, o que comprova a necessidade de ações de educação em saúde que promovam o efetivo conhecimento a respeito de todos os métodos contraceptivos e estimulem a dupla proteção, ou seja, a associação do preservativo a outro método.

Entre os adolescentes do nosso estudo, identificamos relatos de não gostar de usar o preservativo, abandono desse método por confiança no parceiro e, também, desconfiança em relação à sua efetividade:

“A camisinha eu não gosto de usar não, o meu ex-namorado também, ele não gostava, (...) mas eu confiava nele, sabia que ele não tinha nenhuma doença, sabia por que ele me falava, mas nunca pedi exame, nem nada. (...) Aí depois eu descobri que ele me [gestual de chifre com as mãos], aí a gente terminou, (...) já não podia confiar tanto assim (...)”. (F-4)

“Camisinha, piula, essas coisas, também, às vezes, acaba que eu não uso, mas eu tomava piula que tem no posto, só que eu parei de tomar (...). Camisinha eu não uso sempre não, de vez em quando ele tira [a camisinha]” (F-2)

“Métodos anticoncepcionais né, tem a camisinha, a cirurgia que as mulheres fazem também. (...) A camisinha (...) ela não é 100% confiável, mas ela previne contra DST, (...) a gente nunca conhece direito a pessoa, a não ser uma pessoa que você conheça há bastante tempo, mas você ainda vai usar, é claro, porque o medo ainda é grande”. (M-11)

“Eu uso camisinha, ela é boa, mas só que de vez em quando pode dar problema, ela pode tá furada, aí é problema, na hora de usar é meio complicado, pode ser que puxe e a gente não perceba”. (M -4)

“É só a camisinha que eu conheço (...). A camisinha pra mim é essencial né, na relação sexual, apesar de eu não usar muito. (...) É boa (...), como a gente sabe, mas, na verdade, tem algumas vezes que não dá aquele certo prazer na hora da relação, (...) incomoda um pouco na hora”. (M-6)

“Eu me previno, só que é só camisinha, mas eu não gosto de usar camisinha não, gosto não (...), as outras três meninas que eu tive relação eu também fui o primeiro homem delas, entendeu? Então eu sempre tomava cuidado (...) vai muito da consciência do cara né, quando ele tá tipo, na hora lá, aí na hora que vem, entendeu? Aí tipo, tira. Mas, mesmo assim, se o cara não for consciente, só tirou, aí tipo, como se fala, ejaculou, aí se for colocar, tipo, logo, aí engravida, porque a senhora sabe, tem 1% de chance de engravidar, então tem que limpar, entendeu?” (M-2)

“A pessoa deve usar camisinha, deve usar anticoncepcional, mas se não quiser usar, uma que é bem assim, como eu posso dizer... bem popular, que as pessoas diz, é só fazer sexo quando a mulher não está no período menstrual, que aí não engravida, é isso”. (M-1)

A não adesão ao preservativo tem sido observada também em inquéritos nacionais e relaciona-se a alguns fatores principais: descrédito no método, sensação de invulnerabilidade frente à IST e gravidez, menor sensação prazerosa, discordância do parceiro e personalidade contestadora (FELISBINO-MENDES et al, 2018). Outro estudo verificou a utilização do preservativo associada a maiores índices de

escolaridade e acesso à informação sobre sexualidade na escola e com os pais (NUNES et al, 2017).

Da mesma forma, observamos com nossos participantes durante a permanência no campo incipientes atividades de promoção à saúde do adolescente no ambiente escolar e ausência de discussões e reflexões sobre os métodos e, especialmente, sobre o preservativo. Não há o costume de discussão sobre sexualidade na escola e demais ambientes frequentados pelos adolescentes, o que tem favorecido o desconhecimento e equívocos envolvendo os métodos, além de comportamentos que geram maior vulnerabilidade às IST e à gravidez na adolescência, tais como não utilização do preservativo, coito interrompido e outros métodos comportamentais.

Também tomamos conhecimento, com as falas, da submissão das adolescentes do sexo feminino à vontade de seu parceiro ou confiança injustificada na figura masculina, provavelmente por pressão das relações de gênero ou por uma possível idealização da figura do parceiro. Um deles relatou ter sido o primeiro a ter relações sexuais com suas três parceiras anteriores e, por isso, não identificava motivo para se preocupar.

A confiança por parte do adolescente masculino na parceira do sexo feminino também foi mencionada como possível causa para o abandono do preservativo. Ao nosso ver, os adolescentes demonstraram a necessidade de discussão e compreensão dos significados atribuídos nas relações de gênero, bem como do contexto dos relacionamentos por eles estabelecidos.

4.3.2 Repercussões da gravidez na adolescência

De maneira geral, os adolescentes consideravam que engravidar e ter filhos na adolescência traz dificuldades, interrompe os estudos, compromete planos futuros e gera a necessidade de trabalhar. Ao contrário, desejavam estudar, seguir uma carreira e conquistar estabilidade financeira e independência para, somente então, terem filhos.

Primeiramente, no que se refere às repercussões propriamente ditas da gravidez na adolescência, os participantes atribuíam a este fenômeno o significado de algo errado, complicado, que prejudica os estudos e leva a perdas de oportunidades.

Em contrapartida, consideravam a gravidez uma benção, algo muito bom, mas que exige planejamento, ocasiona a necessidade de trabalhar e cuidar de uma criança e da família, bem como a perda da liberdade. Para alguns, era algo muito difícil, podendo haver, inclusive, uma impossibilidade de criar o filho. Notamos ênfase das consequências sobre a mãe adolescente, tal como revelam os trechos a seguir:

“Eu acho isso muito errado (...), eu acho que a pessoa tem que se cuidar mais, entendeu? Se prevenir. Ainda mais uma moça, uma moça tem tudo pela frente, não é verdade?”. (F-3)

“Eu acho que é errado (...). Se eu tivesse um filho agora, ia ser estranho, (...) muitas pessoas iam julgar, falar, (...) eu prefiro não ter (...). Se bem que filho nunca vai parar de interferir na gente de prosseguir nossa vida, mas, na minha opinião, eu prefiro não ter”. (F-6)

“Eu acho que é plena falta de consciência, porque as pessoas acabam fazendo filho meio que por descuido, porque elas sabem, como a gente vive em condições precárias, elas sabem que um filho vai acabar prejudicando qualquer renda dos familiares, (...) acaba que meio que destruindo a vida da pessoa e ela fica mal reconhecida, as pessoas falam mal, fica malvista [ênfase espontânea no feminino] (...).” (M-11)

“Ah... eu não gosto não, não concordo com isso não, eu acho que é falta de cuidado das pessoas ter filho na adolescência assim, porque não tem estrutura pra criar filho (...).” (M-6)

“Um absurdo! (...) Como uma pessoa dessa idade vai querer fazer essas coisas e já engravidar? (...) A pessoa não tem mentalidade pra usar pelo menos uma camisinha (...)? Pra mim, é abominável isso, ter uma gravidez na adolescência não é legal, Minha mãe não ia concordar também”. (M-1)

Na literatura, também encontramos importante componente sociocultural de responsabilização direcionada à adolescente do sexo feminino. Da mesma forma, as falas revelam o quanto a gravidez é considerada inadequada, estranha para a adolescência em algumas culturas, atribuindo para àqueles que têm filhos nesta fase da vida um descuido e falta de mentalidade. Todos esses fatores associam-se a um demasiado julgamento pela família e sociedade (ANJOS et al, 2012; EDIN et al, 2016; GONÇALVES; KNAUTH, 2006; NINSIIMA et al, 2018).

Segundo Geertz (2017), o pensamento humano é essencialmente uma atividade social, tanto na sua origem quanto na sua aplicação. Portanto, faz parte do processo de vida e manutenção dos povos, é produto dos valores e concepções

repassados no âmbito das famílias e comunidades e traduz certa generalidade do que é pensado sobre algo.

Percebemos, entre os participantes do nosso estudo, a reprodução de significados atribuídos culturalmente à gravidez como um evento indesejado para a adolescência. Mais do que isso, com consequências negativas que incidem especialmente sobre a mãe adolescente e que resultam na interrupção do processo normal da adolescência, caracterizado por poucas responsabilidades e muitas oportunidades, além de ser esta a idade de aproveitar a vida. As falas também denotam uma preocupação com a subsistência após o nascimento de uma criança. Tais concepções podem influenciar as atitudes adolescentes em relação às práticas sexuais.

Algumas falas enfatizam interrupção dos estudos, perda de oportunidades, dificuldades e outros projetos para o futuro:

“(...) eu não ia ter que pensar só em mim, (...) todas as minhas escolhas, todas as minhas atitudes, eu ia ter que encaixar a criança (...) se eu engravidar, tipo, na adolescência, ou engravidar cedo, antes de concluir isso [refere-se aos seus planos], eu não vou ter totalmente aquelas oportunidades que eu teria (...) se eu não tivesse o filho”. (F-4)

“Eu acho que ia afetar muito porque tem um certo período (...) depois que ela ganha neném, ela deixa de ter os estudos dela”. (F-1)

“Pra mim, prejudica os estudos (...), não é muito legal né, engravidar e parar de estudar (...) desistir dos estudos por causa disso não é legal”. (F-5)

“E ela não consegue ter um futuro porque o mundo está cheio de oportunidades e a pessoa não consegue”. (M-11)

“Ah, eu ia perder minha liberdade, eu ainda sou bem nova (...), eu ia perder tudo, ia me responsabilizar por uma coisa, eu cuidar de uma criança? Não! Isso não tá nos meus planos”. (F-2)

“Minha mãe teve dois filhos antes de mim e teve que dar eles pra outra pessoa (...), até hoje ela não tem como ver eles (...), ela também teve que parar de estudar (...). Por isso, eu acho que atrapalha, porque ela [a adolescente que engravidar] não vai poder fazer muito, não vai poder terminar a escola”. (F-7)

Assim como nossos participantes, alguns autores têm relacionado o nascimento de filhos na adolescência com dificuldades para concluir os estudos, evasão escolar, menor qualificação, obstáculos para inserção no mercado de trabalho

e para obtenção de independência financeira. Tais fatores, conseqüentemente, relacionam-se com dependência da família de origem (BARNET, 2007; DUARTE et al, 2006; FLÓREZ, 2005; HOGA, 2008; MARTINEZ et al., 2012; MOLINA; GONZÁLEZ, 2012; TABORDA et al, 2014).

Outro estudo verificou que adolescentes associaram a gravidez na adolescência como fenômeno com conseqüências negativas e, em contrapartida, consideraram a prevenção da gravidez na adolescência algo positivo (FIEDLER; ARAÚJO; SOUZA, 2015).

Os participantes deste estudo colocaram-se no lugar de um indivíduo que, por ventura, venha a ter um filho na adolescência e analisaram as conseqüências disso para suas próprias vidas, destacando as interrupções de estudos e planos futuros, além da perda de liberdade. Com isso, demonstraram significação negativa em relação às repercussões de uma possível gravidez para suas adolescências.

Um tópico abordado por uma das adolescentes que chamou nossa atenção, apesar de não estar presente em outras falas, foi o da doação de filhos. Ela se lembrou da história familiar em que a mãe não pôde ficar com os filhos e criá-los. O abandono de crianças é um evento que costuma acontecer em contexto de abandono prévio vivenciado pela própria mãe, podendo ser este de ordem social, familiar (incluindo o pai da criança) ou psíquica. As mães que praticam o abandono infantil costumam ser julgadas como “más” (FERNANDES et al, 2011).

Entretanto, neste estudo, a adolescente não interpretava este fato como uma atitude maldosa da mãe, mas entendia sua impossibilidade de permanecer com a criança e realizar os devidos cuidados em virtude do contexto por ela vivenciado na adolescência, que incluiu o abandono do parceiro. O seu próprio nascimento também aconteceu quando a mãe ainda era adolescente e ela reconhecia os fatos ocorridos, as dificuldades enfrentadas, juntamente com os alertas maternos, como um exemplo que não deveria ser seguido.

Nesse sentido, embora as falas demonstrem concepções sobre a necessidade de prover a família, de trabalhar e ter um planejamento e amadurecimento, expressam também que, apesar de tudo, ter filho é uma benção:

“No meu caso, não teria nem como criar o filho agora (...), porque eu não tenho uma renda (...).” (F-8)

“Eu não trabalho, como que eu vou alimentar a criança, como que eu vou sustentar a minha família ali, terrível”. (M-7)

“Muita responsabilidade de trabalhar, tem que trabalhar, aí fica puxado, pra trabalhar tem que sair da escola”. (M-10)

“A gente não tá preparado ainda (...), na adolescência, a gente é criança pra cuidar de criança”. (M-5)

“Filho é benção, mas (...) eu acho que filho tem que ser planejado e a pessoa tem que ter condições boas (...). Pro filho e a sua esposa (...) ou namorada não passar dificuldades, entendeu?”. (M-2)

O exercício da maternidade, como já dissemos, possui significados associados ao cuidado e à educação dos filhos (TRAVESSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2005; VASCONCELOS et al, 2016) e o da paternidade, à provisão material e proteção da família (ALMEIDA; HARDY, 2007; FIGUEROA et al, 2017).

Neste estudo, identificamos uma grande importância atribuída pelos participantes do sexo masculino à responsabilidade pela necessidade de um trabalho, pelo sustento da família e provimento de conforto e estrutura para uma vida em família. Entretanto, uma adolescente também manifestou essas mesmas preocupações. Observamos ainda preocupação em não ser um estorvo para a família de origem, mediante a incapacidade de suprir materialmente o filho ou a nova família.

A paternidade na adolescência é muito associada à vivência sexual e pouco ao planejamento reprodutivo (LUZ; BERNI, 2010). No entanto, de modo contrário a esses resultados, nossos participantes consideravam importante o planejamento para terem filhos somente quando apresentassem condições socioeconômicas compatíveis com as necessidades demandadas por filhos e famílias.

A literatura já identificou que adolescentes do sexo masculino sentem-se despreparados para exercer a paternidade, necessitando de amadurecimento e adaptações diante das novas exigências (JAGER; DIAS, 2015). Corroborando esta concepção, um de nossos adolescentes verbalizou este despreparo, comparando-se a uma criança que, abruptamente, assume a obrigação de cuidar de outra.

Para um dos adolescentes, filhos eram uma benção (divina), fazendo alusão ao sagrado. Segundo Geertz (2017), os símbolos sagrados influenciam altamente aspectos como caráter, disposições morais e visão de mundo e, com base nessas significações, definem-se preferências morais diante da realidade imposta ao sujeito,

ou apoia-se o indivíduo nas provas experimentais a que ele venha a ser submetido. Resumidamente, isso ajusta as ações humanas de acordo com as crenças religiosas.

Entretanto, este mesmo participante mencionou que, apesar da conotação sagrada atribuída a uma gestação, nada justifica ter um filho na ausência de condições para tanto. Em contrapartida, a depender das concepções e dos valores pessoais, o sagrado pode ser um consolo diante do inevitável, quando ele acontece.

Em relação ao futuro, nossos participantes manifestaram o desejo de concluir os estudos do Ensino Médio e prosseguir no nível técnico ou superior, com vistas ao desenvolvimento em carreiras profissionais diversas. Alguns mencionaram o desejo de seguir carreira militar:

“Hoje eu penso em terminar o Ensino Médio e me tornar uma delegada”. (F-4)

“Agora, nos meus pensamentos, é eu fazer curso técnico, que eu vou precisar fazer porque eu quero entrar no Exército, (...) e terminar os estudos. Agora eu vou fazer o segundo e o terceiro ano, depois que eu terminar, que eu tiver feito meus cursos, aí sim eu vou entrar no Exército, (...) ir em busca daquilo que eu sempre sonhei”. (F-1)

“Meu plano pro futuro é terminar meus estudos, fazer uma faculdade, entendeu? Ter meu bom emprego, meu próprio trabalho, não depender de homem nunca, ter minhas coisas, minha casa, meu carro, entendeu? Assim, é o que eu penso pro meu futuro. Tomara que dê certo”. (F-3)

“Eu tenho meu sonho que é terminar meus estudos e servir às Forças Armadas”. (M-2)

“Completar os estudos, fazer Universidade, ter um bom emprego, (...) seguir carreira militar, trabalhar na Aeronáutica”. (M-7)

Zappe et al (2013) verificaram que as expectativas positivas em relação ao futuro costumam ser um fator de proteção na adolescência. O contexto sociocultural, especialmente relacionado a viver com a família e estar inserido na escola, é crucial para o desenvolvimento saudável de adolescentes. Da mesma forma, os pais exercem importante influência neste processo, contribuindo para definição de padrões normativos, interesses, valores e objetivos, mas, também, por servirem de modelo (ZAPPE et al, 2013).

Outro estudo (MIURA; TARDIVO; BARRIENTOS, 2018), realizado com mães adolescentes, constatou os sentimentos de não gostar da escola e não gostar de

estudar. As lembranças das participantes em relação ao ambiente escolar enfatizavam os momentos de transgressões, tais como “bagunças” e brigas, de modo que elas não reconheciam a escola como ambiente de oportunidades, onde poderiam elaborar expectativas e projetos. Seus planos em relação ao futuro resumiam-se em concluir o Ensino Médio e matricular o filho em uma creche para poderem trabalhar. As atividades almejadas exigiam pouca qualificação e o exercício remunerado teria o objetivo de satisfazer necessidades imediatas, ou seja, garantir a subsistência (MIURA; TARDIVO; BARRIENTOS, 2018).

Em contrapartida, estudo africano realizado com adolescentes do sexo feminino nunca grávidas identificou que, além dos fatores comunicação entre mãe e filha sobre sexualidade e educação sexual na escola, a existência de projetos de vida, ou seja, objetivos futuros a serem alcançados, foi um fator que impulsionou a utilização de medidas de prevenção da gravidez na adolescência entre as participantes (KRUGU et al, 2016).

Na fala de uma das nossas participantes, está evidente o desejo de adquirir independência financeira nas possíveis relações conjugais e famílias que possa vir a constituir. A busca da mulher por satisfação pessoal e sucesso profissional influencia sobremaneira a organização familiar e as características das relações neste contexto, principalmente no que diz respeito à sua autonomia em relação ao homem e ao compartilhamento de tarefas (SIMÕES; HASHIMOTO, 2012)

Notamos que os participantes tinham planos, projetos, desejo de independência e sonhos para o futuro que exigiam dedicação e empenho aos estudos no momento da vida em que se encontravam. Entretanto, suas falas também expressam o desejo de ter filhos no futuro e constituir uma família quando as condições socioeconômicas forem favoráveis:

“Depois que eu estiver bem estável mesmo, com uma vida financeira boa, que dê de mim ter filhos e ter minha vida, eu quero ter filho e seguir minha vida né”. (F-5)

“Não é só trabalho, pensar assim, nos bens materiais, bens materiais não é tudo, porque, pra mim, a família é tudo, sem família o cara não é nada”. (M-2)

“Quando eu tiver bem estabilizado, aí eu vou poder ter lá um carro, moto, tudo, aí eu quero que os meus filhos, eles tenham, eles nasçam com essa boa condição, que eles peguem isso de exemplo pra eles mesmos. (...) Ter uma família é uma coisa muito linda, porque você vai

ter pessoas, ter mais pessoas pra conversar, vai ter filhos que vão te dar orgulho". (M-11)

"Quando tiver trinta ou quarenta anos e tiver tudo lá, carro, carrinho de bebê, pronto, aí é só tu ter uma (...) alguém na vida, uma companheira". (M-7)

"Eu tenho vontade de ter um filho ou uma filha, mas, mais pra frente, bem mais pra frente, quando eu tiver estabelecido, meu emprego, meu carro, minha casa, casamento". (M-1)

Já foi verificado que adultos jovens têm apresentado maior foco em formação profissional e independência financeira, deixando o casamento e a parentalidade para momentos vindouros em suas vidas. Muitas vezes, eles prolongam o tempo de permanência na casa dos pais e, com isso, mantêm também a dependência financeira, no intuito de se dedicarem às suas formações (FIORINI; MOREÍ; BARDAGI, 2017).

Outro ponto importante demonstrado em algumas falas é o de que são necessários alguns bens materiais antes de planejar o nascimento de um filho, o que se associa com a obtenção de determinadas condições socioeconômicas. Outro estudo demonstrou que níveis de materialismo entre adolescentes estão inversamente relacionados com a satisfação diante da própria vida, envolvendo especialmente família e escola, mas também sofrendo influências culturais (PALHARES et al, 2018).

Portanto, estes adolescentes consideram importante ter filhos ou uma família no futuro, mas, para tanto, entendem que precisam completar o processo da adolescência com individuação e independência financeira, colocando em prática seus projetos de vida. Além disso, a preferência por alguns bens materiais mostra-se relacionada com as realidades que vivenciam, lembrando que são adolescentes em contexto de precárias condições socioeconômicas.

Contudo, uma adolescente relatou o desejo de não ter filhos:

"Eu não quero ter filhos não, quero morrer sem". (F-2)

Como temos visto neste trabalho, existe uma teia de sentidos culturalmente desenhados em torno do "ser mulher-mãe", que definem papéis e o lugar de mulheres

e mães no mundo (TRAVESSO-YÉPEZ; PINHEIRO, 2005; VASCONCELOS et al, 2016).

A contemporaneidade trouxe para a mulher novos papéis, ao mesmo tempo em que preservou os antigos. Nesse sentido, para ser uma mulher completa, deve-se exercer os papéis tradicionais, especialmente ligados à maternidade, e a eles acrescentar a realização profissional (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2012). Entretanto, cada vez mais as mulheres discutem e questionam tais significações e passam a priorizar sua própria realização pessoal. Para tanto, buscam cada vez mais independência e individualidade, fazendo escolhas livremente, que podem ou não incluir relacionamentos e filhos. A escolha por não ter filhos pode ser multideterminada, ou seja, apresentar diferentes razões (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2012).

Mulheres que decidem não ter filhos vivenciam um processo de negação dos fatores de identificação cultural associados à feminilidade, compondo suas próprias identidades a partir de novas significações. Juntamente com isso, ocorre um processo de desconstrução das concepções tradicionais de maternidade (PATIAS; BUAES, 2012).

Esta participante, além de não desejar ser mãe, mencionou outros objetivos para realização pessoal, o que vem sendo verificado na literatura, como demonstrado acima. O histórico de vida desta adolescente é marcado por negligência materna, cuidados dos irmãos mais novos e revolta em relação à mãe.

Além disso, a adolescente somente conseguiu sair deste contexto familiar de origem por meio do casamento. Ela, espontaneamente, utilizava essas vivências relacionadas à sua família de origem para justificar o desejo de não ter filhos. Portanto, este processo de escolhas e definição da identidade como mulher é resultante de diferentes experiências, concepções e desejos.

Por fim, os participantes deste estudo demonstram reproduzir algumas teias de significados presentes em seu contexto cultural, especialmente no âmbito da família e da escola. Ademais, acrescentaram percepções, anseios e desejos individuais relacionados às suas histórias de vida que definem experiências diferentes e um desejo comum de obter independência financeira e melhores condições de vida.

5. *Considerações Finais*

Assim que chegamos à escola que viria a se tornar nosso campo de estudo tomamos conhecimento da realidade de uma escola pública localizada em uma região com desafios socioeconômicos bastante relevantes. Encontramos profissionais que lidavam diariamente com dificuldades do processo de trabalho do ensino público, tais como superlotação de salas de aulas, evasão escolar, falta de professores, situações de violência, entre outras.

Paralelamente, outros problemas do cotidiano também interferiam na rotina escolar, sobretudo situações de violência (especialmente violência sexual e drogas), questões de saúde sexual e apoio precário de outros setores (setor saúde e da própria gestão de educação e saúde), tal como nos contaram na época alguns profissionais.

Também tomamos conhecimento de que ali, naquela instituição e neste preocupante contexto, havia uma equipe de profissionais comprometidos e empenhados com a educação dos estudantes (crianças, adolescentes e adultos). Eles aceitaram nossa presença no campo imediatamente e colocaram-se totalmente à disposição para colaborar com a nossa pesquisa, em virtude da carência de atividades desenvolvidas naquele ambiente escolar especificamente para a promoção da saúde dos estudantes.

Portanto, ao ingressarmos no campo e recebermos a permissão destes atores para realização desta pesquisa, assumimos o compromisso de responder positivamente às suas expectativas. Somamos a isto, o fato de algumas vivências no decorrer deste estudo terem suscitado sentimentos antigos, bem como a identificação pessoal com determinados aspectos da realidade investigada, o que fortaleceu o nosso sentimento de responsabilidade para com a instituição e seus integrantes.

Diante dessas situações e do panorama anteriormente descrito quando abordamos o cotidiano escolar, consideramos serem três as esferas em que devemos atuar: a da formação dos enfermeiros na nossa instituição; a da nossa participação, enquanto representantes da UNIR, no âmbito escolar; e a da nossa atuação com a Equipe de Saúde da Família da área de cobertura da escola.

Em um primeiro momento, consideramos fundamental apresentar à comunidade escolar, à Equipe de Saúde da Família e aos órgãos gestores os resultados aqui encontrados e, após, discutir em conjunto com esses atores as necessidades dos adolescentes. Feito isso, na medida do possível a alguém que ocupa um cargo de docente na UNIR, desejamos buscar parcerias que promovam o atendimento dessas necessidades.

No âmbito da formação dos enfermeiros, consideramos que o cuidado do adolescente tem sido pouco abordado na graduação em Enfermagem da UNIR. Embora tais conteúdos estejam previstos na matriz curricular juntamente com os conteúdos de Saúde da Criança, em uma disciplina denominada “Enfermagem em Saúde da Criança e Adolescente” (UNIR, 2015), empiricamente temos observado maior foco sobre as questões de saúde na infância. Além disso, ainda que o PSE seja frequentemente abordado em estudos, os acadêmicos não participam de atividades práticas e vivências relacionadas a esta política.

Assim, primeiramente desejamos assumir participação nesta disciplina, tanto na teoria quanto na prática, levando as questões da saúde do adolescente para discussão, a partir de 2020. Futuramente, na revisão do projeto pedagógico do curso (PPC), em parceria com outros professores, iremos propor a inclusão de uma disciplina específica para tratar da Enfermagem na Saúde do Adolescente, assim como existe para “Enfermagem em Saúde da Mulher” e “Enfermagem em Saúde do Idoso”.

Considerando também o tripé ensino-pesquisa-extensão, desejamos elaborar e implementar um projeto de extensão, também a partir de 2020, em parceria com outros departamentos da UNIR, a princípio, com os de Psicologia, Educação Física e Medicina, envolvendo saúde dos escolares crianças e adolescentes. Esclarecemos que esses três departamentos, juntamente com o de Enfermagem, compõem o Núcleo de Saúde da UNIR, não havendo na Universidade outros cursos de atuação na área da saúde.

Para realização deste projeto, buscaremos as parcerias da escola e da Equipe de Saúde da Família, no intuito de promover a interação dos acadêmicos com esses profissionais e dos profissionais entre si. Acreditamos que uma proposta que envolva discussão dos atores acerca da realidade e das necessidades dos adolescentes pode contribuir para o fortalecimento do PSE.

Além disso, as ações também serão direcionadas para apoiar os professores no desafio de promover a abordagem transversal de questões relacionadas à saúde. Com relação à equipe de saúde da família, pretendemos colaborar com o estabelecimento de uma agenda de atividades que propiciem a integração da equipe com a escola, além de participar das atividades propriamente ditas em conjunto.

Desde a chegada à escola em que foi realizado este estudo, os profissionais deixaram clara a percepção de que o maior problema por eles vivenciado era o

envolvimento dos adolescentes com drogas, sendo este um campo que ainda nos causa grande estranheza. Assim, no intuito de responder à demanda das drogas, ingressamos em um projeto conjunto com docentes do curso de Psicologia da UNIR e temos buscado qualificação e parcerias que permitam uma futura abordagem deste tema na escola. Ademais, já participamos de simpósio na UNIR envolvendo a temática saúde do adolescente e pudemos compartilhar algumas de nossas experiências.

Mesmo após a saída do campo, continuamos mantendo contato com a orientadora escolar e trocamos informações sempre que necessário. Apesar das dificuldades de agenda, já estamos planejando outras ações na escola.

No âmbito da pesquisa, pretendemos dar continuidade aos estudos sobre o adolescente no estado de Rondônia, abordando, daqui por diante, além da saúde sexual e reprodutiva, outras questões de relevância social, tais como violência e uso de substâncias psicoativas.

Assim, com o término deste estudo, o sentimento é de realização por atendermos anseios pessoais e profissionais antigos. Também prevalece grande satisfação por termos sido capazes de responder à pergunta de pesquisa de maneira contundente, de discutir os resultados com o arcabouço teórico existente e de alcançar o objetivo proposto.

Compreendemos que a adolescência é um fenômeno sociocultural que envolve o processo de transição para a vida adulta e tem, como principal função, o estabelecimento da identidade do sujeito. Para alcançar este feito, o adolescente passa pelos lutos característicos desta fase, coloca em prova os valores aprendidos desde a infância, vivencia conflitos (especialmente com os pais), experimenta sensações, busca cada vez mais liberdade e, muitas vezes, corre riscos, na intenção de aproveitar a vida.

Esses acontecimentos, além de culturais, são fortemente influenciados pelas condições de vida e, por isso, acontecem de diferentes maneiras nas diversas camadas sociais, comunidades, regiões e países. Nossos participantes são adolescentes que, apesar de apresentarem condições socioeconômicas desfavoráveis, frequentavam na escola e dispunham de diferentes níveis de apoio familiar.

A sexualidade, inerente ao ser humano, com suas manifestações desde a mais tenra infância, encontra na adolescência o auge do desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Entretanto, falar sobre sexualidade e saúde sexual e

reprodutiva ainda não é natural, assim como não é um componente cultural no contexto estudado, incluindo família, escola e UBS. Pelo contrário, permanece o tabu em torno deste tipo de diálogo e abordagem.

Os profissionais da escola na qual o estudo foi realizado não passaram por um processo de preparo e discussão que os capacitasse para abordar o tema saúde e, dentro dele, a sexualidade, de maneira transversal nos componentes curriculares. Assim, nas raras oportunidades em que esses assuntos são abordados, isso ocorre no formato de aulas, sobretudo na disciplina de ciências ou biologia, e especificamente no que se refere à reprodução humana.

Os demais aspectos relacionados com a saúde do adolescente e especialmente com a sexualidade não são, portanto, discutidos rotineiramente, tampouco os fatores culturais que influenciam o desenvolvimento do adolescente. Da mesma forma, não são abordadas questões como gênero, violência, uso de substâncias e projetos de vida, embora relevantes para este público, nem outras situações que envolvem a sexualidade sob uma abordagem cultural, no sentido de discutir crenças, tabus, papéis de gênero atribuídos a homens e mulheres, entre outros.

Apesar de existir interesse por parte de atores importantes no ambiente escolar, a comunicação com os setores de gestão e Equipe de Saúde da Família é fragmentada, pontual, levando a uma fragilidade do PSE. A inclusão de outros equipamentos da sociedade neste contexto também se dá de maneira pontual e as ações registradas como relacionadas ao PSE caracterizam-se por campanhas e palestras isoladas.

Ademais, os profissionais da Equipe de Saúde da Família utilizam o espaço da escola para atendimento de grupos de gestantes e hipertensos/diabéticos (HiperDia), mas não desenvolvem ações específicas com os adolescentes que ali estudam, alegando cumprimento de rotina de atendimentos exigida pela gestão de saúde. Lamentamos que não haja presença frequente e considerável do Enfermeiro na escola, uma vez que este profissional tem o potencial de atuar como um defensor da juventude e grande promotor da saúde e bem-estar dos adolescentes.

Frequentemente, a orientadora escolar é procurada pelos adolescentes, principalmente do sexo feminino, para esclarecimentos e ajuda em questões de saúde sexual, visto que os responsáveis, muitas vezes, desconhecem que a filha ou o filho já têm vida sexual ativa. Também por isso, os adolescentes não procuram diretamente

o serviço de saúde e, dessa forma, a comunicação desta profissional com o enfermeiro e demais profissionais da Equipe de Saúde da Família seria fundamental para promover apoio mútuo, compartilhamento de responsabilidades e atendimento às necessidades do adolescente.

Os pais e mães dos nossos participantes apresentaram, de modo geral, baixa escolaridade e a maioria das mães engravidou na adolescência. Alguns de nossos adolescentes não mantinham contato ou boa relação com o pai, e a mãe foi a personagem de maior importância no processo de diálogo e informação aos filhos adolescentes, reproduzindo um padrão cultural de dedicação da mulher-mãe aos cuidados e à educação dos filhos. Os pais, quando falavam sobre o tema, limitavam-se a fazer isso com os filhos homens, o que denota barreira cultural no processo de comunicação com as filhas mulheres.

Diante disso, concluímos ser fundamental a interlocução entre família, escola e Equipe de Saúde da Família por motivos que vão muito além do tema gravidez na adolescência. A família precisa de apoio para lidar com os desafios de conduzir e educar crianças e adolescentes em diferentes tópicos de interesse, pois, por vezes, os pais não possuem conhecimentos suficientes para discutir algumas questões com os filhos. Já a escola e os profissionais de saúde, ainda que se relacionem de maneira mais integrada, com programas conjuntos, necessitam da participação das famílias, visto que entram em jogo concepções, valores familiares e questões culturais, além da necessidade de atenção e acompanhamento de crianças e adolescentes pela família.

Quanto aos significados atribuídos pelos adolescentes ao fenômeno da gravidez, os participantes demonstraram que ela está associada a sentimentos negativos e é considerada “errada”.

Com isso, eles não desejavam uma gravidez neste momento e referiram diversos outros planos e sonhos, no sentido de se desenvolverem enquanto pessoas e futuros profissionais. Também expressaram o desejo de ingressar no mercado de trabalho para conquista da independência e estabilidade financeira.

Portanto, a gravidez, além de não ser um desejo entre os adolescentes deste estudo, não se mostrou um fenômeno de importância entre os pares no contexto estudado. Ou seja, não havia entre esses adolescentes uma valorização da gravidez na adolescência enquanto afirmação da sexualidade ou aquisição de status social no que diz respeito à transição abrupta para vida adulta. E mais do que isso: eles não só

não se mostraram apressados em assumir grandes responsabilidades como desejavam adiá-las.

Em contrapartida, o processo de informação sobre saúde sexual e reprodutiva mostrou-se fragilizado, da mesma forma que a utilização de métodos contraceptivos. Por vezes, tivemos a impressão de que os adolescentes pareciam sujeitos à sorte. Todavia, acreditamos que eles aproveitavam bem todas as informações a que tinham acesso e se impulsionavam a adotar alguma medida de contracepção (ainda que equivocada), motivados pelos desejos e sonhos futuros. Em geral, esses projetos envolviam uma vida melhor, a formação em nível superior, o exercício de uma profissão, a independência financeira, a possibilidade de se desvencilharem de alguns sofrimentos relacionados a dificuldades socioeconômicas e, por fim, o desejo de terem um futuro. Destacamos que projetos configuram-se em fatores que contribuem para a não ocorrência da gravidez na adolescência.

Com base nesses resultados e em alguns referenciais teóricos apresentados em nossa discussão, podemos inferir que a projeção do futuro e os sonhos estimulados pela família, escola e outros equipamentos sociais, nos quais os adolescentes estejam inseridos, são diferenciais na promoção de comportamentos e atitudes de proteção, não somente em relação à gravidez na adolescência, mas, também, no que diz respeito a outros eventos ou fenômenos que podem ocorrer nesta fase da vida, tais como aqueles que se relacionam com a violência e o uso de substâncias prejudiciais.

Entretanto, sonhar e desejar um futuro não é suficiente, pois os adolescentes precisam ter acesso à informação e assistência, além de oportunidades de discutir e compartilhar seus medos, anseios e necessidades. Além disso, a família deve estar presente acompanhando todo o processo da adolescência, apoiando, informando, oferecendo maior liberdade, porém delegando-lhes maiores responsabilidades e definindo alguns limites, ou seja, contribuindo de maneira construtiva com o desenvolvimento da identidade do adulto.

Consideramos que este estudo apresenta o panorama existente, no contexto estudado, sobre a abordagem do adolescente quanto à saúde sexual e reprodutiva e, nesse sentido, evidencia como a família, a escola e o serviço de saúde vêm se relacionando e atuando nesta perspectiva. As fragilidades intersetoriais ficaram evidentes, assim como as necessidades dos adolescentes, e acreditamos que esses

resultados são importantes e podem subsidiar ações de promoção à saúde deste público.

Dessa forma, avaliamos que este estudo contribui para demonstrar a necessidade de projetos holísticos voltados ao desenvolvimento do adolescente em direção à vida adulta, abordando e estimulando projetos de vida que, consequentemente, promovam à saúde e a vida de adolescentes no ambiente escolar.

Diante do exposto, reiteramos que nossos resultados sinalizam para o alcance do objetivo proposto neste estudo, bem como confirmam parte dos pressupostos teóricos.

Referências

- Aberastury A, Knobel M. Adolescência normal. 1st ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- Ahorlu CK, Pfeiffer C, Obrist B. Socio-cultural and economic factors influencing adolescents' resilience against the threat of teenage pregnancy: a cross-sectional survey in Accra, Ghana. *Reprod. Health.* [Internet]. 2015 [cited 2018 dec 27];12:1-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4690282/>.
- Alami S, Desjeux D, Garabua-Moussaoui I. Os métodos qualitativos. 1st ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
- Almeida AFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2007 [cited 2018 apr 02];41(4):565-72. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400010&nrm=iso.
- Almeida MM, Morais RP, Guimarães DF, Machado MFAS, Diniz RCM, Nuto SAS. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. *Rev. Bras. Educ. Med.* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 02];36(1):119-26. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000200016&nrm=iso.
- Angrosino M. Etnografia e observação participante. 1st ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- Anjos RHD, Silva JAS, Val LF, Rincon LA, Nichiata LYI. Diferenças entre adolescentes do sexo feminino e masculino na vulnerabilidade individual ao HIV. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 02];46(4):829-37. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400007&nrm=iso.
- Aragão JMN, Gubert FA, Torres RAM, Silva ASR, Vieira NFC. O uso do facebook na aprendizagem em saúde: percepções de adolescentes escolares. *Ver. Bras. Enferm.* [Internet]. 2018 [cited 2019 aug 20]. 71(2):265-71. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n2/pt_0034-7167-reben-71-02-0265.pdf.
- Àries P. História social da criança e da família. 2nd ed. E-book. Rio de Janeiro: LTC, 2017.
- Assis MR, Silva LR da, Pinho AM, Moraes LEO, Lemos A. Gravidez na adolescência e sua relação com a prática do sexo seguro. *Rev. Enferm. UFPE on line.* [Internet]. 2013 [cited 2018 dec 27];7(4):1073-80. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11582/13602>.
- Ataman H, Komürcü N. Effectiveness of the sexual health/ reproductive health education given to Turkey adolescents who use alcohol or substance. *J. Addict. Nurs.* [Internet]. 2017 [cited 2018 dec 27];28(2):71-78. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00060867-201704000-00004>.
- Bailey DN, Wolf ZR. Community-based abstinence education project: program outcomes. *Nurs. Forum.* [Internet]. 2015 [cited 2018 dec 27];50(1):37-50. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24935136>.
- Baptista Neto F, Osório LC. Adolescentes: o desafio de entender e conviver. 1ª ed. E-book. Ed. Insular, 2011.

Barbosa PZ, Rocha-Coutinho ML. Ser mulher hoje: a visão de mulheres que não desejam ter filhos. *Psico. Soc.* [Internet]. 2012 [cited 2019 aug 20];24(3):577-587. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n3/11.pdf>.

Barnet B. Home visiting for adolescent mothers: effects on parenting, maternal life course, and primary care linkage. *Ann. of Fam. Med.* 2007 [cited 2018 dec 27];5(3):224-32.

Bechara AMD, Gontijo DT, Medeiros M, Facundes VLD. "Na brincadeira a gente foi aprendendo": promoção de saúde sexual e reprodutiva com homens adolescentes. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 [cited 2018 apr 02];15(1):25-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.19046>.

Becker D. O que é adolescência? 1st ed. E-book. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2017.

Belete YM, Atlaw NK. A harmful traditional practice exposing young girls to experience virgin pregnancy (Shilshalo): a qualitative study in Argoba community, Amhara National Regional State, Ethiopia. *BMC Int. Health Hum. Rights* [Internet]. 2018 [cited 2019 aug 20];18(42):1-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6247749/>.

Bezerra MA, Carvalho EF, Oliveira JS, Leal VS. Health and nutrition in public and private schools in the city of Recife. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2017 [cited 2018 apr 02];17(1):191-200. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000100191&nrm=iso.

Black AY, Fleming NA, Rome ES. Pregnancy in adolescents. *Adolesc. Med. State Art. Rev* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 03];23(1):123-38, xi. Available from: <http://europepmc.org/abstract/med/22764559>.

Borges ALV. Relações de gênero e iniciação sexual de mulheres adolescentes. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2007 [cited 2018 apr 03];41(4):597-604. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400009&nrm=iso.

Borges ALV, Fujimori E, Kuschnir MCC, Chofakian CBN, Moraes AJP et al. ERICA: início da vida sexual e contracepção em adolescentes brasileiros. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2019 oct 19];50(supl 1):1-15. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s1/pt_0034-8910-rsp-S01518-87872016050006686.pdf.

Borges ALV, Latorre MRDO, Schor N. Fatores associados ao início da vida sexual de adolescentes matriculados em uma unidade de saúde da família da zona leste do Município de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2007 [cited 2018 apr 03];23(7):1583-94. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000700009&nrm=iso.

Borges ALV, Schor N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2005 [cited 2018 apr 03];21:499-507. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200016&nrm=iso.

Bowes KK, Burrus BB, Axelson S, Garrido M, Kimbriel A, Abramson L, Gorman G, Dancer A, White T, Beaudry PJ. Reducing Disparities in Adolescent Pregnancy Among US Tribal Youths. *Am. J. Public Health Res.* [Internet]. 2018 [cited 2018 dec 27];108(51):523-24. Available from:

<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2017.304267>.

Brandão Neto W, Silva MAI, Aquino JM, Lima LS, Monteiro EMLM. Violência sob o olhar de adolescentes: intervenção educativa com Círculos de Cultura. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2015 [cited 2018 apr 03];68(4):617-25. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000400617&nrm=iso.

Brasil. Ministério da Casa Civil. Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Casa Civil; 1990.

Brasil. Ministério da Casa Civil. Decreto N° 6286/2007 - Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília (Brasil): Ministério da Casa Civil; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde, 2017.

Brum MM, Carrara K. História individual e práticas culturais: efeitos no uso de preservativos por adolescentes. *Estud. Psicol. (Campinas)* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 03];29(1):689-97. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000500005&nrm=iso.

Buendgens BB, Zampieri MFM. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 03];16(1):64-72. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100009&nrm=iso.

Campos HM, Schall VT, Nogueira MJ. Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes: interlocuções com a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Saúde debate* [Internet]. 2013 [cited 2018 apr 03];37(97):336-46. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000200015&nrm=iso.

Castro JFL, Araújo RC, Pitangui ACR. Perfil sociodemográfico e comportamento sexual de adolescentes escolares. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2017 [cited 2019 aug 15];11(Supl. 7):2929-38. Available from:

<https://pdfs.semanticscholar.org/c3a2/dffdaef0d694461df006d9ded9dea13346bd.pdf>.

CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Adolescent and school health [Internet]. 2018 [cited 2018 mar 31]. Available from: <https://www.cdc.gov/healthyyouth/sexualbehaviors/index.htm> 1/2.

Cedaro JJ, Vilas Boas LMS, Martins RM. Adolescência e sexualidade: um estudo exploratório em uma escola de Porto Velho - RO. *Psicol. cienc. prof.* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 03];32(2):320-39. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000200005&nrm=iso.

Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MCM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2007 [cited 2018 apr 03];23(1):177-86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100019&nrm=iso.

Chernick LS, Stockwell MS, Wu M, Castaño PM, Schnall R, Westhoff CL, antelli J, Dayan OS. Texting to increase contraceptive initiation among adolescents in the emergency department. *J Adolesc. Health.* [Internet]. 2017 [cited 2018 dec 27];61(6):786–790. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5701840/>

Child GD, Knight C, White R. Never-pregnant African American adolescent girls' perceptions of adolescent pregnancy. *J Pediatr. Nurs.* [Internet]. 2015 [cited 2018 dec 27];30(2):310–320. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4362966/>.

Chow EPF, Wigan R, McNulty A, Bel C, Johnson M et al. Early sexual experiences of teenage heterosexual males in Australia: a cross-sectional survey. *BMJ Open* [Internet]. 2017 [cited 2018 dec 27];7(e016779):1-6. Available from: <https://bmjopen.bmj.com/content/7/10/e016779>.

Çift T, Korkmazer E, Temur M, Bulut B, Korkmaz B, Ozdenoğlu O, Akaltun C, Üstünyurt E. Adolescent pregnancies: complications, birth outcomes and the possible solutions. *Ginekologia Polska* [Internet]. 2017 [cited 2018 dec 27];88(7):393–397. Available from: https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/50874.

Comodo CN, Del Prette A, Del Prette ZAP. Intergeracionalidade das habilidades sociais entre pais e filhos adolescentes. *Psicol. Teor. Pesqui.* [Internet]. 2017 [cited 2019 aug 20];33:1-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-37722017000100308&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Connor S, Edvardsson K, Spelten E. Male adolescents' role in pregnancy prevention and unintended pregnancy in rural Victoria: health care Professional's and educators' perspectives. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 [cited 2019 aug 15];18(245):1-10. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29914419>.

Devkota HR, Clarke A, Shrish S, Bhatta DN. Does women's caste make a significant contribution to adolescent pregnancy in Nepal? A study of Dalit and non-Dalit adolescents and young adults in Rupandehi district. *BMC Women's Health.* [Internet]. 2018 [cited 2018 dec 27];18(23):1-11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29357853>.

Duarte CM, Nascimento VB, Akerman M. Gravidez na adolescência e exclusão social: análise de disparidades intra-urbanas. *Rev. Panam. Salud Public* [Internet]. 2006 [cited 2018 apr 03];19(4):226-43. Available from: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2006.v19n4/236-243/>.

Edin K, Nilsson B, Ivarsson A, Kinsman J, Norris AS, Kahn K. Perspectives on intimate relationships among young people in rural South Africa: the logic of risk. *Cult Health Sex*. [Internet]. 2016 [cited 2018 dec 27];18(9):1010-24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26986221>.

Einsenstein E. Desenvolvimento da sexualidade da geração digital. *Adolesc. Saude*. [Internet]. 2013 [cited 2019 aug 20];10(1):61-71. Available from: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=396.

Estrada F, Campero L, Suárez-López L, Vara-Salazar E, González-Chávez. Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. *Salud pública Méx*. [Internet]. 2017 [cited 2018 dec 27];59(5):556-65. Available from: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/7959/11336>.

Ezegwui HU, Ikeako LC, Ogbuefi F. Obstetric outcome of teenage pregnancies at a tertiary hospital in Enugu, Nigeria. *Niger J. Clin. Pract*. [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 03];15(2):147-50. Available from: <https://doi.org/10.4103/1119-3077.97289>.

Faisal-Cury A, Tabb KM, Niciunovas G, Cunningham C, Menezes PR, Huang H. Lower education among low-income Brazilian adolescent females is associated with planned pregnancies. *Int J Womens Health Wellness*. [Internet]. 2017 [cited 2018 dec 27]; 9:43–48. Available from: <https://doi.org/10.2147/IJWH.S118911>.

Farias ICV, Sá RMPF, Figueiredo N, Menezes Filho A. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. *Rev. Bras. Educ. Med* [Internet]. 2016 [cited 2018 apr 03];40(2):261-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200261&nrm=iso.

Felisbino-Mendes MS, Paula TF, Machado IE, Oliveira-Campos M, Malta DC. Análise dos indicadores de saúde sexual e reprodutiva de adolescentes brasileiros, 2009, 2012 e 2015. *Rev. Bras. Epidemiol*. [Internet]. 2018 [cited 2019 aug 20];21(SUPPL 1):1-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v21s1/1980-5497-rbepid-21-s1-e180013.pdf>.

Fernandes RT, Lamy ZC, Morsch D, Lamy Filho F, Coelho LF. Tecendo as teiras do abandono: além das percepções das mães de bebês prematuros. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [cited 2019 aug 20]; 16(10): 4033-4042. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001100008&script=sci_abstract&tlng=pt.

Fernandes MH, Rocha VM, Souza DB. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). *Hist. Cienc. Saude-Manguinhos* [Internet]. 2005 [cited 2018 apr 03];12(2):283-91. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200004&nrm=iso.

Ferreira MA, Alvim NAT, Teixeira MLO, Veloso RC. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. *Texto Contexto - Enferm* [Internet]. 2007 [cited 2018 apr 03];16(2):217-24. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200002&nrm=iso.

Ferreira EB, Veras JLA, Brito AS, Gomes EA, Mendes JPA, Aquino JM. J. Causas predisponentes à gestação entre adolescentes. *Res.: fundam. care. online*. [Internet]. 2014 [cited 2018 dec 27];6(4):1571-1579. Available from: https://www.redalyc.org/html/5057/505750770024_2/index.html.

Fiedler MW, Araújo A, Souza MCC. A prevenção da gravidez na adolescência na visão de adolescentes. *Texto Contexto Enferm*. [Internet]. 2015 [cited 2018 dec 27];24(1):30-7. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00030.pdf.

Figueiredo TAM, Machado VLT, Abreu MMS. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2018 apr 03];15(2):397-402. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200015&nrm=iso.

Figueroa CA, Cantor CJS, Guerrero AHP, Romero CMC. Significado de ser padre siendo adolescente. *Invest. educ. Enferm*. [Internet]. 2017 [cited 2019 sept 20];35(3):348-355. Available from: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072017000300348&lng=en&nrm=iso&tlng=es.

Fiorini MC, Moré CLOO, Bardagi MP. Família e desenvolvimento de carreira de jovens adultos no contexto brasileiro: revisão integrativa. *Ver. bras. orientac. prof*. [Internet]. 2017 [cited 2019 aug 20]; 18(1):43-55. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1679-33902017000100005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Flórez CE. Factores socioeconómicos y Que contextuales determinan la actividad reproductiva de las Adolescentes en Colômbia. *Pan. Am. J. Saúde Pública* [Internet]. 2005 [cited 2018 apr 03];18(6):388-402. Available from: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n6/388-402/>.

França MTA, Frio GS. Factors associated with family, school and behavioral characteristics on sexual initiation: A gender analysis for Brazilian adolescents. *PLoS ONE*. [Internet]. 2018 [cited 2018 dec 27];13(12):1-16. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0208542>.

Garfield CF, Duncan G, Peters S, Rutsohn J, McDade TW, Adam EK, Coley RL, Chase-Lansdale PL. Adolescent reproductive knowledge, attitudes, and beliefs and future fatherhood. *J. Adolesc. Health*. [Internet]. 2016 [cited 2018 dec 27];58(5):497–503. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26896211>.

Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G, editors. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 1st ed. Petrópolis: Editora Vozes; 2002. p. 64-89.

Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora LTC; 2017.

Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. 1st ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, pag.185-222.

- Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MC (org.), Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 2nd ed. Petrópolis: Vozes, 2016.
- Gonçalves H, Knauth DR. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. Rev. Antropol. [Internet]. 2006 [cited 2019 aug 20];49(2):625-43. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77012006000200004.
- Gualda DMR. Etnografia. In: Praça NS, Merighi, MAB. Abordagens teórico metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. 1st ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan; 2003. p. 19-29.
- Gubert FA, Vieira NFC, Costa RLC, Malta EFGD, Fonseca IS et al. Perfil sociodemográfico e sexual de adolescentes escolares sexualmente ativas em Fortaleza-CE. Adolesc. Saude [Internet]. 2016 [cited 2019 aug 15];13(2):41-50. Available from: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=583.
- Guilhem D, Griboski RA, Branco JDC. Adolescência, sexualidade e situações de vulnerabilidade: um estudo qualitativo. Online braz. j. nurs. [Internet]. 2009 [cited 2018 apr 03];6(spe):1-10. Available from: <http://www.repositorio.unb.br/handle/10482/2376>.
- Habitu YA, Yalew A, Bisetegn TA. Prevalence and Factors Associated with Teenage Pregnancy, Northeast Ethiopia, 2017: A Cross-Sectional Study et al. Journal of Pregnancy [Internet]. 2018; [cited 2018 dec 27]; 1-7. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2018/1714527/>.
- Hammersley M, Atkinson P. Ethnography: principles in practice. 2nd ed. E-book. New York: Editora Routledge; 2007.
- Hanson JD, Mc Mahon TR, Griese ER, Kenyon DB. Understanding Gender Roles in Teen Pregnancy Prevention among American Indian Youth. Am J Health Behav. [Internet]. 2014; [cited 2019 sept 20];38(6):807–815. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25207506>.
- Harris AL. African American parent–son sexual communication among a college sample. J Pediatric Nurs. [Internet]. 2016 [cited 2018 dec 27];31(3):e199-206. Available from: [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(15\)00405-4/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(15)00405-4/fulltext).
- Higa EFR, Bertolin FH, Maringolo LF, Ribeiro TFSA, Ferreira LHK, Oliveira VASC. A intersetorialidade como estratégia para promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Interface [Internet]. 2015 [cited 2018 apr 03];19(suppl 1):879-91. Available from: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0751>.
- Hoga LAK. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. Rev. Latinoam. Enferm. [Internet]. 2008 [cited 2018 apr 03];16(2):280-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_17.
- Holness N. A global perspective on adolescent pregnancy. Int. J. Nurs. Pract. [Internet]. 2014 [cited 2018 dec 27];21:677–681. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ijn.12278>.
- Hora TD, Paiva AR. Violência sexual contra crianças e adolescentes no campo da saúde e a intersetorialidade no sistema de garantias de direitos. Sustinere [Internet].

2017 [cited 2019 aug 25];5(2):296-316. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/30004>.

Horta NC, Sena RR. Abordagem ao adolescente e ao jovem nas políticas públicas de saúde no Brasil: um estudo de revisão. *Physis* [Internet]. 2010 [cited 2018 apr 03];20(2):475-95. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000200008&nrm=iso.

Instituto brasileiro de geografia e estatística [Internet]. Brasília: Ministério da Economia [cited 2019 jan 18]. Censo 2010: População residente por cor ou raça. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/136>.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Brasília: Ministério da Economia [cited 2018 apr 03]. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar: 2015. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf>.

Islam MM, Islam M.K, Hasan MS, Hossain MB. Adolescent motherhood in Bangladesh: Trends and determinants. *PLoS ONE*. [Internet]. 2017 [cited 2018 dec 27];12(11):1-4. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0188294>.

Jager ME, Dias ACG. A paternidade na percepção de adolescentes de classes populares. *Psicol. ciênc. prof.* [Internet]. 2015 [cited 2019 sept 20];35(3), 694-710. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932015000300694&script=sci_abstract&tlng=pt.

Jorge MG. Recorrência de gravidez em adolescentes de 18-19 anos, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) no município do Rio de Janeiro [dissertation]. Niterói: Universidade Federal Fluminense; 2012. 91 p.

Khatun M, Al Mamun A, Scott J, William GM, Clavarino A, Najman JM. Do children born to teenage parents have lower adult intelligence? A prospective birth cohort study. *PLoS ONE*. [Internet]. 2017 [cited 2018 dec 27];12(3):1-15. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0167395>.

Krugu JK, Mevissen FEF, Prinsen A, Ruiters RA. Who's that girl? A qualitative analysis of adolescent girls' views on factors associated with teenage pregnancies in Bolgatanga, Ghana. *Reproductive Health*. [Internet]. 2016 [cited 2019 aug 20];13:39. Available from: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-016-0161-9>.

Kuzma EK, Peters RM. Adolescent vulnerability, sexual health, and the NP's role in health advocacy. *J Am Assoc Nurse Pract.* [Internet]. 2015 [cited 2018 dec 27];28(7): 1-9. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/2327-6924.12331>.

Lee YM, Cintron A, Kocher S. Factors related to risky sexual behaviors and effective STI/HIV and pregnancy intervention programs for African American adolescents. *Public Health Nurs.* [Internet]. 2014 [cited 2018 dec 27];31(5): 414–427. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/phn.12128>.

Levisky DL. Considerações teórico-clínicas. In: Levisky DL, editor. *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. 2nd ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013. p. 21-145.

Li C, Cheng Z, Wu T, Liang X, Gaoshan J, Li L, Hong P, Tang K. The relationships of school-based sexuality education, sexual knowledge and sexual behaviors—a study of 18,000 Chinese college students. *Reproductive Health* [Internet]. 2017 [cited 2018 dec 27];14(103):1-9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28841895>.

- Luz AMH, Berni NIO. Processo da paternidade na adolescência. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2010 [cited 2019 sept 20];63(1): 43-50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000100008.
- Maciel ELN, Oliveira CB, Frechiani JM, Sales CMM, Brotto LDA, Araújo MD. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2010 [cited 2018 apr 03];15(2):389-96. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200014&nrm=iso.
- Madlala ST, Sibiyi MN, Nqongo TSP. Perceptions of young men at the Free State School of Nursing with regards to teenage pregnancy. *Afr J Prm Health Care Fam Med.* [Internet]. 2018 [cited 2018 dec 27];10(1):1-7. Available from: <https://doi.org/10.4102/phcfm.v10i1.1358>.
- Maia ACB, Eidt NM, Terra BM, Maia GL. Educação sexual na escola a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicol. estud.* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 03];17(1):151-6. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000100017&nrm=iso.
- Maidana S, Mazza R, Prado ML. Los fundamentos filosóficos de la investigación cualitativa. In: Prado ML, Souza ML, Carraro TE, editors. *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2008. p. 47-54.
- Malta DC, Machado IE, Felisbino-Mendes MS, Prado RR, Pinto AMS, Oliveira-Campos M, Souza MFM, Assunção AA. Uso de substâncias psicoativas em adolescentes brasileiros e fatores associados: Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares, 2015. *Rev. Bras. Epidemiol.* [Internet]. 2018 [cited 2019 aug 20]; 21(SUPPL 1):1-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2018000200400.
- Maria DS, Guilamo-Ramos V, Jemmott LS, Derouin A, Villarruel A. Nurses on the front lines: improving adolescent sexual and reproductive health across health care settings: An evidence-based guide to delivering counseling and services to adolescents and parents. *Am. J. Nurs.* [Internet]. 2017 [cited 2018 dec 27];117(1):42–51. Available from: <https://insights.ovid.com/ajn-american-nursing/ajnr/2017/01/000/nurses-front-lines-improving-adolescent-sexual/28/00000446>.
- Martinez EZ, Roza DL, Caccia-Bava MCGG, Achcar JA, Dal-Fabbro AL. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2011 [cited 2018 apr 03];27(5):855-67. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500004&nrm=iso.
- Medeiros M, Munari DB, Barbosa MA, Bezerra ALQ. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. In: Guilhem D, Zicker F, editors. *Ética na pesquisa em saúde*. Brasília: Editora Unb/Letras Livres; 2007. p. 99-118.

- Medeiros M. Editorial: Pesquisas de abordagem qualitativa. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 03];14(2):224-5. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a01.htm>.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14th ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- Miura PO, Tardovo LSLPC, Barrientos DMS. O desamparo vivenciado por mães adolescentes e adolescentes grávidas acolhidas institucionalmente. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2018 [cited 2019 aug 20]; 23(5):1601-1610. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232018000501601&script=sci_abstract&tlng=pt.
- Moisan C, Baril C, Muckle G, Belanger RE. Teen pregnancy in Inuit communities – gaps still needed to be filled. *Int. J. Circumpolar Health* [Internet]. 2016 [cited 2019 sept 20];75(31790):1-7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/ijch.v75.31790>.
- Molina, MCC, Stoppiglia PGS, Martins CBG, Alencastro LCS. Conhecimento de adolescentes do ensino médio quanto aos métodos contraceptivos. *Mundo Saúde* [Internet]. 2015 [cited 2019 aug 20]; 39(1):22-31. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/Conhecimento_adolescentes_ensino.pdf.
- Molina Cartes R, Gonzalez Araya E. Teenage pregnancy. *Endocr. Dev.* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 04];22(1):302-31. Available from: <https://doi.org/10.1159/000326706>.
- Morais MLS. O Desenvolvimento das Estereotípias de Gênero: considerações a partir da brincadeira infantil. *BIS* [Internet]. 2006 [cited 2018 apr 04];40(1):19-21. Available from: <https://www.ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=048>.
- Moreira TMM, Viana DS, Queiroz MVO, Jorge MSB. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Rev. Esc. Enferm. USP* [Internet]. 2008 [cited 2018 apr 04];42(2):312-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200015&nrm=iso.
- Mueller T, Tevendale HD, Fuller TR, House D, Romero LM, Brittain A, Varanasi B. Teen pregnancy prevention: implementation of a multicomponent, community-wide approach. *J Adolesc Health*. [Internet]. 2017 [cited 2018 dec 27];60:S9-S17. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28235440>.
- Mukadi RT, Ntambwe MSM, Kitoko HT, Mwisi JM, Mbayo FI. Sexualité des jeunes en milieu scolaire dans la ville de Likasi en République Démocratique du Congo. *Pan African Medical Journal* [Internet]. 2018 [cited 2018 dec 27];1-11. Available from: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/31/34/full/>.
- Muyllaert CJ, Delfini PSS, Reis AOA. Relações de gênero entre familiares cuidadores de crianças e adolescentes de serviços de saúde mental. *Physis* [Internet]. 2015 [cited 2018 apr 04];25(1):41-58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000100004>.
- Ninsiima AB, Leye E, Michielsen K, Kemigisha E, Nyakato VN, Coene G. “Girls Have More Challenges; They Need to Be Locked Up”: A Qualitative Study of Gender Norms and the Sexuality of Young Adolescents in Uganda. *Int. J. Environ. Res.*

Public Health [Internet]. 2018 [cited 2018 dec 27];15(193):1-16; Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/2/193>.

Nunes BKG, Guerra ADL, Silva SM, Guimarães RA. O uso de preservativos: a realidade de adolescentes e adultos jovens de um assentamento urbano. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2017 [cited 2019 aug 25]; 19:a03. Available from: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v19.39041>.

Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC *et al.* Sexual behavior among brazilian adolescents, national adolescent school-based health survey (PeNSE 2012). Rev. Bras. Epidemiol. [Internet]. 2014 [cited 2018 apr 04];17(supl. 1):116-30. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000500116&nrm=iso.

Oliveira MM, Campos MO, Andreazzi MAR, Malta DC. Características da pesquisa nacional de saúde do escolar - PeNSE. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2017 [cited 2018 apr 04];26(3):605-16. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000300605&nrm=iso.

OMS – Organización Mundial de la Salud [Internet]. El embarazo em la adolescência: datos y cifras. 2018 [cited 2019 mar 20]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>.

OMS – Organização Mundial de Saúde [Internet]. Young people's health – a challenge for society. Report of a WHO study group on young people and health for all. Technical report series 731. Geneva: WHO, 1986. [cited 2019 mar 30]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>.

OPAS/OMS – Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde [Internet]. Mais de 1,2 milhão de adolescentes morrem por causas evitáveis a cada ano. 2017 [Cited 2018 may 30]. Available from: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5417:mais-de-12-milhao-de-adolescentes-morrem-por-causas-evitaveis-a-cada-ano&Itemid=820.

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde [Internet]. Accelerating progress toward the reduction of adolescent pregnancy in Latin America and the Caribbean. 2017 [Cited 2019 jan 18]. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34493>.

Ortiz-Echevarria L, Greeley M, Bawoke T, Zimmerman L, Robinson C, Schlecht J. Understanding the unique experiences, perspectives and sexual and reproductive health needs of very young adolescents: Somali refugees in Ethiopia. Conflict Health [Internet]. 2017 [cited 2019 sept 10];11(26):35-42. Available from: <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-017-0129-6>.

Outeiral J. Adolescer: Estudos revisados sobre a adolescência. 2nd ed. Rio de Janeiro: Ed. Revinter; 2008.

Paiva PCP, Paiva HN, Lamounier JA, Ferreira EF, César CAS, Zarzar PM. Consumo de álcool em binge por adolescentes escolares de 12 anos de idade e sua associação com sexo, condição socioeconômica e consumo de álcool por melhores amigos e familiares. Ciênc. Saúde Coletiva [Internet]. 2015 [cited 2018 apr 04];20(11):3427-35. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001103427&nrm=iso.

Palhares F, Freitas LBL, Silva DG, Giacomoni CH. Adolescentes materialistas brasileiros estão satisfeitos com suas vidas? *Psico-USF* [Internet]. 2018 [cited 2019 aug 20]; 23(4):731-740. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-82712018000400013&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Patias ND, Buaes CS. Tem que ser uma escolha da mulher"! representações de maternidade em mulheres não-mães por opção. *Psicol. Soc.* [Internet]. 2012 [cited 2019 aug 25];24(2):300-306. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822012000200007&script=sci_abstract&tlng=pt.

Penso MA, Brasil KCTR, Arrais AR, Lordello SR. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. *Saude Soc.* [Internet]. 2013 [cited 2018 apr 04];22(2):542-53. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200023&nrm=iso.

Pirotta KCM. Juventude, saúde sexual e reprodutiva e gênero: considerações a partir de uma pesquisa com estudantes universitários. *BIS* [Internet]. 2006 [cited 2018 apr 04];40(1):10-2. Available from:

<https://www.ses.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=044>.

Porto Velho. Prefeitura Municipal de Porto Velho [Internet]. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. 2017; [cited 2018 jan 18]. Available from:

<https://semusa.portovelho.ro.gov.br/uploads/arquivos/2018/05/23266/1543936466pms-versao-oficial-pdf.pdf>.

Praça NS, Merighi MAB. Pesquisa qualitativa em enfermagem. In: Praça NS, Merighi MAB, editors. *Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo*. 1st ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 1-3.

Priotto EMTP, Führ AL, Gomes LMX, Barbosa TLA. Iniciação sexual e práticas contraceptivas de adolescentes na tríplice fronteira entre Brasil, Argentina e Paraguai. *Ver. Panam. Salud Pública* [Internet]. 2018 [cited 2019 aug 15];42(e16):1-9. Available from: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.16>.

Queirós PS, Pires LM, Matos MA, Junqueira ALN, Medeiros M, Souza MM. Concepções de pais de adolescentes escolares sobre a sexualidade de seus filhos. *Rev. RENE* [Internet]. 2016 [cited 2018 apr 04];17(2):293-300. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3043/2346>.

Reis INC, Silva ILR, Un JAW. Espaço público na Atenção Básica de Saúde: Educação Popular e promoção da saúde nos Centros de Saúde-Escola do Brasil. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [cited 2018 apr 04];18(Suppl 2):1161-73. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601161&nrm=iso.

Ristum M. Violência na escola, da escola e contra a escola. In: Assis SG, Constantino P, Avanci JQ, orgs. *Impactos da violência na escola: um diálogo com professores* [Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Educação/ Editora Fiocruz, 2010, pp. 65-93 [cited 2019 aug 20]. Available from: <http://books.scielo.org>.

Rodrigues DE. Barreiras à prevenção do câncer de colo do útero entre mulheres acompanhadas por uma equipe de saúde da família no município de Porto Velho [Dissertation]. Porto Velho: Universidade Federal de Rondônia (UNIR). 2014. 79p.

Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*. 1974; 2(4):354-387.

Ruedinger E, Cox JE. Adolescent childbearing: consequences and interventions. *Curr. Opin. Pediatr.* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 04];24(4):446-52. Available from: <https://doi.org/10.1097/MOP.0b013e3283557b89>.

Sahbani S, Al-Khateeb M, Hikmat R. Early marriage and pregnancy among Syrian adolescent girls in Jordan; do they have a choice? *Pathogens Global Health* [Internet]. 2016 [cited 2019 sept 20];110(6):217-218. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5070639/>.

Sampaio JMC, Santos GV, Oliveira WA, Silva JL, Medeiros M, Silva MAI. Emotions of students involved in cases of bullying. *Texto Contexto - Enferm.* [Internet]. 2015 [cited 2018 apr 04];24(2):344-52. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000200344&nrm=iso.

Santos KA. Teenage pregnancy contextualized: understanding reproductive intentions in a Brazilian shantytown. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 04];28(4):655-64. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400005&nrm=iso.

Santos NLAC, Costa MCO, Amaral MTR, Vieira GO, Bacelar EB, Almeida AHV. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Ciênc. Saúde Colet.* [Internet]. 2014 [citado 2018 dec 15];19(3):719-726. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300719&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.18352013>.

SEDUC – Secretaria Estadual de Educação do Estado de Rondônia. Coordenação Estadual do Programa Saúde na Escola. 2018.

SEDUC – Secretaria Estadual de Educação do Estado de Rondônia. Projeto Político Pedagógico: Escola Professora Flora Calheiros Cotrim. 2017.

Sena Filha VLM, Castanha AR. Profissionais de unidades de saúde e a gravidez na adolescência. *Psico. Soc.* [Internet]. 2014 [cited 2019 aug 20];26(n. spe.):79-88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822014000500009.

Senna SRCM, Dessen MA. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psic.: Teor. e Pesq.* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 04];28(1):101-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000100013&nrm=iso.

Serowoky ML, George N, Yarandi H. Using the program logic model to evaluate ¡Cuídate!: A sexual health program for latino adolescents in a school-based. *Worldviews Evid. Based Nurs.* [Internet]. 2015 [cited 2018 dec 27];12(5):297–305.

Senna SRCM, Dessen MA. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psic.: Teor. e Pesq.* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 04];28(1):101-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000100013&nrm=iso.

Senna SRCM, Dessen MA. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psic.: Teor. e Pesq.* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 04];28(1):101-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000100013&nrm=iso.

Senna SRCM, Dessen MA. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. *Psic.: Teor. e Pesq.* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 04];28(1):101-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000100013&nrm=iso.

Available from: <https://www.deepdyve.com/lp/wiley/using-the-program-logic-model-to-evaluate-cu-date-a-sexual-health-JOLA0YFSaK>.

Shah N, Rohra DK, Shuja S, Liaqat NF, Solangi NA, Kumar K *et al.* Comparison of obstetric outcome among teenage and non-teenage mothers from three tertiary care hospitals of Sindh, Pakistan. *J. Pak. Med. Assoc.* [Internet]. 2011 [cited 2018 apr 04];61(10):963-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22356027>.

Sieving Re, McRee AL, Secor-Turner M, Garwick AW, Bearinger LH, Beckman KJ, McMorris BJ, Resnick MD. Prime time: long-term sexual health outcomes of a clinic-linked intervention. *Perspect Sex Reprod Health.* [Internet]. 2014 [cited 2018 dec 27];46(2):91–100. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4347930/>.

Silva CS, Bodstein RCA. Referencial teórico sobre práticas intersetoriais em Promoção da Saúde na Escola. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2016 [cited 2018 apr 04];21(6):1777-88. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000601777&nrm=iso.

Silva RCP. Qualidade de vida em Porto Velho, Rondônia: perspectivas do processo de desenvolvimento regional [thesis]. Belém: Universidade Federal do Pará; 2013. 341p.

Simões FIW, Hashimoto F. Mulher, mercado de trabalho e as configurações familiares do século XX. *Vozes dos Vales* [Internet]. 2012 [cited 2019 aug 20]. Available from: http://site.ufvjm.edu.br/revistamultidisciplinar/files/2011/09/Mulher-mercado-de-trabalho-e-as-configura%C3%A7%C3%B5es-familiares-do-s%C3%A9culo-XX_fatima.pdf.

SINASC. Distribuição dos nascimentos por faixa etária da mãe. [cited 2018 apr 10]. In: Sistema Nacional de Nascidos Vivos [Internet]. Brasília (Brasil): SINASC. Available from: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/135/rc_2015_v42.pdf.

Souza MA, Silva AP, Costa NCP, Freitas MIF. Influência das mídias sociais na saúde sexual e sexualidade dos adolescentes. In: Anais do VIII Congresso Iberoamericano de Investigación Cualitativa en Salud [Internet]; 2018 Sept 04-06; Florianópolis, Brasil. 2018 [cited 2019 ago 20]. Available from: [https://attitudepromo.iweventos.com.br/upload/cartas/files/Anais%20VIII%20CIICS%20FINAL%20httpsWEB\(1\).pdf](https://attitudepromo.iweventos.com.br/upload/cartas/files/Anais%20VIII%20CIICS%20FINAL%20httpsWEB(1).pdf)

Souza LB, Fernandes JFP, Barroso MGT. Sexualidade na adolescência: análise da influência de fatores culturais presentes no contexto familiar. *Acta Paul. Enferm.* [Internet]. 2006 [cited 2019 aug 15];19(4):408-13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000400007&script=sci_abstract&lng=pt.

Souza VA. Rondônia: uma memória em disputa [thesis]. Assis: Faculdade de Ciências e Letras de Assis/Universidade Estadual Paulista (UNESP); 2011. 192p.

Spindola T, Silva LFF. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* [Internet]. 2009 [cited 2018 apr 04];13(1):99-107. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a14>.

Suzuki S. Clinical significance of pregnancy in adolescence in Japan. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2018 [cited 2018 dec 27];7:1-5. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14767058.2017.1421928>.

Taborda JA, Silva FC, Ulbricht L, Neves EB. Consequências da gravidez na adolescência para as meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2014 [cited 2018 dec 27];22(1):16-24. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v22n1/1414-462X-cadsc-22-01-00016.pdf>.

Traverso-Yépez MA, Pinheiro VdS. Socialização de gênero e adolescência. *Rev. Estud. Fem* [Internet]. 2005 [cited 2018 apr 04];13(1):147-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2005000100010&nrm=iso.

Tsikouras P, Deuteraiou D, Bothou A, Anthoulaki X, Chalkidou A, Chatzimichael E, Gaitatzi F, Manav B, Koukouli Z, Zervoudis S, Trypsianis G, Galazios G. Ten years of experience in contraception options for teenagers in a family planning center in thrace and review of the literature. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2018 [cited 2018 dec 27];15(2):1-18. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/2/348>.

UNIR – Universidade Federal de Rondônia; Departamento de Enfermagem. Projeto pedagógico de enfermagem. Porto Velho (Brasil): Departamento de Enfermagem; 2015.

Valim EMA, Dias FA, Simon CP, Almeida DV, Rodrigues MLP. Utilização de preservativo masculino entre adolescentes de escolas públicas na cidade de Uberaba (MG), Brasil: conhecimentos e atitudes. *Cad. Saúde Colet*. [Internet]. 2015 [cited 2018 apr 04];23(1):44-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2015000100044&nrm=iso.

Vasconcelos ACS, Monteiro RJS, Facundes VLD, Trajano MFC, Gontijo DT. Eu virei homem!: a construção das masculinidades para adolescentes participantes de um projeto de promoção de saúde sexual e reprodutiva. *Saude Soc*. [Internet]. 2016 [cited 2018 apr 04];25(1):186-97. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902016000100186&nrm=iso.

Venturini FP. Adolescentes de um núcleo e assistência psicossocial: do conhecimento de seu universo à intervenção para a promoção de desenvolvimento [thesis]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo (USP); 2009. 224 p.

Verona APA, Dias Júnior CS. Religião e fecundidade entre adolescentes no Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica* [Internet]. 2012 [cited 2018 apr 04];31(1):25-31. Available from: <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n1/25-31>.

Vonk ACRP, Bonan C, Silva KS. Sexualidade, reprodução e saúde: experiências de adolescentes que vivem em município do interior de pequeno porte. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [cited 2018 apr 04];18(6):1795-807. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600030&nrm=iso.

Ximenes Neto FRG, Dias MSA, Rocha J, Cunha ICKO. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2007 [cited

2018 apr 04];60(3):279-85. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300006&nrm=iso.

Zagury T. O adolescente por ele mesmo. 2nd ed. Rio de Janeiro: Record; 2009.

Zanchi M, Mendoza-Sassi RA, Silva MR, Almeida SG, Teixeira LO, Gonçalves CV. Pregnancy recurrence in adolescents in Southern Brazil. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2017 [cited 2018 dec 27];63(7):628-635. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302017000700628&script=sci_abstract.

Zappe JG, Moura Júnior JF, Dell'Aglio DD, Sarriera JC. Expectativas quanto ao futuro de adolescentes em diferentes contextos. Acta colomb. psicol. [Internet]. 2013 [cited 2019 aug 25];16 (1): 91-100. Available from:
<https://psycnet.apa.org/record/2014-01050-009>.

APÊNDICE A

Atividade de Educação em Saúde

<p>Tema: Prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada</p> <p>Responsável: Enfermeira Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes</p> <p>Público alvo: Adolescentes de 15 a 18 anos, estudantes do 1º e 2º anos do ensino médio</p> <p>Datas: 03/05/18, 11/05/18, 18/05/18 e 06/06/18</p>
<p>Objetivo Geral</p> <p>Discutir aspectos relacionados a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada</p>
<p>Objetivos Específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os preservativos feminino e masculino e compreender a utilização correta ; • Conhecer alguns sinais relacionados a infecções sexualmente transmissíveis.
<p>Conteúdos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Preservativo de látex masculino; - preservativo de látex feminino; - Infecções sexualmente transmissíveis.
<p>Procedimentos Metodológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exposição Dialogada; • Problematização; • Demonstração da utilização correta do preservativo feminino e masculino em próteses; • Esclarecimento de dúvidas por meio de perguntas anônimas.
<p>Recursos Didáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Folheto informativo; • Próteses para demonstração.
<p>Avaliação</p> <p>A avaliação se dará a partir da participação dos adolescentes, bem como, suas considerações ao final sobre o desenvolvimento da atividade.</p>
<p>Referências</p> <p>BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Brasília. Disponível em: http://www.aids.gov.br/. Acesso em 01.05.2018</p>

APÊNDICE B

FOLHETO INFORMATIVO UTILIZADO NAS ATIVIDADES EDUCATIVAS

⚠️ IMPORTANTE

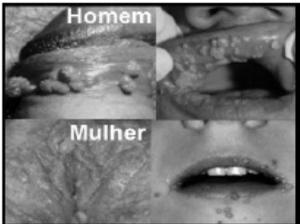
Deve ser utilizado:

- 1 camisinha para o sexo oral
- 1 camisinha para o sexo anal
- 1 camisinha para o sexo vaginal

ALGUMAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

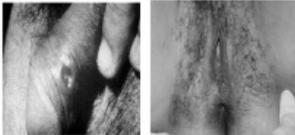
HIV/AIDS

HIV é o causador da AIDS, ele ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. **Não têm cura.**



Homem
Mulher

O HPV provoca verrugas ou machucados na pele, normalmente uma manchinha branca ou acastanhada que coça, aparece na região genital, mas podem ocorrer em outras partes do corpo, como o ânus, garganta, boca, pés e mãos são locais que o vírus do HPV costuma se manifestar.



A Sífilis provoca uma ferida que não dói e nem coça e se desenvolve em estágios, provocando em seu estágio final danos no cérebro, olhos, coração e ossos.

Outras ISTs conhecidas: Hepatite B e C, Gonorréia, Herpes, Clamídia e Tricomoníase,

PENSE, PARE, PREVINA-SE



VAMOS FALAR SOBRE PROTEÇÃO ?



Autores: Marina G. Martellet, Raísa M. Colares

Orientada: Ms. Daiana E. R. Fernandes

REFERÊNCIAS

GOOGLE IMAGENS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Brasília.

VOCÊ CONHECE SEU CORPO?



Genitália Feminina

Genitália Masculina

PERGUNTAS FREQUENTES

A CAMISINHA SÓ PREVINE A GRAVIDEZ?

NÃO. A camisinha além de prevenir a gravidez, ela protege contra as INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST)

QUAL É O MELHOR MÉTODO ANTICONCEPCIONAL?

O melhor método será decidido entre você e o profissional da saúde (enfermeiro ou médico), mas é necessário o uso da camisinha em todas relações sexuais. **SÓ A CAMISINHA PROTEGE DAS IST**

USAR PRESERVATIVO TIRA O PRAZER DURANTE O SEXO?

NÃO. A camisinha pode mudar um pouco a sensibilidade na hora da relação sexual, mas não tira o prazer.

DEVE-SE UTILIZAR A CAMISINHA NA RELAÇÃO SEXUAL ANAL OU ORAL?

SIM. Pois tanto no sexo oral como no anal existe a possibilidade de contrair uma IST. Somente a camisinha pode oferecer prevenção. Ela deve ser usada antes do contato:

- Pênis e vagina/ânus/boca
- Boca e vagina

COMO SE PROTEGER NA HORA DE FAZER SEXO ORAL NA MULHER?

Pode usar a camisinha feminina. O importante é cobrir toda entrada da vagina e evitar o contato direto com o órgão ou com a secreção da parceira.

CAMISINHA MASCULINA: MODO DE USAR



CAMISINHA FEMININA: MODO DE USAR



APÊNDICE C**Cronograma das Atividades e Registro das Participações**

Data da atividade	Turma	Número de Participantes
13.04.18	1º A	45
20.04.18	1º B	40
27.04.18	1º C	30
04.05.18	1º D	28
11.05.18	2º A	32
18.05.18	2º B	34
08.06.18	2º C	29
15.06.18	Projeto SALTO	35

APÊNDICE D

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Vulnerabilidade social à gravidez na adolescência

Pesquisador: Daiana Evangelista Rodrigues; **Contatos:** Telefone (69) 9247-0127; **E-mail:** daiana.enf.24@gmail.com

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa que recebeu o nome “**Vulnerabilidade social à gravidez na adolescência**”. O objetivo desta pesquisa é: compreender fatores relacionados à gravidez entre adolescentes escolares em contexto de vulnerabilidade social, a luz do referencial de Castel. A realização deste estudo pode ajudar a melhorar as atividades para prevenção da gravidez na adolescência no município de Porto Velho. Para participar da pesquisa você precisa responder algumas perguntas sobre o que pensa sobre gravidez na adolescência, camisinha, fontes de informação sobre esses assuntos e a influência da sua família nesse assunto de gravidez na adolescência. O tempo para a entrevista individual será mais ou menos 30 minutos e para o grupo focal (entrevista em grupo), será de no máximo 1h30min. Também será convidado a fazer fotografias que representem o que significa ser pai ou mãe no seu entendimento, caso concorde as fotografias serão utilizadas somente para a finalidade da pesquisa e com autorização, tanto sua, quanto de pessoas que sejam fotografadas. Você não correrá riscos participando desta pesquisa e da mesma forma, não obterá benefícios financeiros. Você receberá resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa. Qualquer problema que ocorra no período de coleta e que precise de maior cuidado, você receberá assistência ou será encaminhada para receber o tratamento adequado. As suas respostas nas entrevistas individuais serão mantidas anônimas e confidenciais, ou seja, ninguém saberá o que você respondeu, a não ser a própria pesquisadora, principalmente quando houver a divulgação das informações. Você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento e suas respostas serão retiradas do estudo. Caso você concorde em participar, por favor, assine este documento em duas vias, uma delas ficará com você e a outra com a pesquisadora.

Assinatura da pesquisadora: Daiana E. R. Fernandes

Assinatura do(a) participante

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ESCOLAR

Prezado (a),

Seu filho (a) está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa chamada VULNERABILIDADE SOCIAL À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA. Meu nome é DAIANA EVANGELISTA RODRIGUES FERNANDES, sou professora da Universidade Federal de Rondônia e estou cursando doutorado na Universidade Federal de Goiás. Sou responsável por esta pesquisa e ela faz parte do meu doutorado. Juntamente com a pesquisa serão realizadas atividades de educação em saúde sobre o mesmo tema da pesquisa.

Por favor, leia as instruções abaixo atentamente e, em caso de dúvidas, pode me perguntar, para decidir se seu filho participará ou não do estudo. No caso de aceitar, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra ficará comigo. Se ainda permanecer com dúvidas, você poderá entrar em contato comigo e em caso de dúvidas sobre os direitos do participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Saúde da Universidade Federal de Rondônia.

UNIR - Comitê de ética em pesquisa com seres humanos (CEP-NUSAU) – Núcleo de Saúde – bloco dos departamentos, piso superior - Campus José Ribeiro Filho – Porto Velho – RO, CEP 76801-059.

Título da pesquisa: VULNERABILIDADE SOCIAL À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Pesquisador responsável: Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes **Telefone para contato:** (69) 9247-0127

Objetivo da pesquisa: compreender fatores relacionados à gravidez entre adolescentes escolares em contexto de vulnerabilidade social, a luz do referencial de Castel

Condução do estudo: Seu filho (a) será orientado (a) sobre a importância, objetivos, ausência de riscos e benefícios da participação neste estudo. Seu nome não será divulgado, mantendo assim o seu anonimato. Você terá garantia de sigilo e direito de retirar seu consentimento a qualquer tempo, sem qualquer tipo de punição ou constrangimento. Para participação seu filho poderá ser entrevistado ou conversar em grupos de adolescentes com a pesquisadora sobre o tema em questão. A participação terá duração de mais menos 1h30min. **Ele também será convidado a fazer fotografias que representem o que é ser pai ou mãe, nestas fotografias poderão aparecer pessoas, incluindo o seu filho. Entretanto, as imagens serão utilizadas somente na pesquisa e a identidade das pessoas será preservada, além disso, somente utilizaremos as fotos que tanto a pessoa fotografada, quanto a pessoa que fez a fotografia concordem e assinem um termo de concessão de imagem.** Pedimos sua autorização para que responda as perguntas sobre gravidez na adolescência, uso da camisinha, fontes de informação sobre saúde sexual e

reprodutiva e participação da família. Em caso de dúvida a pesquisadora está à disposição para os devidos esclarecimentos.

Riscos: Informamos que seu filho (a) não sofrerá riscos, prejuízos ou lesões.

Benefícios: Os benefícios indiretos com a participação neste estudo incluem o conhecimento sobre a prevenção da gravidez na adolescência, o uso do preservativo e a colaboração com o fornecimento de informações que serão valiosas na elaboração de medidas educativas-preventivas que contribuirão para a melhoria da qualidade de vida dos escolares.

Confidencialidade e período de participação: A participação se dará no período das atividades educativas. Se você consentir em participar do mesmo, as informações obtidas serão registradas em formulário próprio e serão mantidas em maior sigilo por todo o período. Portanto, seu nome não constará nos formulários, registros ou publicações. Ainda, você tem liberdade de retirar seu consentimento a qualquer tempo.

Nome e Assinatura do pesquisador

Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes

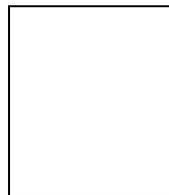
CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG/CPF/ _____, abaixo assinado, concordo que o(a) adolescente _____ participe do estudo, sob a responsabilidade de Daiana E. R. Fernandes como sujeito voluntário. Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data _____

Nome e Assinatura do responsável:

Assinatura Dactiloscópica:



APÊNDICE F

FORMULÁRIO DE PESQUISA: caracterização dos participantes Dados Sociodemográficos, Sexuais e Reprodutivos

Nome: _____

Qual a sua idade? |__| |__| anos

Qual a cor da sua pele? () branca () parda () negra () outra

Religião: () Católica () Evangélica () Umbanda () Espírita

() Outra: _____ () Sem religião

Você tem alguma atividade ou ocupação além da escola?

Quanto é aproximadamente a renda financeira da sua família?

() 1 a 2 salários () 2 a 3 salários () 4 a 5 salários () 6 a 7 salários () 8 a 9 salários () Mais de 10 salários () sem salário

Seus pais frequentaram escola? () sim () não

Até que série? Pai: _____; Mãe: _____

Qual a ocupação dos seus pais?

Pai: _____ Mãe: _____

Qual era a idade dos seus pais quando você nasceu?

Pai: _____ Mãe: _____

Situação conjugal dos seus pais quando você nasceu?

Pai: _____ Mãe: _____

Situação conjugal atual dos pais:

() Casados () Separados

Outros: _____

PARA O SEXO FEMININO:

Com que idade você ficou menstruada pela primeira vez? _____

Já teve relações sexuais? () Sim () Não

Com que idade aconteceu sua primeira relação sexual? _____

Com quem aconteceu sua primeira relação sexual? _____

Você concordou em ter sua primeira relação sexual? _____

Quantas parcerias sexuais você tem ou teve? _____

Já ficou grávida? () Sim () Não

Quantas vezes você já ficou grávida? _____

Com que idade teve a sua primeira gravidez? _____

Quantos filhos nascidos vivos você tem ou teve? _____

Qual a idade do(s) pai(s) ná época do nascimento? _____

Tipo de parto: () Normal () Cesárea () Fórceps

Já teve aborto: () Sim () Não

Caso sim: () Provocado () Espontâneo **Quantos** _____

Usa algum Método Contraceptivo: () Não utiliza () Anticoncepcional comprimido () Anticoncepcional injetável () Camisinha () Diafragma () DIU () Métodos naturais

PARA O SEXO MASCULINO:

Já teve relações sexuais? () Sim () Não

Com que idade aconteceu sua primeira relação sexual? _____

Com quem aconteceu sua primeira relação sexual? _____

Você concordou em ter sua primeira relação sexual? _____

Quantas parcerias sexuais você tem ou teve? _____

Já engravidou alguém? () Sim () Não

Quantas vezes você engravidou alguém? _____

Com que idade engravidou alguém pela primeira vez? _____

Quantos filhos nascidos vivos você tem ou teve? _____

Qual a idade da(s) mãe(s) ná época do nascimento? _____

Tipo de parto: () Normal () Cesárea () Fórceps

Alguém que você engravidou já teve aborto: () Sim () Não

Caso sim: () Provocado () Espontâneo **Quantos** _____

Usa algum Método Contraceptivo: () Não utiliza () Anticoncepcional comprimido () Anticoncepcional injetável () Camisinha () Diafragma () DIU () Métodos naturais

ANEXO 1

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vulnerabilidade social à gravidez na adolescência

Pesquisador: DAIANA EVANGELISTA RODRIGUES FERNANDES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 58753816.0.0000.5300

Instituição Proponente: Universidade Federal de Rondônia - UNIR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.809.990

Apresentação do Projeto:

Projeto de doutorado intitulado VULNERABILIDADE SOCIAL À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA, apresentado ao PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM ENFERMAGEM a nível de doutoramento na Universidade Federal de Goiás.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender fatores relacionados à gravidez entre adolescentes escolares em contexto de vulnerabilidade social, à luz do referencial de Castel.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Quanto a condução da pesquisa, considerando aspectos já apresentados na introdução sobre as características da adolescência, o relacionamento interpessoal com a pesquisadora, inicialmente, poderá ser dificultado, no entanto, acreditamos que tal barreira será transposta à medida que for estabelecido vínculo entre pesquisadora e participantes. O tema que será abordado também pode ser encarado como um tabu por alguns adolescentes, mas as ações educativas previstas para aproximação com o campo propiciam a resolução desta dificuldade. Além disso, os adolescentes com maior dificuldade em expressar-se poderão participar das entrevistas individuais.

Outro risco envolvido é o de que alguns pais não concordem com a participação dos filhos, da mesma forma, alguns adolescentes podem não concordar em participar. Entretanto, tais fatos não

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2955 campus José R.

Bairro: Centro CEP: 78.000-000

UF: RO Município: PORTO VELHO

Telefone: (69)1162-2111

E-mail: cepunir@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Parecer: 1.009.890

poderão trazer prejuízos à pesquisa, visto que não necessitamos da participação da totalidade dos adolescentes dentro dos critérios de inclusão. Podem existir dificuldades quanto à aceitação por gestores, professores ou outros profissionais da escola. No intuito de evitar tal barreira, a escola que receberá o estudo será definida juntamente com os gestores responsáveis na Secretaria Estadual de Educação, visto que este órgão tem total condição de apontar uma escola que reúna as características adequadas e necessárias à realização do estudo e que poderá também obter os maiores benefícios com o mesmo. Apesar dos aspectos apresentados, acreditamos que os riscos ou dificuldades que impeçam a realização da pesquisa possam ser mitigados em face dos benefícios.

Benefícios: Contribuição com a construção de um corpo de conhecimentos no âmbito social da saúde do adolescente que propicie ações por parte de profissionais de saúde, especialmente, enfermeiros e demais profissionais envolvidos com a Estratégia de Saúde da Família e Programa Saúde na Escola; Manuscritos, a partir dos resultados da pesquisa, de modo a enriquecer o conhecimento científico sobre adolescentes; Subsídios para revisão e implementação de políticas públicas sociais e de saúde do adolescente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa justifica-se também por sua relevância política, quando se propõe a discutir os fatores associados à gravidez na adolescência, assim como diagnosticar a situação de uma escola na capital do Estado de Rondônia. Isto porque pode servir como suporte aos órgãos governamentais, para que fomentem políticas voltadas à promoção de saúde envolvendo a prevenção e diminuição do índice de gravidez na adolescência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Baseada na resolução em vigor 466/12 CNS e no parecer que apresentava a pendência, verifica-se que a pesquisadora atendeu as exigências resolutoras.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta condições suficientes para sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_764638.pdf	05/09/2016 10:07:44		Aceito

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2968 campus José R.
Bairro: Centro CEP: 79.000-000
UF: RO Município: PORTO VELHO
Telefone: (67)1162-2111 E-mail: cepunir@yahoo.com.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDÔNIA - UNIR



Continuação do Parecer: 1.008.890

Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	05/09/2016 10:05:17	DAIANA EVANGELISTA RODRIGUES FERNANDES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEeTALE.pdf	03/08/2016 15:44:31	DAIANA EVANGELISTA RODRIGUES FERNANDES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDaianaCEP.pdf	03/08/2016 15:41:36	DAIANA EVANGELISTA RODRIGUES FERNANDES	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.PDF	03/08/2016 15:38:48	DAIANA EVANGELISTA RODRIGUES FERNANDES	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO VELHO, 07 de Novembro de 2016

Assinado por:
Edson dos Santos Farias
(Coordenador)

Endereço: Avenida Presidente Dutra, 2988 campus José R.
Bairro: Centro CEP: 78.000-000
UF: RO Município: PORTO VELHO
Telefone: (68)1162-2111 E-mail: cepunir@yahoo.com.br

ANEXO 2

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR ESTADUAL DE EDUCAÇÃO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO GESTOR DE EDUCAÇÃO DO ESTADO DE RONDÔNIA

Senhora Gestora,

Meu nome é Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes, sou enfermeira, professora da Universidade Federal de Rondônia e estou cursando doutorado na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Estou apresentando para vossa apreciação o projeto de pesquisa intitulado: **Vulnerabilidade social à gravidez na adolescência**. Tal projeto se trata do meu projeto de tese para o doutorado. Seu objetivo geral é **compreender fatores relacionados à gravidez entre adolescentes escolares em contexto de vulnerabilidade social, a luz do referencial de Castel**. Pretendemos realizar o estudo em escola pública de ensino médio da zona leste de Porto Velho em local a ser definido juntamente com esta secretaria de estado da educação. Acreditamos que a realização de estudos como este pode contribuir para subsidiar as ações de profissionais envolvidos com o tema, bem como, com a elaboração de políticas públicas no sentido de diminuir os índices de gravidez na adolescência no Estado de Rondônia. Caso concorde, por gentileza, assine abaixo.

Rodrigues

Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes
Pesquisadora Responsável
e-mail: daianaunir@gmail.com
Telefone: (69) 99247-0127

Autorizo:

Aparecida de Fátima Gavioli
Secretária de Estado da Educação

Aparecida de Fátima Gavioli Soares Pereira
Secretária Estadual de Educação do Estado de Rondônia

Porto Velho, RO, 11 de agosto, 2016.