

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: PERSPECTIVAS E
INTERVENÇÃO PARA ADOLESCENTES EM ESCOLA
MUNICIPAL DE SANTA MARIA, RS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Daniela Aline Kaufmann Seady

**Santa Maria, RS, Brasil
2014**

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: PERSPECTIVAS E
INTERVENÇÃO PARA ADOLESCENTES EM ESCOLA
MUNICIPAL DE SANTA MARIA, RS**

Daniela Aline Kaufmann Seady

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde, Área de Concentração em Promoção e Tecnologia em Saúde, na Linha de Pesquisa em Promoção da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Ciências da Saúde**

Orientadora: Maria Teresa Aquino de Campos Velho

**Santa Maria, RS, Brasil.
2014**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Kaufmann Seady, Daniela Aline
SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: PERSPECTIVAS E INTERVENÇÃO
PARA ADOLESCENTES EM ESCOLA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, RS
/ Daniela Aline Kaufmann Seady.-2014.
165 p.; 30cm

Orientadora: Maria Teresa Aquino de Campos Velho
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde, RS, 2014

1. Saúde sexual e reprodutiva 2. Adolescentes 3.
Educação sexual 4. Escola I. Aquino de Campos Velho,
Maria Teresa II. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde**

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

**SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: PERSPECTIVAS E
INTERVENÇÃO PARA ADOLESCENTES EM ESCOLA MUNICIPAL
DE SANTA MARIA, RS**

elaborada por
Daniela Aline Kaufmann Seady

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Ciências da Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA:

Maria Teresa Aquino de Campos Velho, Dra.
(Presidente / Orientadora)

Valeska Maria Fortes de Oliveira, Dra. (UFSM)

Eva Neri Rubim Pedro, Dra. (UFRGS)

Santa Maria, 08 de agosto de 2014.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os adolescentes, “verdadeiras preciosidades” que acolheram meu convite e participaram ativamente na elaboração deste processo de construção e crescimento pessoal e profissional.

“A vida é igual garimpo.
Não se percebe o diamante
numa primeira olhada.
Por ser muito parecido
com o cascalho,
corre o risco
de ser jogado fora.
Cascalhos e diamantes se parecem.

A única diferença é que o diamante
esconde o brilho sob as cascas
que o revestem.

É preciso lapidar.
Pessoas são como diamantes.
Corremos o risco de jogá-las fora
só porque não tivemos
a disposição
de olhá-las para além
de suas cascas.

E então, desperdiçamos
grandes riquezas
no exercício
de alimentar pobreza.”

Padre Fábio de Melo

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida e sabedoria.

Aos meus amados pais Roque e Lori, pelo amor, incentivo, apoio e exemplos de fé, conduta e dignidade.

À minha irmã Tina, pelo carinho, consolo e por acreditar na minha capacidade e sempre me dizer “tu vais conseguir, vai dar tudo certo!”.

Ao meu querido marido Jan, homem de fé, paciência e amor, que soube compreender minhas angústias e ansiedades e sempre me incentivou a lutar pelos meus sonhos.

À minha fantástica orientadora Maria Teresa Campos Velho, querida “Teca”, por acreditar em mim e ter me dado oportunidade de realizar este mestrado, sempre me acolhendo e compreendendo com excelência. Muito obrigada pelo aprendizado, ensinamentos, carinho, dedicação e exemplo. Com certeza é uma inspiração para mim!

Aos queridos colaboradores do Projeto, Silvana, Camila, Leo e Dione. Vocês foram fundamentais para a realização deste trabalho. Obrigada pela parceria, trocas de experiências e construção coletiva das intervenções!

À equipe da Estratégia Saúde da Família Maringá, por compreender minhas ausências e me apoiar em diversos momentos.

À Escola Municipal de Ensino Fundamental Diácono João Luiz Pozzobon – campo de pesquisa – que acolheu o Projeto, incentivou e auxiliou todo o percurso do trabalho.

Aos pais e responsáveis pelos adolescentes por permitirem a viabilização deste estudo.

Aos queridos adolescentes que confiaram um tempo de suas vidas para participar efetivamente dos encontros quinzenais, com os quais muito aprendi profissionalmente e pessoalmente.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Mestrado Profissional em Ciências da Saúde
Universidade Federal de Santa Maria

SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: PERSPECTIVAS E INTERVENÇÃO PARA ADOLESCENTES EM ESCOLA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, RS

AUTORA: DANIELA ALINE KAUFMANN SEADY
ORIENTADORA: MARIA TERESA AQUINO DE CAMPOS VELHO
Santa Maria, 08 de agosto de 2014.

A conjuntura da realidade brasileira em saúde tem se constituído de fenômenos multideterminados; perduram importantes e graves problemas sociais e de saúde reprodutiva entre os adolescentes. Podem-se citar a gravidez inoportuna e as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Esses dois itens evidenciam a necessidade de conectar, fortemente, as áreas da saúde e da educação, a fim de efetivar a promoção e educação em saúde visando, nesse caso, à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Objetivo: analisar os resultados de intervenções e a atuação de um profissional da saúde, como educador em Saúde do Adolescente, principalmente, na área reprodutiva e sexual, com alunos de uma escola municipal de Santa Maria/RS. Métodos: pesquisa exploratória e descritiva, do tipo quanti/qualitativo. Durante o ano letivo de 2013, foram realizados 17 encontros/ intervenções de profissionais da saúde de uma Estratégia Saúde da Família (periodicidade quinzenal), com 32 adolescentes, com idade entre 12 e 14 anos. Utilizou-se a metodologia participativa. Aplicou-se um questionário pré e pós-teste e entrevista individual. Resultados e discussão: o Projeto acrescentou conhecimentos sobre a saúde sexual e reprodutiva. Verificou-se que a realização de ações combinadas (saúde e escola) pode contribuir para o desenvolvimento de adolescentes mais informados e criticamente mais reflexivos, principalmente, quando se trata de temas de abordagem complexa e não contemplados em currículo formal. O trabalho com temas sensíveis relacionados à saúde sexual e reprodutiva, em uma abordagem dinâmica, honesta e participativa pode constituir-se em estratégia eficiente para promover possíveis mudanças de comportamento dos adolescentes frente à sexualidade. Considerações finais: por meio deste estudo, percebeu-se a relevância da execução de ações educativas participativas e continuadas, ofertadas por pessoal qualificado e habilitado a trabalhar com saúde sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: Saúde sexual e reprodutiva. Adolescentes. Educação sexual. Escola.

ABSTRACT

Master of Science Dissertation
Graduate Health Science Program
Federal University of Santa Maria

SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH: PERSPECTIVES AND INTERVENTION FOR TEENAGERS IN A MUNICIPAL SCHOOL OF SANTA MARIA, RS

AUTHOR: DANIELA ALINE KAUFMANN SEADY
MASTER'S SUPERVISOR: MARIA TERESA AQUINO DE CAMPOS VELHO

The situation of the Brazilian reality in health has been constituted to multidetermined phenomena; it has remained important and serious social problems and reproductive health among teenagers. The inopportune pregnancy and Sexually Transmitted Infections (STIs) diseases . These two items show the need to strongly connect the areas of health and education in order to conduct the promotion and health education aimed, in this case, sexual and reproductive health of teenagers. Objective: to analyze the results of operations and the performance of a health professional , as an educator in Teenager Health , especially in sexual and reproductive area , by students of a municipal school in Santa Maria / RS . Methods: exploratory and descriptive research, the type quantity / quality. In school year 2013, 17 meetings / interventions of health professionals of a Family Health Strategy (fortnightly periodicity) with 32 teenagers aged between 12 and 14 years were performed . It has used a participatory methodology and applied a pre and post-test questionnaire and individual interviews. Results and discussion: Project added knowledge about sexual and reproductive health. It was found that the performance of combined actions (health and school) may contribute to the development of more informed and more critically reflective teenagers, especially when it comes to issues of complex approach, not included in the formal curriculum. Working with sensitive issues related to sexual and reproductive health, in a dynamic, honest and participatory approach it can be an efficient strategy to promote behavior change towards sexuality of teenagers. Final Thoughts: through this study, we realized the importance of the implementation of a participatory and continuous education, offered by qualified and licensed personnel working with sexual and reproductive health.

Keywords: Sexual and Reproductive Health, teenagers, sex education, scholl

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Desenho do corpo humano feminino, elaborado pelos adolescentes	64
Figura 2 - Desenho do corpo humano masculino, elaborado pelos adolescentes	65
Figura 3 - Cartaz sobre gênero.....	66
Figura 4 - Gincana “Caderneta do Adolescente”	68
Figura 5 - Dinâmica “Árvore da Vida”.....	70
Figura 6 - Cartaz confeccionado pelos adolescentes.....	71
Figura 7 - Adolescentes que cuidaram do “ovo” por 15 dias como se fosse um bebê.....	74
Figura 8 - Dinâmica sobre autoestima.....	80
Figura 9 - Dinâmica “Minha bandeira pessoal”.....	81
Figura 10 - Dinâmica de desligamento do Projeto.....	84
Figura 11 - Festa de encerramento do Projeto.....	85

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gráfico comparativo das pessoas com quem os adolescentes conversam sobre sexualidade, pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.....	95
Gráfico 2 – Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes sobre a função da pílula anticoncepcional, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.....	99
Gráfico 3 – Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes sobre a pílula anticoncepcional e a proteção contra DST/AIDS, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.....	100
Gráfico 4 – Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes sobre a forma de evitar uma gravidez, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013	100
Gráfico 5 – Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes sobre o que são DST's, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.....	104
Gráfico 6 – Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes sobre a forma mais provável de adquirir uma DST e HIV/AIDS, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.....	105
Gráfico 7 – Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes sobre a forma de evitar uma DST's e HIV/AIDS, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.....	105
Gráfico 8 – Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes sobre DST's e HIV/AIDS, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.....	106
Gráfico 9 – Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes quanto ao uso do preservativo masculino, EMEF, SM, RS, 2013.....	107
Gráfico 10 – Gráfico comparativo sobre relações de gênero (direitos), EMEF, SM, RS, 2013.....	109
Gráfico 11 – Gráfico comparativo sobre relações de gênero, EMEF, SM, RS, 2013.....	110
Gráfico 12 – Gráfico comparativo da opinião dos adolescentes sobre a responsabilidade de evitar uma gravidez, EMEF, SM, RS, 2013.....	111
Gráfico 13 – Gráfico comparativo do conhecimento da Caderneta do Adolescente, EMEF, SM, RS, 2013.....	113
Gráfico 14 – Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes a respeito da identificação dos trabalhadores de saúde na ESF Maringá, EMEF, SM, RS, 2013.....	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tabela demonstrativa das características sociodemográficas dos adolescentes participantes do estudo, no pré-teste, EMEF, SM, RS, 2013.....	88
Tabela 2 – Tabela comparativa da idade e das relações sexuais, no pré-teste, EMEF, SM, RS, 2013.....	91
Tabela 3 – Tabela comparativa dos aspectos relacionados à sexualidade dos adolescentes participantes do estudo no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.....	94
Tabela 4 – Tabela comparativa do conhecimento sobre gravidez na adolescência dos adolescentes participantes do estudo, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.....	98
Tabela 5 – Tabela comparativa do conhecimento sobre DTS/HIV/AIDS dos adolescentes participantes do estudo, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.....	103

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CEF – Caixa Econômica Federal
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CSA – Caderneta de Saúde do Adolescente
DIU – Dispositivo Intra-Uterino
DJLP – Diácono João Luiz Pozzobon
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ECA – Estatuto da Criança e da Adolescência
EMEF – Escola Municipal de Ensino Fundamental
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
HO – História Oral
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Ideb – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
Inep – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
N – Número
OMS – Organização Mundial da Saúde
PCN – Parâmetros Curriculares Nacionais
PPP – Projeto Político Pedagógico
PSE – Programa Saúde na Escola
RMISPS – Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde
RS – Rio Grande do Sul
SBT – Sistema Brasileiro de Televisão
SM – Santa Maria
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TV – Televisor
UFMS – Universidade Federal de Santa Maria
UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNFPA – United Nations Population Fund
WHO – World Health Organization

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A – Questionário	149
Apêndice B – Comentário das Atividades.....	155
Apêndice C – Certificado de Participação.....	159

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	161
Anexo 2 – Parecer do Conselho de Ética e Pesquisa da UFSM.....	163

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	29
1.1 ESTRUTURA.....	31
1.2 OBJETIVOS.....	31
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	33
2.1 EDUCAÇÃO SEXUAL E REPRODUTIVA.....	33
2.2 PAPEL DA ESCOLA NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	37
2.3 PAPEL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	39
2.4 ADOLESCÊNCIA.....	41
2.5 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	44
2.6 CONCEITO DE GÊNERO.....	46
2.7 REFLETINDO SUMARIAMENTE SOBRE PAULO FREIRE.....	48
3 MÉTODOS.....	51
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	51
3.2 PARTE 1: A PESQUISA QUANTITATIVA.....	54
3.3 PARTE 2: A PESQUISA QUALITATIVA.....	56
3.4 AS INTERVENÇÕES.....	61
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	87
4.1 RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA QUANTITATIVA (PARTE 1).....	87
4.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO PESQUISA QUALITATIVA (PARTE 2).....	115
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	133
6 REFERÊNCIAS.....	137
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO.....	149
APÊNDICE B – COMENTÁRIO DAS ATIVIDADES.....	155
APÊNDICE C – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO.....	159
ANEXO 1 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	161
ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFSM.....	163

1 INTRODUÇÃO

Durante o ciclo da vida, todos os seres humanos passam por várias fases de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento. Nesse sentido, a adolescência é considerada como um período de transição entre a infância e a fase adulta. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), adolescente é todo indivíduo que se encontra na faixa etária de 10 a 19 anos de idade. Já, no Brasil, o Estatuto da Criança e da Adolescência (ECA) - Lei 8.069 de 1990 - estabelece outra faixa etária para a adolescência: dos 12 aos 18 anos de idade. Cabe ressaltar, porém, que a demarcação por faixa etária não abarca o entendimento da adolescência como um processo social. É preciso enxergar esse público de forma integral, ou seja, considerar as condições econômicas, políticas, sociais e culturais que determinam comportamentos individuais e grupais dos adolescentes.

No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de adolescentes representa 21% da total, número expressivo que requer uma atenção especial (BRASIL, 2007). Nesse sentido, a saúde do adolescente tem sido foco de inúmeras políticas públicas nas últimas décadas. Tal fato levou o Ministério da Saúde a criar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde dos Adolescentes e Jovens. Essa política prioriza a promoção da saúde, a prevenção às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's)/AIDS, a melhoria do atendimento ao crescimento e ao desenvolvimento, à saúde sexual, à saúde reprodutiva, notadamente à gravidez na adolescência e ao planejamento sexual e reprodutivo dessa população.

O objetivo dessa política é incorporar a saúde do adolescente à estrutura e aos mecanismos de gestão, à rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e às ações de rotina deste, em todos os níveis, principalmente através do fortalecimento da Atenção Básica. Esta é considerada a porta de entrada, em níveis de resolução da maioria dos agravos, o que permite o envolvimento dos adolescentes nas questões de saúde individual e coletiva, garantindo a formação de jovens multiplicadores para as ações de promoção e prevenção.

Uma das preocupações das autoridades sanitárias brasileiras é a gravidez durante a adolescência, pois se trata de relevante problema de saúde pública que teve aumento de incidência nas últimas décadas, principalmente entre as adolescentes precoces (10-14 anos).

Sob diferentes aspectos, segundo a maioria dos autores, resulta em prejuízos de ordem pessoal – abandono dos estudos e dificuldade de inserção no mercado de trabalho – que levam a profundas alterações do projeto de vida, além de dano familiar e social entre os envolvidos no evento. Do ponto de vista familiar, ressaltam-se as dificuldades comportamentais, estruturais e financeiras, assim como o comprometimento da renda e, por conseguinte, impactos na qualidade de vida. Para a adolescente, a gravidez ocorre em um organismo que ainda está em desenvolvimento físico e emocional, sofrendo as mudanças corporais e emocionais próprias desse período da vida. Sabe-se que as questões vinculadas à educação em saúde e prevenção de eventos gravídicos na juventude englobam temas e enfoques que transcendem o evento. Estes abarcam aspectos biológicos, sociais e culturais que devem ser levados em conta com seriedade e ter atenção mais prolongada.

A adolescência é uma fase reflexiva da vida, é quando o jovem passa a vivenciar as mudanças corpóreas, intelectuais e emocionais e deve se preparar para os desafios que o mundo oportuniza. Por isso, quanto à sua educação, não basta lhe oferecer informações, pois estar informado não significa, necessariamente, conhecer, tomar decisões e fazer o que é correto; é importante que haja espaços interativos para que esse processo seja mais tranquilo, saudável e acolhedor. Dessa forma, é necessária a criação de um ambiente, dentro ou fora da escola, onde haja a promoção de discussões e problematização de questões, trazidas pelos jovens e professores, referentes à adolescência e à sexualidade, destacando-se o debate relativo à noção de responsabilidade associadas aos temas de saúde reprodutiva e sexual.

A educação sexual pode ser uma estratégia eficiente no que diz respeito à possíveis mudanças de comportamento dos adolescentes frente à sexualidade, pois é um processo que envolve o resgate do indivíduo, a promoção da autoestima e a conscientização dos riscos vivenciados. Somente dessa maneira, estabelece-se uma postura saudável frente à vida sexual – o sexo responsável, um dos principais objetivos dessa abordagem educativa.

Inserida na realidade social, a escola é espaço de construção da subjetividade e *locus* privilegiado para as práticas educativas em saúde. Nesse ambiente escolar, os adolescentes permanecem por mais tempo, socializam-se e convivem com pessoas de diferentes culturas e ainda apresentam oportunidades de relacionamento com o sexo oposto, viabilizando a formação da identidade sexual, a construção de valores e habilidades.

Diante dessas informações, justifica-se a necessidade de analisar o impacto das ações educativas de intervenções de saúde sexual e reprodutiva, realizadas com adolescentes, bem como desenvolver reflexões mais aprofundadas sobre o universo da adolescência e a função

dos profissionais da saúde e educadores. Assim, a proposta deste estudo é o desenvolvimento de produção de conhecimentos a partir de intervenções sobre saúde sexual e reprodutiva ao longo de um ano letivo em uma escola de ensino fundamental.

1.1 Estrutura

A organização da presente dissertação inicia com um capítulo introdutório que apresenta o problema a ser estudado e suas razões. Em seguida serão apresentados os objetivos que se pretende alcançar.

Na sequência, entra-se no desenvolvimento propriamente dito do trabalho, iniciando-se pela Revisão Bibliográfica, elaborada em forma de revisão narrativa do tema.

O delineamento da pesquisa, seus procedimentos e logística para obtenção e análise dos dados constam do capítulo intitulado Métodos. Os Resultados e Discussão compõem o capítulo seguinte, onde os achados da presente pesquisa são demonstrados e comparados com dados da literatura.

Por fim, apresenta-se um capítulo conclusivo, no qual se procura demonstrar o encontro dos objetivos propostos com os resultados alcançados.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

O objetivo do presente estudo foi analisar o impacto de intervenções e a atuação de um profissional da saúde, como educador em Saúde do Adolescente, principalmente, na área reprodutiva e sexual, com alunos de uma escola municipal de Santa Maria/RS.

1.2.2 Objetivos específicos

- Conhecer o impacto de intervenções que abordam temáticas relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva entre os adolescentes de uma escola municipal de Santa Maria/ RS;

- Analisar o conhecimento/entendimento sobre Saúde Sexual e Reprodutiva de adolescentes antes e depois de uma intervenção proposta (pré-teste e pós-teste);

- Avaliar os resultados (quantitativamente) e compreender (qualitativamente) os efeitos e possíveis mudanças ocorridas através da atuação e inserção de um profissional da saúde, como o fisioterapeuta, que não possui no currículo do Curso tema específico sobre sexualidade, como um agente de saúde/educador em Saúde do Adolescente.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Nessa revisão bibliográfica serão enfocados os temas apresentados conforme a sequência a seguir: Educação sexual e reprodutiva, Papel da escola na educação em saúde, Papel dos serviços de saúde na educação em saúde, Adolescência, Gravidez na adolescência, Conceito de gênero e Refletindo sumariamente sobre Paulo Freire.

2.1 Educação Sexual e Reprodutiva

A sexualidade é uma das características mais importantes do ser humano e está presente desde os primórdios da vida. O ser humano é movido por suas pulsões libidinais direcionadas à busca do prazer e bem estar, e estas se manifestam muito precocemente. É na adolescência, com a chegada da puberdade e o desenvolvimento físico, que o ser humano se torna apto a concretizar a sexualidade plena através do ato sexual propriamente dito, que permite tanto obter prazer erótico como procriar (BRASIL, 2008).

Por sexualidade, entende-se a forma como cada pessoa vive a sua condição de homem ou mulher, com relação às outras pessoas. Esta dimensão da personalidade humana pode ser aprendida como se aprende qualquer outro modo de comportar-se, pois acompanha os seres humanos desde o nascimento até a nossa morte. Pode se manifestar de maneira diferente para cada momento existencial, em uma mesma pessoa e de modos distintos para diferentes pessoas. A sexualidade é sentida e é vivida e não representa apenas relações sexuais ou a genitalidade. De acordo com a OMS, a sexualidade é uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado de outros aspectos da vida. Engloba uma gama de pensamentos, sentimentos, afetos, ações e interações que envolvem esta dimensão do viver humano (BRASIL, 2008; CAMPOS VELHO, 2003).

As formas como as pessoas podem viver e expressar sua sexualidade podem ser bastante distintas; ela não significa apenas os genitais, a reprodução, o coito e a heterossexualidade. A maneira que se vive a sexualidade é aprendida ao longo da vida e esse

aprendizado deveria ser feito pela educação e pelas próprias experiências. Deste modo ela é descoberta, aperfeiçoada e desfrutada ao longo de todo o viver. Além do que, a sexualidade é diferente para cada pessoa, muda com o tempo, cultura e não tem porque coincidir com uma norma estabelecida. A ideia de que existe uma única forma de “como deve ser” ou “uma forma ideal de sexualidade” é o que faz com que se busque a forma perfeita, o que, obviamente, é algo inexistente e impossível (MASTER e JOHNSON, 1988; CAVALCANTI, 1995).

No entanto, as expressões da sexualidade variam tanto, como variam as formas de ser, desejar e viver das pessoas. A sexualidade é considerada como um dos eixos estruturantes da cultura e da vida em sociedade e as práticas sexuais, no cotidiano, estão determinadas por fatores muito complexos que respondem à heterogeneidade cultural existente em cada sociedade. Toda a ação ou omissão do sexual está sempre carregada de significados socioculturais (MASTER e JOHNSON, 1988; CAVALCANTI, 1995; SEIXAS, 1998; SIKOS 1998; CAMPOS VELHO, 2003).

A questão da educação sexual permanece, até os dias de hoje, como um tema controverso, mal elaborado e, geralmente, mal conduzido na área da saúde e nos diversos níveis educacionais em que deveria se desenvolver e processar. No melhor dos casos, a comunicação neste âmbito permanece sofrível entre pais e filhos/as; docentes e discentes; profissionais da saúde e usuários. A sociedade e a cultura são pluralistas, cujos paradigmas sexuais são contraditórios. Seixas (1998) salientou, por exemplo, que no ocidente, no início do século XX, o sexo foi considerado culposos e vergonhosos; no entanto, nessa época, segundo a autora, Freud começou a desmistificar a realidade vitoriana do sexo e propôs uma reavaliação do prazer sexual como função necessária e saudável. O ideal mudou: a mulher precisaria, agora, entender de prazer. Deveria ser capaz de ter orgasmo. A sociedade ocidental não definiu claramente, nem aceitou de modo geral, as regras, as normativas, os pensamentos e as atitudes sobre a sexualidade. Estas variam de época para época, de contexto para contexto, de cultura para cultura (PIPHER, 2002; CAVALCANTI, 1995; GUIMARÃES, VIEIRA e PALMEIRA, 2003; SEIXAS, 1998).

Segundo Campos Velho (2003) são ouvidas e apreendidas diversas mensagens com relação ao sexo e à sexualidade provenientes da família, da igreja, da escola e dos meios de comunicação. Tais mensagens são, no mais das vezes, contraditórias e ambivalentes. As normas sugerem um determinado comportamento; a mídia e as vivências, outros. Coexistem condutas permissivas e liberais ao lado de comportamentos que são coercitivos e castradores

em um mesmo espaço físico, em uma comunidade ou cidade, ou país. Cada pessoa precisa integrar-se com todas essas mensagens que, geralmente, não são congruentes e, depois de tudo, ela deve estabelecer um consenso de valores próprios que tenha algum sentido para si e para o seu grupo de relações.

Além disso, segundo Pipher (2002), os paradigmas chocam-se no interior das pessoas – quando são necessárias decisões e posicionamentos sobre a sexualidade – e, também embatem-se entre uma pessoa e outra. A cultura atual está totalmente dividida em matéria de sexo e sexualidade. As mulheres são educadas para que valorizem a si próprias como pessoas íntegras e totais; os meios de comunicação e a sociedade em geral ainda as reduzem a um mero corpo. Os modelos sexuais da atualidade refletem a ambiguidade a respeito da sexualidade feminina. Os homens, historicamente, são estimulados a ser e a tornarem-se atrativos, agressivos e ativos sexualmente. As mulheres ainda necessitam parecer, às vezes, anjos cândidos e puros; às vezes, mitos de beleza, pessoas que insinuem sensualidade à flor da pele. No entanto, demonstrar a sensualidade, o desejo e falar da própria experiência sexual ainda é considerado, muitas vezes, um sinônimo de vulgaridade. Em face disso, como eleger o posicionamento e os procedimentos adequados e administrar essas controvérsias na vida real? O que necessitam aprender homens e mulheres para que seus comportamentos sexuais sejam mais simples e naturais e para que o exercício da sexualidade possa ser mais confortavelmente vivido e compartilhado?

Os homens e as mulheres recebem dois tipos diferenciados de educação sexual, sendo a mais contraditória aquela que é transmitida para elas. Um tipo de educação sexual, quando existe, é aquele feito por meio de uma abordagem formal, que enfoca a anatomia dos genitais, a fisiologia da reprodução e as doenças sexualmente transmissíveis. Esses conteúdos estão distantes da abordagem, igualmente essencial, que deveria ser ofertada a respeito de outros ângulos da sexualidade. Vale dizer, aquela abordagem cujo conteúdo pode ser manifestado por temáticas que valorizem, por exemplo, o prazer que pode vir das trocas afetivas e das carícias corporais e do ato sexual em si. É preciso acentuar-se a importância dessas condições na vida de homens e de mulheres. Promover esse aprendizado enfatizando, também, o debate sobre o amor, o afeto e as relações entre os seres humanos em todas as suas formas (SIKOS, 1998; CAVALCANTI, 1995; CAMPOS VELHO, 2003).

Contudo, existe outro tipo de educação informal para o sexo e sexualidade que consideramos mais concreta e real. É aquela que circula nos corredores das escolas, em conversas com os/as amigos/as e entre os grupos dos próprios adolescentes. Pesquisas

demonstram (OSÓRIO, 2000; MADEIRA, 1997) que os amigos e os companheiros de turma são os principais informadores sobre sexo e sexualidade para os jovens. Quando esses são questionados a tal respeito, normalmente respondem, mesmo nos dias de hoje, que raramente tiveram conversas sobre sexo ou sexualidade com os seus pais, com seus professores ou com os profissionais da saúde. Se alguma vez tal temática foi abordada em casa ou na escola, foi sobre a ótica biologicista habitual: os órgãos sexuais, a reprodução e o sexo como algo que pode ser perigoso e traz doenças ou gravidez. Raramente foi focado com algo natural, que faz parte da vida humana, que traz prazer e bem-estar. Raramente é dito que sexo é algo que necessita ser aprendido e orientado tanto emocional como fisicamente, como qualquer outro tema que se ensina às pessoas (MASTER e JOHNSON, 1988; CAVALCANTI, 1995; SEIXAS, 1998).

Para Geldstein, Domínguez e Nena (2000), evitar de falar sobre a sexualidade é, precisamente, uma forma de controle imposto sobre o sexo, é a primeira forma de negação realizada sobre o assunto. Não falar sobre alguma coisa significa negar a sua existência. É pertinente salientar que as mães ou os pais que podem ser importantes auxiliares nesta fase transicional – educando, dialogando e mostrando cumplicidade – mas sentem-se, em sua maioria, despreparados e não sabem como se comportar ou reagir com relação ao tema. Tal atitude de negação gera desconforto e hipocrisia na relação entre pais e filhos. São fatos da vida humana sobre os quais não se fala. Os pais atuam como se sexo e sexualidade não existissem e não fizessem parte importante do imaginário e da vida real dos filhos em quase todas as fases do seu viver (LOURO, 1997; PIPHER, 2002; OSÓRIO, 2000).

Segundo Campos Velho (2003), atualmente é quase impossível não ter presente a questão do sexo em quase todos os locais do mundo. Vai de um amplo setor – que engloba a urbanidade, a publicidade, a internet e a mídia, em todas as suas facetas –, às conversas, à escola, dentre outros que se pode citar. Talvez pelas dificuldades que se compreende estarem presentes nos pais, imagina-se porque costumam transferir essa parte da educação de seus filhos às escolas. Estas, assim como os/as professores/as, afirmam que a educação para a sexualidade deveria começar e ser ofertada em casa e apenas complementada na rede de ensino. Diante desse contexto, o papel da escola será o próximo item a ser refletido.

2.2 Papel da escola na educação em saúde

Educação é, antes de tudo, o processo de gerar bons hábitos ou de substituir hábitos nocivos por outros melhores. Por certo, os hábitos movem, mas resta o livre-arbítrio para escolhê-los. Precisa-se deles vitalmente, nas escolas e em toda parte: a partir de novas pré-compreensões, fomentar, ao mesmo tempo, as habilidades cognitivas e não-cognitivas. A sala de aula pode passar a ser o palco brilhante da performance do intelecto e dos valores. A educação abrangente deve ser o foco inquestionável das políticas públicas (FREITAS, 2013). É papel da comunidade escolar o desenvolvimento de ações educativas que têm o objetivo de desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar, de forma crítica, a sua realidade, de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de organizar e realizar a ação e de avaliá-la com espírito crítico (DIAS e BUENO, 2003). A escola, como uma instituição onde o espaço reflexivo é instigado, deve ter participação ativa nesse processo. Feuerwerker e Sena, citando Gadotti, afirmam que:

Educação é um lugar de interpretação e de interrogação filosófica por excelência, na medida em que a educação é um lugar onde o homem se interroga, responde diante de outro e por si mesmo, ao problema do sentido da existência, de seu ser-no-mundo. A educação é este lugar que o chama e o coloca totalmente em questão (FEUERWERKER e SENA; 2004, p. 31).

Dentro deste contexto, os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) sugerem que o tema sexualidade seja transversal no ensino a partir dos seis anos de idade. Tema transversal é aquele que deve estar presente na escola como um todo em suas variadas disciplinas, não se atrelando necessariamente em uma específica. Isso não exclui a possibilidade de a escola criar espaços específicos para a educação sexual, como aulas, palestras, projetos e outras ações (BRASIL, 1998).

Segundo este mesmo documento, supracitado, a escola deve organizar-se ao longo dos anos para que os alunos concluam seus estudos sendo capazes de:

- Respeitar a diversidade de valores, crenças e comportamentos relativos à sexualidade, reconhecendo e respeitando as diferentes formas de atração sexual e o seu direito à expressão, garantida o respeito e a dignidade do ser humano;
- Compreender a busca de prazer como um direito e uma dimensão da sexualidade humana;

- Conhecer seu corpo, valorizar e cuidar de sua saúde como condição necessária para usufruir de prazer sexual;
- Identificar e repensar tabus e preconceitos referentes à sexualidade, evitando comportamentos discriminatórios e intolerantes e analisando criticamente os estereótipos e preconceitos;
- Reconhecer como construções culturais as características socialmente atribuídas ao masculino e ao feminino, posicionando-se contra discriminações a eles associadas;
- Identificar e expressar seus sentimentos e desejos, respeitando os sentimentos e desejos do outro;
- Reconhecer o consentimento mútuo como necessário para usufruir prazer numa relação a dois;
- Proteger-se de relacionamentos sexuais coercitivos ou exploradores;
- Agir de modo solidário em relação aos portadores do HIV e de modo propositivo em ações públicas voltadas para prevenção e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis/AIDS;
- Conhecer e adotar práticas de sexo protegido, desde o início do relacionamento sexual, evitando contrair ou transmitir doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o vírus da AIDS;
- Evitar uma gravidez indesejada, procurando orientação e fazendo uso de métodos contraceptivos;
- Ter consciência crítica e tomar decisões responsáveis a respeito de sua sexualidade(BRASIL, 1998).

Diante do exposto, percebe-se que devido ao tempo de permanência dos jovens na escola e às oportunidades de trocas, convívio social e de relacionamentos amorosos, a escola constitui-se em local privilegiado para a abordagem educativa nos assuntos de sexo e sexualidade, não podendo se omitir diante da relevância destas questões. A educação é a arma mais forte que a sociedade possui no combate aos males que afligem os adolescentes e a população em geral. É preciso que a sociedade esteja mais bem formada para lidar com a educação sexual e reprodutiva, para que sejam transmitidas as informações corretas sobre as manifestações da sexualidade humana, os mecanismos envolvidos na concepção de uma nova vida, as formas de prevenir a ocorrência de uma gravidez precoce, bem como as possíveis patologias que podem ocorrer de um ato sexual desprotegido (CARVALHO et al, 2012).

Com a responsabilidade de desenvolver uma atividade pedagógica e científica, a função da escola é política e social. Nas palavras de Freire (1997, p. 47), “a solidariedade social e política de que precisamos para construir a sociedade menos feia e menos arestosa, em que podemos ser mais nós mesmos, tem na formação democrática uma prática de real importância”.

A educação em Saúde, por meio de Metodologias Problematizadoras e Participativas, é o aprendizado das opções, é proporcionar ao indivíduo e à comunidade os critérios para escolher entre as alternativas possíveis e tomar decisões mais saudáveis para seu próprio bem-estar. Todas as pessoas têm um potencial para mudanças de comportamento e estilo de vida, desde que compreendam as razões e os benefícios dessas mudanças (LUIS e PILLON, 2004).

Segundo o Programa Saúde na Escola (PSE), nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os estudantes precisa ter como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2009). Lidar com adolescentes é um desafio para os pais, professores e profissionais da saúde. Os serviços de saúde, principalmente a Atenção Básica, possuem atribuições de promoção da saúde e prevenção de doenças e uma forte aliada para tal é educação em saúde, próximo ponto a ser discutido.

2.3 Papel dos serviços de saúde na educação em saúde

Os debates sobre saúde do adolescente no Brasil seguem os preceitos da Constituição Federal de 1988, que elegeu como um dos seus princípios norteadores os direitos humanos e, dentro destes, preconizou a saúde como um direito de todos (ROCHA et al., 2012). Segundo o art. 277 da Constituição Federal de 1988 é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida, saúde e educação. Outro preceito importante de amparo a crianças e adolescentes é a Lei 8.069 de 1990: Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), cujo objetivo principal foi colocar “os direitos da criança e do jovem numa perspectiva condizente com sua condição de pessoa em desenvolvimento e que, por sua vulnerabilidade, merecem proteção integral: física, psíquica e moral” (BRASIL, 2008).

O Brasil tem desenvolvido diversos programas de saúde com o intuito de melhorar a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, porém focalizando principalmente as adolescentes grávidas (nos aspectos fisiológicos e biológicos) e não em ações de prevenção e promoção da saúde. Muitos profissionais de saúde têm dificuldade de aceitar que os adolescentes têm vida sexual ativa e que eles precisam não só de informações, mas também de acesso aos métodos anticoncepcionais. O desafio atual é garantir que os adolescentes tenham acesso aos serviços de saúde antes mesmo do início de sua vida sexual e oferecer-lhes acolhimento e atendimento integral (RIESGO et al., 2009).

O acesso ao serviço de saúde é fundamental para que o adolescente busque aconselhamento e tratamento em tempo hábil. Além disso, ele necessita privacidade (ser atendido sozinho, em espaço privado de consulta), confidencialidade e sigilo (informações discutidas não podem ser informadas a seus pais e/ou responsáveis sem a permissão expressa do adolescente) na relação com os profissionais de saúde como expressão do seu processo de individualização. Dessa forma, o adolescente tem direito à educação sexual e reprodutiva, ao acesso às informações, não havendo infração ética ao profissional de saúde (GALLO, 2014; BRASIL, 2008).

A partir das reflexões acima, evidencia-se que os profissionais de saúde necessitam aprender a trabalhar nas questões da sexualidade do/a jovem. A consulta médica e dos profissionais da saúde pode constituir-se em um espaço privilegiado para a captação e criação de vínculo com os adolescentes. Profissionais sensibilizados, capacitados e preparados para os temas que abarcam a saúde do adolescente, que respeitem a autonomia dos usuários e a confidencialidade na consulta, podem representar um fator relevante na educação e na resolução de conflitos que concernem ao assunto. Estimular os pais para que levem os adolescentes, precocemente, ao hebiatra, aos consultórios ginecológicos, serviços de enfermagem ou aos ambulatórios de reprodução e sexualidade humana, para iniciar a relação e o diálogo com profissionais preparados poderia ser um auxílio importantíssimo na “prevenção” e promoção de saúde reprodutiva das meninas e meninos (CAMPOS VELHO, 2003; GELDSTEIN, DOMÍNGUEZ e NENA, 2000).

Segundo Campos Velho (2003) outro auxílio importante seria ajudar os adolescentes no que eles mais necessitam: dialogar sobre o sentido de sua própria sexualidade. Isso envolve a maneira de encontrar significado nas mensagens veiculadas por todas as esferas, distinguir suas valorações. Acima de tudo, seria profícuo ajudá-los a reconhecer e a viver, com condutas apropriadas, suas relações afetivo-sexuais, quando enfrentarem essas vivências. Falar de uma

forma pessoal sobre como cada um/a vive e sente a própria sexualidade pode ser uma questão difícil; é assim para os jovens e também para os adultos. No entanto, é relevante que se aprenda a falar de sexo e de sexualidade com segurança, confiança, tranquilidade e respeito. Para que esses aprendizados se processem é preciso que as pessoas aprendam a trabalhar com a sexualidade de uma forma dialógica. É preciso investir neste tipo de formação, que traduz uma área do conhecimento humano como qualquer outra, que precisa ser estudada e aprendida. O saber sobre sexo e sexualidade não é inato, nem é uma habilidade com qual nascemos e que não necessite ser desenvolvida como outra habilidade qualquer (CAVALCANTI, 1995; MASTER e JOHNSON, 1988).

A grande preocupação dos pais, em todo o mundo, é que falar sobre Saúde Sexual e Reprodutiva possa estimular mais ainda para um exercício livre do sexo, que passe a existir uma maior permissividade nesse sentido. A respeito disso, as autoridades de saúde e pesquisadores da área, são unânimes em afirmar que nenhum tipo de estudo certificou, até os dias atuais, que um melhor e maior acesso à informação e aos métodos anticoncepcionais possa estimular aos jovens a assumir condutas muito mais permissivas, ou a concretamente, fazer mais sexo (MASTER e JOHNSON, 1988; SIMARRO, 2002). Magnusson (2001) afirma que conhecimento e informações adequadas são pré-requisitos essenciais para uma pessoa estar apta a cuidar de sua saúde reprodutiva. Para realizar escolhas acertadas é necessário que antes tenham-se adequadas informações (CAMPOS VELHO, 2003).

A importância crescente que os problemas derivados do exercício da sexualidade estão adquirindo na população jovem e seus impactos na saúde pública estão sinalizando claramente a necessidade de aumentar o acesso dos jovens aos serviços de saúde, bem como a capacitação dos profissionais para bem atender esse público a fim de prestar um atendimento integral pautado nos direitos dos adolescentes e ética profissional (RIESGO et al., 2009). Sobre alguns aspectos desta fase da vida discorre-se a seguir.

2.4 Adolescência

Durante o ciclo da vida todos os seres humanos passam por várias fases de crescimento, desenvolvimento e amadurecimento. Nesse sentido, a adolescência é considerada como um período de transição entre a infância e a fase adulta. Para a Organização

Mundial da Saúde (OMS) essa fase é compreendida entre os 10 e os 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade (WHO, 1995). Já no Brasil, o Estatuto da Criança e da Adolescência (ECA) estabelece outra faixa etária para a adolescência que é dos 12 aos 18 anos de idade, segundo a LEI 8.069, de 1990 (BRASIL, 2005).

Contudo, a demarcação por faixa etária não abarca o entendimento da adolescência como um processo social. Ressalta-se que é preciso considerar as condições econômicas, políticas, sociais e culturais que determinam comportamentos individuais e grupais dos adolescentes (RAMOS, PEREIRA e ROCHA, 2001). Segundo Marcelino, Catão e Lima (2009) a adolescência não se configura em um período natural do desenvolvimento, mas em um momento significado e interpretado pelos sujeitos. Tal entendimento percebe o adolescente como um ser ativo, social, cultural e histórico, que produz histórica e coletivamente a si próprio e à sociedade e é por ela produzido.

Segundo dados do IBGE (2010), o Brasil possui, aproximadamente, 45 milhões adolescentes entre 10 a 19 anos. No município de Santa Maria/RS, a população adolescente foi de 41.773 habitantes, sendo que desses, 653 residiam no bairro Diácono João Luiz Pozzobon, local de estudo desse trabalho.

O relatório "Saúde dos adolescentes no mundo" (WORLD..., 2014) é o primeiro estudo da OMS dedicado exclusivamente a problemas de saúde dos adolescentes e é fruto de dados fornecidos por 109 países. Ele revela que acidentes de trânsito, hiv/aids e o suicídio são as principais causas de morte dos adolescentes. No mundo todo, cerca de 1,3 milhões de adolescentes morreram em 2012. A partir desses dados percebe-se que o mundo ainda precisa prestar saúde ao adolescente. O que chama atenção nesse relatório é que o número de mortes relacionadas com o HIV entre adolescentes está aumentando, fato que deve ser levado em consideração pelas autoridades públicas. Os dados revelados nesse relatório podem ser utilizados como referência para criar novos caminhos a fim de promover saúde em uma das fases mais importantes da vida.

A OMS (WORLD..., 2013) define a adolescência com base nos seguintes critérios: desenvolvimento psicológico (desde os padrões cognitivos, morais e emocionais infantis até as características da fase adulta); emergência de uma etapa de total dependência socioeconômica para outra de relativa independência e o desenvolvimento biológico (desde o começo da puberdade até o completo amadurecimento sexual e reprodutivo). A puberdade é apenas a primeira fase da adolescência, com duração aproximada de dois a cinco anos. É um período de transição do desenvolvimento humano, correspondente à passagem da fase da

infância para a adolescência, circunstanciada por transformações biológicas de âmbito comportamental e corpóreo, conferido pelo surgimento dos caracteres sexuais secundários diferenciados de acordo com o sexo (CAMPOS VELHO, QUINTANA e ROSSI, 2014).

Segundo Ressel et al. (2009) a adolescência é um período de transformações físicas, emocionais e psicológicas que trazem aos adolescentes dúvidas e questionamentos que muitas vezes os confundem. A adolescência representa um período da existência humana onde se acentua a personalidade do indivíduo. Atualmente, entende-se a adolescência como um processo evolutivo e transitório considerado normal para o desenvolvimento emocional e cognitivo dos seres humanos. Ou seja, estar na adolescência é um processo de desenvolvimento e não de crise, como se acreditava até pouco tempo atrás. Contudo, se o adolescente não se sentir informado e acolhido nos espaços de convivência, poderá viver um período conflituoso, na maioria das vezes, em razão de descobertas, ideias opostas às dos pais e irmãos, formação de identidade, namoro e tabus (CAMPOS VELHO, QUINTANA e ROSSI, 2014; ROCHA et al., 2012).

Para a saúde pública a adolescência assume grande relevância, tendo em vista que é nesta fase que, frequentemente, iniciam-se as práticas sexuais, inserindo os adolescentes no contexto das vulnerabilidades¹ no que se alude às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), gestação não planejada e aborto (MARTINS et al., 2012). Para a OMS (WORLD..., 2014) a adolescência é um momento importante para lançar as bases de uma boa saúde na idade adulta. Muitos comportamentos e condições de saúde que estão na base das principais doenças não transmissíveis começam ou são reforçados durante este período da vida.

Todo o desenvolvimento corporal aliado ao afloramento da sexualidade faz com que a adolescência seja uma fase da vida que mereça mais atenção, pois é nessa época que ocorrem os questionamentos, as descobertas e a afirmação da personalidade frente à sociedade. A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública que pode exacerbar ainda mais os conflitos nesta fase da vida (RESSEL et al., 2009).

¹ Para Ayres et al. (2003), vulnerabilidade é compreendida como um movimento a considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos. Para Malamed (2007) a vulnerabilidade é um conceito frequentemente utilizado em saúde do adolescente para caracterizar um estado de maior exposição dos jovens a situações de risco que possam comprometer seu desenvolvimento e evolução harmoniosa. A vulnerabilidade se associa a alguma forma de dependência, resultante de diferentes níveis de maturação cognitiva e emocional, que influenciam a capacidade de tomada de decisão.

Além disso, muitos dos problemas de saúde entre os jovens na faixa etária estudada estão ligados ao tabaco, ao consumo de drogas e álcool, à AIDS, saúde mental, nutrição, sexualidade e violência. No Brasil a questão da gravidez precoce ainda constitui-se em problema de saúde pública relevante. Nesta pesquisa foi um dos temas solicitados como prioridade pelas professoras da Escola onde se realizou o estudo. Tal fato se deu em função da experiência empírica das mesmas com a situação. Por esse motivo, discorre-se abaixo sobre o assunto.

2.5 Gravidez na adolescência

Na adolescência frequentemente verifica-se a presença de uma instabilidade emocional característica desta fase da vida, que pode dificultar as relações familiares e sociais. Nesse período espera-se que haja a afirmação e maturação dos aspectos sexuais e alguns processos psicológicos, de modo que os jovens atinjam a fase adulta conscientes de suas responsabilidades e capazes de exercer a sua autonomia (ROCHA; LEVY, 2003). Afora isso, se houver uma gravidez nesse período, ocorrerá uma exacerbação das dificuldades naturais da adolescência tais como: construção de identidade, administração de emoções e do entendimento de seu desenvolvimento corporal, pois a gestação agrega uma sobrecarga fisiológica e psicológica. Devido a essa ruptura instalada pode não haver a formação de um adulto saudável, equilibrado e consciente de seus direitos (SOUZA, 2002).

A gravidez na adolescência tornou-se um dos grandes problemas de saúde pública em diversos países, constituindo uma das principais causas de morte entre os adolescentes, seja por complicações na própria gravidez, no parto ou pela prática clandestina do aborto (DEL CIAMPO, 2004; LIMA et al., 2004). Fatores como o amadurecimento sexual mais rápido, início cada vez mais precoce da atividade sexual, diminuição da média de idade da menarca, estímulos sociais e da mídia para a prática sexual e casamento mais tardio têm contribuído para esse fato (SANTOS e ROSÁRIO, 2011).

A maternidade precoce e não planejada pode interferir negativamente no cotidiano da adolescente, acarretando problemas físicos, emocionais, psíquicos e sociais, além da possibilidade de complicações, entre as quais se destaca o abortamento, cujas múltiplas raízes de ordem social, cultural e econômica estão refletidas no papel social da adolescente e seu

acesso aos serviços de saúde (SINGH, SEDGH, HUSSAIN, 2010). Segundo Mendonça et al. (2012), pior que uma gestação na adolescência é sua repetição, que pressupõe problemas como o curto intervalo interpartal, acarretando baixo peso nos recém-nascidos.

Um agravante a esse quadro é o funcionamento familiar inadequado. Essa intercorrência pode levar à fuga do âmbito familiar e à procura por afirmação de seu papel de mulher por meio da formação de uma nova família em busca de um afeto incondicional (SUMANO, 1998; CAMPOS, 2000). Agregado a essa situação, a adolescente tem o respaldo do pensamento mágico, ou seja, uma ideia fantasiosa, oriunda da infância e típica dessa fase, que preconiza a impossibilidade de diversas ocorrências concretas, dentre elas uma gravidez – “isso não acontecerá comigo” (SOUZA, 2002). Visto que essas jovens priorizam apenas os acontecimentos momentâneos, elas estão mais suscetíveis a diversas e novas experiências, como o sexo desprotegido (CAMPOS VELHO, 2003).

A gravidez na adolescência é multicausal. Os adolescentes iniciam cada vez mais cedo sua vida sexual. Esta precocidade decorre de algumas características comportamentais da própria adolescência como o confronto com novas emoções, concepções e valores, a necessidade de afirmação pessoal e de aceitação pelos outros adolescentes. Há ainda condições que propiciam a gravidez precoce: pouca escolaridade, desenvolvimento puberal mais precoce, baixas condições econômicas e difícil acesso aos serviços de saúde, desconhecimento ou não uso dos métodos contraceptivos, além da vulgarização de relacionamentos íntimos veiculados por toda a mídia. Todos estes fatores têm contribuído para que a gravidez e os partos de adolescentes tivessem aumento nos últimos 20 anos (DEL CIAMPO et al., 2004).

Além das implicações nos aspectos físicos, sociais, psíquicos, econômicos e familiares da adolescente e do adolescente, deve-se considerar também que a gravidez na adolescência é um fator predisponente à prematuridade dos recém-nascidos, que, por sua vez, acabam acarretando impedimentos físicos, mentais ou sensoriais que interferirão no desenvolvimento da criança (MANHÃES et al., 2011). Outro aspecto importante a ser considerado é o fato de a gravidez na adolescência e a sexualidade serem largamente influenciadas pelas relações de gênero ainda vigente, o que pode transformar-se em dilemas significativos para os adolescentes, que acabam por influenciar suas escolhas e práticas. Diante da importância desse assunto, as concepções de gênero serão abordadas a seguir.

2.6 Conceito de gênero

Segundo a United Nations Population Fund - UNFPA (2014), a igualdade de gênero é, antes de tudo, um direito humano que implica em uma sociedade em que homens e mulheres desfrutem das mesmas oportunidades, resultados, direitos e obrigações em todas as esferas da vida. Igualdade entre homens e mulheres existe quando ambos são capazes de compartilhar igualmente a distribuição de poder e influência, independência financeira, acesso à educação e à oportunidade de desenvolver ambições pessoais. Um aspecto fundamental de promover a igualdade de gênero é o empoderamento das mulheres, com foco na identificação e correção dos desequilíbrios de poder e proporcionar a elas autonomia para gerir as suas próprias vidas.

A filósofa Simone de Beauvoir, em 1980, escreveu a célebre frase “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”, ou seja, nenhum destino biológico, psíquico ou econômico define a forma que a mulher se assume na sociedade. É o conjunto da civilização que elabora o que é qualificado como feminino. Neste sentido, o feminino, o ser-mulher, é uma construção social que, tanto homens como mulheres incorporam, e sob estes signos e ditames constroem sua existência (BEAUVOIR, 1980).

A mesma autora supracitada, ao descrever a socialização de meninos e meninas, lembra que, na infância, as vivências de um, ou de outro, não são muito diferentes. Estas começam a tomar rumos e contornos desiguais quando, homens e mulheres, são defrontados com a adolescência, ou seja, quando seus corpos começam a mostrar suas diferenciações sexuais. Assim, Beauvoir afirma que a falta de iniciativa que, em geral, ocorre nas meninas, decorre de sua educação e de seus costumes, ao contrário do que é verificado nos meninos. Estes são estimulados ao desafio e à conquista, enquanto para elas a passividade, além de ser a norma, é socialmente melhor aceita. O adolescente é estimulado a sair da casa dos pais, desbravar o mundo, fazer sua vida e sua profissão. A menina tranquiliza a ideia de abandonar a família original, não através de uma conquista ativa como a dos adolescentes, e sim trocando esta situação de dependência por outra, geralmente a união com outro homem (CAMPOS VELHO, 2000).

A mulher é criada de maneira distinta a dos homens, o que produz efeitos duradouros em longo prazo em suas vidas. Pensadores da atualidade, ao refletirem sobre uma abordagem feminista para compreensão da adolescência feminina, relatam que muitas das dificuldades experimentadas pelas jovens, mesmo na atualidade, existem em função das crenças e

expectativas de gênero existentes e fortalecidas no contexto social em que são criadas. Desde uma tenra idade lhes são ensinadas noções sobre feminilidade e os papéis decorrentes. Durante a adolescência as meninas estão debaixo de uma forte pressão para tornarem-se conformes com determinadas crenças e expectativas culturais a respeito do ser mulher na sociedade ocidental (SLATER et al., 2000, PIPHER, 2002; SIMARRO, 2002; ALBORCH, 2002; HITE, 2001).

Desse modo, as imbricadas relações de gênero fazem das meninas um grupo socialmente mais vulnerável dos que os meninos e, então, ficam sujeitas a maiores riscos, tanto físicos quanto psicossociais. As meninas crescem sob determinadas crenças e expectativas sob as quais se sentem pressionadas e intimidadas a dar respostas, esperadas pelo social, de acordo com o papel que, segundo estas, devem desempenhar (SLATER et al. 2001; CARMARGO e FERRARI, 2009; JEOLÁS e FERRARI, 2003).

Com o transcurso do tempo, muita coisa mudou e pode-se afirmar que as liberdades femininas alcançaram, hoje, patamares antes impensados. O que, no entanto, não se pode deixar de considerar enfaticamente é que, apesar dos muitos progressos alcançados em distintos âmbitos – que vão do pessoal ao público –, as tradições incorporados pelas mulheres e pelos homens, no decorrer dos tempos, podem estar latentes, mas permanecem vivas. É preciso considerar que o peso das tradições aprendidas, arraigadas e inconscientes tem um papel decisório no direcionamento dos comportamentos humanos (GIKOVATE, 1999; LIPOVETSKY, 2000).

As pessoas possuem uma opinião predeterminada em relação ao estereótipo de gênero, estabelecendo uma separação dos indivíduos em categorias, projetando em sua mente as condutas e comportamentos específicos que o homem e a mulher devem assumir perante a sociedade (LOURO, 2008; REIS e SANTOS, 2011). É destacado por Madeira (1997) que, em uma sociedade, tanto a educação informal que acontece no seio da família, como a formal que acontece nas escolas, indiciam sinais de um alto grau de diferenciação sexual no tratamento dado às crianças. A autora entende que a discriminação está tão calcada em todos, a respeito de questões de gênero, que passa a ser tão corriqueira que não nos damos conta dela.

Campos Velho, Quintana e Rossi (2014), ancorados nas ideias de Gilligan (que fez seu estudo baseado no desenvolvimento moral feminino), referiram que, para os homens a formação da identidade precede à da intimidade e à geração do ciclo de separação e apego humano. Para as mulheres, essas tarefas – formação de identidade, intimidade, separação e apego – parecem chegar juntas. A questão da intimidade e do relacionar-se acompanha a

formação da identidade feminina. Quando a mulher chega a se conhecer, o faz por meio de suas relações com os outros.

Segundo Gilligan, a mulher aprende a existir para os outros e para cuidar dos outros e não de si mesma. Ou seja, a mulher é educada em um padrão moral ambíguo, distinto do atribuído ao homem, no qual sempre permanece a ambivalência entre ética do cuidado aos outros e ética do cuidado a si própria. Através da educação crítica e conscientização é que se aprende a reconhecer a percepção de seu próprio eu e de sua voz interna. O mesmo não ocorreria com os homens. No geral, antes de tudo eles formam sua própria identidade. O sentido de relação chega mais tarde e não se constitui no aspecto principal de suas vidas, como ocorre com as mulheres (CAMPOS VELHO, QUINTANA e ROSSI, 2014).

Diante do exposto, percebe-se que pensar e refletir sobre a própria vida pode iniciar uma crise, mas pode também ser marco para transcender realidades postas. É imprescindível inteirar-se sobre essas questões e compreender seus impactos na sociedade. Deste modo, os profissionais devem atentar para as questões de gênero e prepararem-se para trabalhar com adolescentes como agentes de saúde/ educadores sociais, de forma holística e interdisciplinar, abordando esse e outros temas no processo de educação em saúde através do uso de tecnologias educativas, como os diálogos, conforme bem orienta o educador Paulo Freire, assunto do próximo tópico.

2.7 Refletindo sumariamente sobre Paulo Freire

Para fundamentar a proposta educativa realizada com os adolescentes utilizou-se o referencial teórico-metodológico de Paulo Freire. Este autor é considerado um dos pensadores mais notáveis na história da Pedagogia mundial, tendo influenciado o movimento chamado de pedagogia crítica. Alicerçar uma proposta educativa nos ideários deste célebre educador representa antes de tudo acreditar nos seres humanos como seres dotados de autonomia capazes de construir sua história, seus conhecimentos, sua cultura e os rumos de suas próprias vidas. Conforme Pereira (2003) a prática educativa embasada nas teorias de Paulo Freire é a que mais se aproxima das ações educativas populares, pois prepara os sujeitos para ações transformadoras de si e de sua realidade, fazendo com que o indivíduo e as coletividades tomem consciência crítica de si e desenvolvam autonomia e uma postura mais participativa e

de responsabilidade sobre aspectos relacionados à saúde.

Compreende-se a educação popular em saúde, fundamentada no referencial teórico-metodológico freiriano, como uma concepção de educação realizada por meio de processos contínuos e permanentes de formação que possui a intencionalidade de transformar a realidade a partir do protagonismo dos sujeitos. Assim, Paulo Freire deixou um legado sobre a educação popular em saúde, ao considerar a importância do educando na construção e reconstrução do conhecimento, ao afirmar a importância de partir da realidade dos sujeitos, ou seja, do contexto concreto dos participantes e levar em conta a valorização do protagonismo dos sujeitos com vistas à transformação social. Segundo Vasconcelos (2001), a valorização do conhecimento popular permite que o educando sinta-se à vontade para discutir os temas e ressalta que não basta que o conteúdo seja revolucionário: a forma de abordar os sujeitos participantes também deve superar a verticalidade das relações.

Em suas obras, Paulo Freire traz alguns conceitos que são coerentes com os ideários da promoção da saúde, pois tem o objetivo e preocupação de desenvolver junto aos sujeitos participantes uma consciência crítica e reflexiva com vistas à emancipação e a autonomia. Alguns destes conceitos podem ser citados: autonomia, cidadania, empoderamento e formação de sujeitos de direito. Assim, os adolescentes, assim como outros cidadãos, poderiam ser sensibilizados e empoderados para serem capazes de intervir de forma consciente e crítica na produção de sua vida e saúde, bem como na da comunidade onde estão inseridos.

3 MÉTODOS

3.1 Caracterização da pesquisa

O presente projeto concretizou-se por intervenções que visaram coletar dados para preencher dois requisitos: a realização de uma pesquisa quantitativa (parte 1) e a de uma pesquisa qualitativa (parte 2).

Os tópicos a seguir descritos (3.1.1 ao 3.1.4) são relativos tanto à parte quantitativa quanto à qualitativa da pesquisa realizada.

3.1.1 Local e período

Esta pesquisa foi desenvolvida na Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF) Diácono João Luiz Pozzobon, situada no território de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Maringá, na qual são realizadas as atividades práticas da Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (RMISPS). O período de sua realização foi de março a dezembro de 2013, totalizando 10 meses de atividades.

3.1.2 Contexto da escola e do bairro

Para descrever o contexto da EMEF Diácono João Luiz Pozzobon e do bairro Diácono João Luiz Pozzobon (DJLP) realizou-se levantamento de dados no Projeto Político Pedagógico (PPP) da Escola e indicadores das condições socioemográficas através de dados do IBGE (Censo 2010).

A EMEF está localizada no bairro que leva o mesmo nome da escola, Diácono João Luiz Pozzobon e situa-se na região centro-leste de Santa Maria/RS. O município está localizado na região central do Rio Grande do Sul e possui, aproximadamente, 260.000

habitantes. Deste total 19.833 (7,62%) são adolescentes, na faixa etária de 10-14 anos (IBGE, 2010). O município destaca-se por ser o mais populoso da região, sendo considerado um polo educacional e de prestação de serviços.

Em 2011 a EMEF obteve a pior nota (3,1) no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) do Município, enquanto a nota média brasileira foi de 5,0. Um dos aspectos que podem explicar esta nota baixa é o contexto socioeconômico da população. O Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) foi criado pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep) em 2007 e representa a iniciativa pioneira de reunir, em um só indicador, dois conceitos igualmente importantes para a qualidade da educação: fluxo escolar e médias de desempenhos nas avaliações. Ele agrega ao enfoque pedagógico dos resultados das avaliações em larga escala do Inep a possibilidade de resultados sintéticos, facilmente assimiláveis, que permitem traçar metas de qualidade educacional para os sistemas (O QUE É..., 2014).

O contexto socioeconômico da população que reside no bairro DJLP pode ser explicado pelo histórico de formação dessa comunidade. A ocupação desse território se deu, em grande parte, por famílias contempladas pelo Programa Habitar Brasil². Este programa teve por objetivo a execução de projetos integrados de urbanização de áreas degradadas (favelas), ou de risco, localizadas em regiões metropolitanas, aglomerações urbanas ou capitais onde vivem, predominantemente, famílias com renda mensal de até três salários mínimos (MINISTÉRIO DAS CIDADES, 2009).

Em Santa Maria o projeto primou pela inserção das populações que se encontravam localizadas em áreas de elevado grau de risco de desmoronamento, próximo ao arroio Cadena. Porém, já no primeiro ano, algumas famílias inseridas no projeto abandonaram suas casas e voltaram a ocupar suas antigas residências localizadas nas áreas de risco e em outros locais da cidade. A maioria dos casos de desistência das casas do Programa Habitar Brasil esteve relacionada à distância do centro da cidade e à falta de transporte público, fazendo com que as pessoas não pudessem exercer suas atividades cotidianas, bem como a violência que alguns moradores tiveram que enfrentar no local em função da falta de segurança naquele loteamento (ZANATTA, 2011). Até hoje muitas famílias moradoras do bairro DJLP não têm emprego

²Programa criado pelo Governo Federal no ano 2000, em parceria com a Caixa Econômica Federal (CEF), destinando recursos para o fortalecimento institucional dos municípios.

fixo, trabalham na coleta de materiais recicláveis, como catadores, na construção civil e em outros trabalhos informais.

O diagnóstico situacional do Bairro, segundo o PPP da Escola, revela que a comunidade é composta por pessoas de grande carência socioeconômica, cultural e social, sendo a maioria delas analfabetas ou analfabetas funcionais. A situação profissional mostra que há uma grande população de desempregados ou subempregados; o biscate e a coleta de lixo reciclável são sua principal fonte de renda. Também alguns exercem outras profissões como: autônomos, domésticos, pedreiros, serviços gerais e serventes. Alguns dependem do Programa Federal Bolsa Família, da caridade de vizinhos e/ou de familiares para sobreviver.

Ainda, segundo o mesmo documento, são muitos os problemas sociais que atingem essa população e impactam diretamente na educação, como, por exemplo: saneamento básico precário, violência doméstica, desestrutura familiar (falta de higiene, bons hábitos e atitudes), falta de perspectiva para o futuro, acomodação com a condição social, agressividade, alcoolismo, drogas, ex-presidiários, prostituição e alto índice de gravidez na adolescência.

3.1.3 Caracterização dos participantes/ grupo de estudo

Após um contato inicial na escola, em reuniões com os pais e/ou responsáveis e adolescentes, ocorreram explicações sobre a pesquisa. Todos os adolescentes, de 12 a 14 anos, matriculados no período matutino, foram convidados a participar do estudo. Os adolescentes que aceitaram participar dos encontros, sob aquiescência dos pais e/ou responsáveis, assinaram o TCLE (Anexo 1).

Os discentes foram convidados a participar de encontros quinzenais realizados nas instalações da própria escola. Os encontros não interferiram no horário das aulas, pois nas sextas-feiras todos os alunos eram dispensados às 10 horas da manhã devido ao encontro semanal de reunião dos professores. Portanto, o horário dos encontros era das 10 horas às 11 horas e 45 minutos, perfazendo uma hora e quarenta e cinco minutos em cada intervenção.

A população estudada constituiu-se, inicialmente, por 32 adolescentes (21 do sexo feminino e 11 do sexo masculino), participantes dos encontros/ intervenções sobre educação sexual e reprodutiva, mesclando turmas do 6^a ao 9^a ano do Ensino Fundamental. Ao longo das intervenções houve desistência de 13 adolescentes, número este próximo ao que se estimou no projeto de pesquisa.

3.1.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos na pesquisa adolescentes com idade entre 12 a 14 anos, matriculados na EMEF Diácono João Luiz Pozzobon, que aceitaram participar dos encontros quinzenais e assinaram, juntamente com seus pais e/ou responsáveis, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.1.5 Critérios de exclusão

Foram excluídos da pesquisa os adolescentes que não aceitaram participar, bem como os que os pais e/ou responsáveis recusaram a participação dos filhos. Houve exclusão também dos adolescentes que faltaram a três encontros ou mais durante a realização das intervenções. Os participantes foram previamente informados que a assiduidade nos encontros era parte importante para a concretização da pesquisa.

3.2 Parte 1: a pesquisa quantitativa

Este estudo compreendeu uma investigação exploratória e descritiva, tipo levantamento. Segundo Gil (1996) isso significa solicitar informações a um grupo significativo de pessoas acerca do problema a ser estudado para, em seguida, mediante análise quantitativa, obter-se as descrições e/ou conclusões correspondentes aos dados coletados.

Para esta parte inicial da pesquisa, o instrumento utilizado foi um questionário com questões fechadas, que foi preenchido pelos alunos participantes (pré-teste). O processo de intervenções aconteceu durante todo o ano letivo de 2013.

3.2.1 Coleta de dados

Para verificar, em um primeiro momento, o conhecimento/entendimento dos adolescentes, utilizou-se como instrumento de coleta de informação um questionário que, conforme define Gil (2008, p. 121), é “a técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, tendo por objetivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas e situações vivenciadas”.

O questionário (protocolo) aplicado (Apêndice A) foi construído com questões de múltipla escolha para a obtenção dos dados necessários à análise do objeto do estudo, que foi aplicado em dois momentos: no início e no final da pesquisa (pré e pós-teste). O questionário utilizado foi elaborado pelos autores deste estudo e encontra-se organizado em módulos. Tais módulos foram divididos em: Informações Gerais, Aspectos Sociodemográficos, Sexualidade/Sexo, Anticoncepção, Gravidez na Adolescência, DST/hiv/aids e Questões Transversais.

A coleta dos dados e a pesquisa em si, ocorreram em três momentos: primeiramente foi aplicado o questionário (pré-teste) para identificar o conhecimento dos adolescentes; segundo, realizaram-se 19 encontros/oficinas de intervenção. Os encontros/oficinas utilizaram-se de dinâmicas contidas no Manual do Multiplicador do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), literaturas de referência para esta temática e as criadas pela própria pesquisadora, juntamente com sua orientadora, de forma interdisciplinar, com os colaboradores do Projeto (uma enfermeira e uma fonoaudióloga integrantes da RMISPS, lotadas na ESF Maringá, dois acadêmicos de Psicologia do Centro Universitário Franciscano e uma médica ginecologista da UFSM). No terceiro e último momento da etapa quantitativa, após 10 meses da realização dos encontros/intervenções, aplicou-se o mesmo questionário (pós-teste) com o intuito de identificar possíveis mudanças nos conhecimentos pelos adolescentes.

3.2.2 Análise dos dados

Os dados oriundos do questionário (pré e pós-intervenção) foram digitados no Programa Excel e importados para o software Statistical Package for the Social Sciences

(SPSS), versão 15.0, para análise estatística descritiva, bem como testes de comparação para analisar os resultados dos questionários (pré e pós intervenção). Estatísticas descritivas foram utilizadas para elaborar o perfil dos participantes e, as análises bivariadas, para verificar presença de associações entre os dados, em que se empregou o teste Qui-quadrado (χ^2) ou Exato de Fisher para diferenças de proporção. Para tanto foram agrupadas algumas classes para a convergência dos testes estatísticos, pois a amostra estudada configura-se pequena. Esses testes foram aplicados para analisar se houve mudança do conhecimento após a participação nas oficinas de prevenção. As diferenças foram consideradas significantes com nível de confiança de 95%.

3.3 Parte 2: a pesquisa qualitativa

A concepção de pesquisa qualitativa baseia-se em uma lógica em que raramente trabalha-se com representações numéricas (amostras matematicamente representativas ou estatisticamente significativas), ou seja, com possibilidades de generalização. Na pesquisa qualitativa os indivíduos são escolhidos de modo intencional, em função de características que devem preencher e serem compatíveis com as intenções e os interesses da pesquisa. É um estudo em profundidade sobre dado tema ou grupo de pessoas (CAMPOS VELHO, 2003; LEOPARDI, 2001).

Esleveu-se, para o presente estudo, o método da História Oral (HO), focando a história oral temática e, como coleta de dados empíricos, a entrevista em profundidade. A HO é um método utilizado para formar documentação e para promover a reflexão social. Prevê uma pesquisa preliminar, tão completa quanto possível, sobre a temática em estudo e, ainda, a elaboração de um projeto claro e definido do que se deseja conhecer. Meyhi (2000, p. 85) conceitua: “cabe considerar que chamamos de história oral os processos decorrentes de entrevistas gravadas, transcritas e colocadas a público segundo critérios predeterminados pela existência de um projeto estabelecido.” A ciência prévia ampliada da temática em estudo permite o direcionamento e a formulação do roteiro mental para as entrevistas.

Esse método ainda é pouco utilizado como método investigativo na área da saúde. Persistem controvérsias e discriminações a respeito de sua veracidade. Com relação a isso, Thompson (1998, p. 36) rebate essas suspeitas e sustenta a seguinte observação: “toda a fonte

histórica derivada da percepção humana é subjetiva, mas apenas a fonte oral permite-nos desafiar essa subjetividade: descolar as camadas da memória, cavar fundo em suas sombras, na expectativa de atingir a verdade oculta”. Essa verdade, ou seja, a versão de fatos pessoais vividos e/ou fatos históricos encontra, nesse método, uma forma adequada de tornar-se conhecida e, por meio dele, proporcionar o conhecimento e a difusão de vivências e conhecimentos comuns a determinados grupos humanos, geralmente, não tomados em conta. São, no entanto, parte do existir e do viver humano.

A HO tem um caráter multidisciplinar. Sua base é um depoimento gravado – com prévio esclarecimento e anuência do entrevistado, que objetiva um projeto de estudos determinado previamente, que orienta e organiza a pesquisa. Logo, a HO depende do projeto, a fonte oral é apenas parte de seu roteiro.

Desse modo, foram recordados e buscados, no passado e no presente, as vivências e os aprendizados de adolescentes que participaram do projeto Educação Sexual e Reprodutiva. Para tal realizaram-se 16 histórias orais temáticas por intermédio de entrevistas em profundidade. O foco das histórias centrou-se em questões pertinentes à experiência vivida pelos adolescentes durante um ano de intervenções sobre sexualidade e em questões norteadoras propostas pela pesquisadora (categorias prévias).

Eleita a forma para concretizar o trabalho, escolheu-se, como referencial teórico, Paulo Freire. Para transcender a esse único referencial, agregou-se Edgar Morin (2011), na mesma linha - a educação – com a finalidade de complementar e elucidar lacunas não preenchidas pelo primeiro. A escolha por Edgar Morin deu-se pelo fato de este sociólogo e filósofo francês ser considerado um dos pensadores mais importantes do século XX e XXI e por ser autor que trabalha com a complexidade. As ideias e concepções desses autores vêm ao encontro da educação em saúde, objeto estudado nesta pesquisa.

3.3.1 Coleta de dados

Para esta parte da pesquisa, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com adolescentes que participaram do projeto até o final. A entrevista, parte do transcurso metodológico, constou de três etapas, seguindo o que preconiza a HO: a pré-entrevista, a entrevista e a pós-entrevista, que serão, a partir de agora, explicitadas.

3.3.1.1 A pré-entrevista

Os encontros e as entrevistas exigiram da pesquisadora um preparo prévio, o qual constou de revisão teórica sobre os temas a serem abordados, o que possibilitou, na sequência do estudo, selecionar e sedimentar os questionamentos dirigidos aos adolescentes e desenvolvidos durante a entrevista. Segundo Thompson (1998, p. 259),

(...) o que se dá na verdade é que, em geral, quanto mais se sabe, mais provável é que se obtenham informações históricas em uma entrevista” o autor ressalta que “as necessidades decorrentes de determinado tipo de pesquisa é que tornam essencial o planejamento antecipado das perguntas a fazer.

Elegeu-se, portanto, um modelo básico que auxiliou a passar, com naturalidade, de uma pergunta a outra, de um ponto a outro quando realizou-se a entrevista, mas este modelo era flexível e foi utilizado com imaginação. Disse Thompson (1998, p.263): “quanto mais claro estiver para você o que vale a pena perguntar e qual a melhor maneira de perguntar, mais você conseguirá de qualquer tipo de informante”.

Os contatos com os participantes para convidá-los a participar das entrevistas foram realizados previamente, durante os encontros de intervenção. Nestes, foram apresentados os objetivos do trabalho de pesquisa e foi ressaltada a importância da contribuição dos adolescentes no processo de coleta de dados e no da construção do conhecimento. Ressaltou-se que sua vivência singular e contextualizada teria um papel relevante. Nessa mesma oportunidade esclareceu-se a forma como seria realizada a entrevista. Foi explicada a necessidade e a conveniência do uso do gravador, pois a sua utilização seria importante para o registro preciso da fala do participante e para permitir ser ouvida, principalmente pela pesquisadora, tantas vezes quantas fossem necessárias, com a finalidade de precisar a compreensão e a transcrição do que foi dito.

Foi importante, ainda na fase da pré-entrevista, o asseguramento ético da confidencialidade e da manutenção do anonimato dos participantes. Vale dizer que eles não seriam identificadas, em suas vivências ofertadas, por outras pessoas além da pesquisadora. Respeitando o que preconizam Thompson (1998) e Meyhi (2000) sobre os procedimentos éticos relacionados à história oral, assegurou-se a cada colaborador o seu anonimato nos relatos e nas transcrições. Assim, substituiu-se o seu nome e todos os que aparecem em suas falas por letras escolhidas aleatoriamente pela pesquisadora. Para identificar os entrevistados, utilizou-se a letra “E”, seguida de um número. Logo, ficaram identificados como: “E1”, “E2”,

“E3” e assim por diante. Os nomes das outras pessoas que apareceram em seus relatos foram substituídos pela letra X (ou XX).

Esclareceu-se ao participante que a sua possível desistência da participação na pesquisa poderia ocorrer em qualquer momento, se assim o desejasse. Foram convidados a participar das entrevistas todos os adolescentes que permaneceram no projeto, ou seja, 19 participantes. Porém, destes, três não permitiram gravar as entrevistas, concordando apenas com uma “conversa informal”.

Foi relatado aos participantes que o projeto do qual eles faziam parte havia sido julgado e aceito pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM. Eles foram orientados para que, em caso de dúvidas ou para maiores esclarecimentos, procurassem tal comitê e/ou a própria autora da investigação, cujos endereços e telefones lhes foram ofertados junto com a cópia do TCLE (no início do projeto). Outrossim, eles foram orientados acerca da utilização de seus depoimentos como referentes desta pesquisa e ficaram cientes de que eles seriam, a princípio, utilizados nesta dissertação; *a posteriori*, poderiam ter seus resultados publicados em artigos ou livro. Nada foi vetado pelos participantes com relação aos esclarecimentos e às solicitações propostos e todos concordaram, oralmente e por escrito, com tais solicitações e possibilidades de publicações futuras. A questão do anonimato identitário foi sempre enfatizado.

3.3.1.2 A entrevista propriamente dita

Antes de iniciar as entrevistas, realizava-se a conferência das condições do material a ser empregado na mesma ocasião, tais como: iPad, bloco de anotações e canetas. Procurou-se levar sempre um carregador de energia (iPad) para evitar intercorrências que fossem prejudicar o processo das entrevistas.

Estas ocorreram, em geral, nas dependências da Escola ou da ESF Maringá, sempre em sala privativa. A serenidade e a privacidade favoreceram a conversa e a descontração da fala e da postura do corpo, necessárias à realização das entrevistas e ao seu desenrolar. Assim, as entrevistas transcorreram tranquila e livremente, com intervenções ou perguntas da pesquisadora, realizadas apenas quando havia a necessidade de convergir o assunto para os temas enfocados na pesquisa; pois, às vezes, o assunto se dissipava.

As conversas com os adolescentes fluíram com facilidade, pois já havia o vínculo construído ao longo de um ano, e os relatos, no geral, surgiram espontaneamente. Seguiu-se um roteiro de questões norteadoras a fim de coletar informações sobre o significado da

vivência individual nas intervenções do projeto, avaliação da atuação e inserção de um profissional da saúde, como um agente de saúde/ educador em Saúde do Adolescente. Lançava-se a pergunta norteadora inicial e o colaborador discorria sobre o assunto. A maioria dos adolescentes apresentou tranquilidade ao falar e pareceu que, raramente, deixou de contar ou discorrer sobre algum assunto. Foi notória a inibição, a vergonha e a timidez ao falar sobre assuntos da sexualidade. Quando isso acontecia, e percebia-se a dificuldade para focar essa temática, respeitava-se o seu silêncio. A pesquisadora estava inteirada dessa possibilidade e das diversas maneiras como as pessoas podem reagir quando falam de detalhes, às vezes, íntimos de sua vida pessoal (THOMPSON, 1998; TAYLOR e BOGDAN, 1998; MEYHI, 2000).

É preciso recordar que as pessoas são diferentes no seu modo de ser e de se expressar. Algumas são mais extrovertidas e quase não necessitam de estímulos para falar. Outras são mais tímidas e reservadas, respondem às questões solicitadas com brevidade e são mais sintéticas. Procurou-se adequar o andamento das entrevistas ao modo de ser dos adolescentes e obter o máximo de suas contribuições, dentro do que eles, no momento, podiam oferecer.

3.3.1.3 A pós-entrevista

As entrevistas foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2013 e duraram, em média, trinta minutos. Logo foram transcritas pela pesquisadora. Procurou-se, assim, manter o depoimento dos adolescentes de forma tão fidedigna quanto possível. Para que tal ocorresse sua transcrição foi realizada pela pesquisadora após a conversa. Segundo Thompson (1998) dessa maneira mantêm-se os relatos mais frescos na memória e fica mais fácil e coerente sua passagem ao papel.

A transcrição das entrevistas foi textual, ou seja, procurou-se, do modo mais fiel possível, escrever tal e qual foi falado pelos participantes, utilizando as simbologias, já descritas, para demarcar determinadas reações ou acontecimentos, como as reticências para demonstrar silêncios.

A etapa seguinte do trabalho foi a sistematização, compreensão e interpretação dos depoimentos, amparados à luz dos referenciais teóricos e de outros aportes considerados necessários. Lembra-se que a sequência a seguir é continuação de todo um processo que, em investigação qualitativa, se faz de modo contínuo ao longo de todo o transcorrer do estudo: a interpretação cumulativa dos dados e das compreensões que vão se formando, criando,

complementando e sedimentando durante todo o processo de investigação. No momento inicial foi realizada uma primeira leitura das entrevistas. Repetiu-se o procedimento tantas vezes quantas se fizeram necessárias para identificar os temas propostos na investigação e os novos temas que surgiram. Das transcrições totais foram retirados fragmentos (as falas dos adolescentes) para elucidar o tema investigado e que estava em questão no dado momento. Algumas categorias, como já referido, estavam pré-delineadas e outras surgiram no decorrer da coleta e análise do material. Delimitados os temas, passou-se a descrevê-los e interpretá-los à luz do referencial proposto e outros.

3.3.2 A análise dos dados

As temáticas emergentes das respostas às questões abertas, ofertadas livremente pelos adolescentes através das entrevistas que foram transcritas, foram categorizadas e estudadas segundo análise de conteúdo de Bardin (2009, p. 44), que é “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”.

3.4 As Intervenções

A metodologia participativa empregada neste projeto buscou favorecer um processo educativo ativo, pois, por meio das dinâmicas lúdico-pedagógicas, os adolescentes foram estimulados a atuar como sujeitos reflexivos e protagonistas na vivência ensino-aprendizagem a ser realizada e não como meros espectadores. A proposta teórico-metodológica que orientou a prática educativa descrita neste trabalho pressupôs a necessidade de uma reorientação permanente da ação o que implicou um processo de planejamento dinâmico. Isso exigiu do profissional/pesquisador o desenvolvimento contínuo da responsabilidade, da sensibilidade ao ritmo próprio de cada um e da aceitação das diferenças no direcionamento do trabalho em grupos, além da busca pela aproximação dos adolescentes (RESSEL et al, 2011).

Os professores da escola não participaram das oficinas, pois nos horários em que acontecia o Projeto estavam em reunião pedagógica, além disto, a presença dos mesmos na

oficina poderiam inibir a participação dos adolescentes. Para este Projeto pensou-se em trabalhar com os adolescentes, preparando as técnicas e oficinas típicas para este público.

A seguir, serão descritos todos os encontros/ intervenções realizados, abordando a técnica, o objetivo e o desenvolvimento. Vale ressaltar que as intervenções foram pré-pensadas, mas houve flexibilidade de assuntos, de acordo com as necessidades apresentadas pelos adolescentes. Os comentários e resultados de algumas intervenções abaixo relatadas encontram-se no Apêndice B.

1º encontro: Dinâmica de apresentação dos profissionais envolvidos e dos adolescentes participantes. Exposição dos métodos e objetivos do trabalho. Aplicação do questionário (pré-teste).

Técnica: Dinâmica de apresentação/ integração

Objetivo: conhecer o grupo de trabalho e viabilizar a sua integração inicial, oportunizando a verbalização de suas características pessoais e as condições necessárias para o desenvolvimento de uma atividade grupal.

Desenvolvimento: combinações dos métodos de trabalho:

- Horário dos encontros (10 às 11h e 45 min); periodicidade quinzenal; o local dos encontros seria a sala de aula do 9ª ano; frisou-se a importância da pontualidade para o bom andamento do projeto.

- A forma de comunicação dos encontros para conhecimento dos pais (bilhetes/lembretes seriam entregues pela própria pesquisadora, em sala de aula, na semana do encontro). Os adolescentes foram estimulados a mostrarem sempre os bilhetes/ lembretes aos pais para informá-los de quais dias estariam no projeto.

- Os adolescentes foram informados sobre a importância da assiduidade (não poderiam faltar mais de três encontros para continuarem no projeto e receberem, ao final, um Certificado de Participação).

Foi combinado ainda que o “respeito” seria a palavra-chave dos encontros, por ser um dos valores mais importantes do ser humano e por sua relevância na interação social e no tipo de trabalho que seria desenvolvido. O respeito ao próximo seria um exercício contínuo, pois ele representa uma das formas mais básicas e essenciais para uma convivência saudável.

A partir da introdução dos objetivos e propósitos do projeto, aplicou-se o questionário. Após, foi distribuída uma folha de ofício para cada participante e houve a orientação para que

todos escrevessem seu nome, o que mais gostavam de fazer na vida e o que é ser adolescente. Em seguida, cada um apresentou o que havia escrito; alguns realizaram também desenhos.

2ª encontro: Corpo humano: aparelho reprodutor feminino e masculino (estruturas e funções).

Técnica: Desenho do corpo humano com enfoque nos órgãos sexuais e reprodutivos.

Objetivo: identificar as diferentes partes do corpo do homem e da mulher e suas funções, bem como as mudanças corporais na adolescência.

Desenvolvimento: antes de começar a trabalhar sobre o corpo humano, utilizando-se de um datashow (projektor multimídia), a partir do qual foram projetadas imagens que explicam a palavra respeito e também mensagens-chave da United Nations Population Funds (2011) que embasam os objetivos deste projeto, tais como:

- Informar e capacitar meninos e meninas para adiar a gravidez até que estejam física e emocionalmente maduros.
- Inspirar e motivar meninos e meninas a serem sexualmente responsáveis.
- Incentivar os governos a assumirem a responsabilidade pela catástrofe humana de órfãos e outras crianças que vivem nas ruas.
- Reorientar a educação e serviços de saúde para atender às diversas necessidades dos adolescentes. Educação e serviços de saúde que abordem a saúde sexual e reprodutiva, informações de planejamento familiar e aconselhamento sobre relações de gênero, doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS e abuso sexual.
- Certificar serviços de saúde que tenham atitudes que permitam aos adolescentes o acesso aos serviços e informações de que necessitam.
- Apoiar os esforços para erradicar o casamento precoce ou forçado, abuso sexual e tráfico de adolescentes para o trabalho forçado, o casamento ou o sexo comercial.
- Socializar e motivar meninos e jovens para mostrarem respeito e responsabilidade nas relações sexuais.
- Melhorar a comunicação entre homens e mulheres, em questões de sexualidade e saúde reprodutiva, e a compreensão das suas responsabilidades conjuntas, de modo que sejam parceiros iguais na vida pública e privada.
- Orientar as mulheres para que possam exercer o seu direito de controlar sua própria fertilidade e seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de coerção, discriminação e violência.

- Melhorar a qualidade e a disponibilidade dos serviços de saúde reprodutiva e as barreiras ao acesso a estes.
- Incentivar a responsabilidade do homem para o comportamento sexual e reprodutivo e aumentar a participação masculina no planejamento familiar.

Após a discussão destes slides, foram formados três grupos de trabalho, sendo cada um constituído por um colaborador do projeto. A tarefa inicial era desenhar o corpo humano (feminino e masculino), com enfoque nos órgãos sexuais e reprodutivos.

O trabalho ocorreu em três momentos: primeiro, os colaboradores incentivaram os adolescentes a organizarem o trabalho proposto, estimulando a liberdade de expressão a partir dos conhecimentos prévios dos participantes. No segundo momento os colaboradores instigaram os adolescentes a ampliarem o escopo dos órgãos sexuais e quais suas funções. E no terceiro momento foram distribuídas imagens dos órgãos sexuais e reprodutivos (feminino e masculino) para que fossem coladas nos desenhos, caso o grupo não soubesse desenhar ou não conhecesse o órgão/estrutura anatômica.

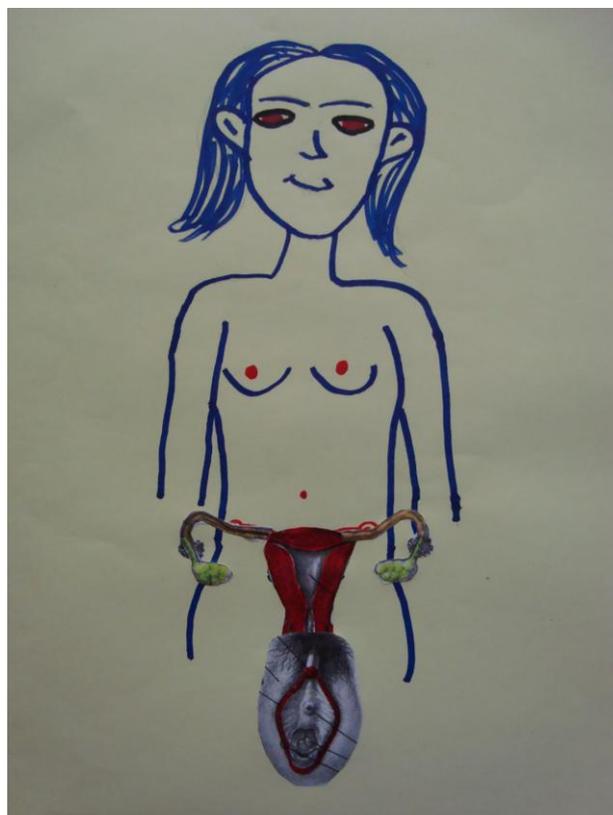


Figura 1: Desenho do corpo humano feminino, elaborado pelos adolescentes.



Figura 2: Desenho do corpo humano masculino, elaborado pelos adolescentes.

Após, cada cartaz foi fotografado e projetado no Datashow, gerando muitas risadas e conversas paralelas. No final desta atividade realizou-se uma apresentação de slides com imagens dos órgãos sexuais e reprodutivos, explicando-se a função de cada estrutura anatômica. O último slide dessa apresentação trazia uma mensagem do poeta Carlos Drummond de Andrade, com a frase: “Ninguém é igual a ninguém. Todo o ser humano é um estranho ímpar”. Ainda nesse encontro os adolescentes assistiram ao documentário “Os aparelhos reprodutores, a adolescência e a puberdade” (KIT EDUCAÇÃO SEXUAL, 2008) e, em seguida, houve debate sobre as principais ideias do documentário.

Percebeu-se que foi muito difícil a interiorização e a prática do respeito, valor que era a palavra-chave dos encontros. Por isso, solicitou-se que cada participante trouxesse, no próximo encontro, uma figura, imagem, música, recorte de jornal, de revista, etc., que falasse sobre respeito.

3ª encontro: Equidade de Gênero

Técnica: Coisas de homem, coisas de mulher e coisas dos dois.

Objetivo: discutir os papéis de gênero (masculino/feminino), explorando as fantasias que cada sexo constrói sobre o outro. Diferenciar sexo de gênero.

Desenvolvimento: através do material que os adolescentes trouxeram foi construído um grande cartaz sobre a palavra respeito e debateu-se a temática.

Após, foi iniciada a dinâmica sobre gênero. Entregou-se duas tiras de papel com palavras que representam sentimentos e ações, tais como: amar, incentivar a paz, usar camisinha, levar os filhos na ESF (posto de saúde), sensibilidade, participar de reuniões na escola, morar longe da família, chorar, ter prazer sexual, cuidar dos filhos, ter liberdade, cozinhar, prevenir o abuso sexual, fidelidade, lutar por seus direitos, deve conhecer os métodos anticoncepcionais, jogar futebol, usar brinco, depilar as pernas, liderança, dirigir carro, moto, caminhão e ônibus; ficar solteiro, escrever poesia, planejar a gravidez, pagar as contas e lavar a louça.

Em seguida cada adolescente lia a sua palavra e dava a sua opinião, se achava que o item apresentado era coisa de homem, de mulher ou comum dos dois gêneros. Em seguida, abria-se a resposta para o grupo discutir se concordava ou não e por quê. Somente depois de consenso ou votação, a tira de papel era colada no cartaz.



Figura 3: Cartaz sobre gênero

4ª encontro: Visita a ESF Maringá**Técnica:** Conhecendo a ESF Maringá e seus profissionais

Objetivo: propiciar uma aproximação e formação do vínculo com a Equipe de Saúde da ESF Maringá. Conhecer o espaço físico, profissionais de saúde e funcionamento da Unidade. Debater o que é uma ESF e sua importância. Refletir sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), o controle social e a cidadania.

Desenvolvimento: Antes de ir para a ESF Maringá os adolescentes foram divididos em dois grupos. Cada grupo deveria escrever, em uma cartolina, o que conhecia de uma ESF, se sabia o que fazem os profissionais que lá trabalham, quais são os nomes e funções dos profissionais, quais atividades são desenvolvidas em uma ESF e como os cidadãos podem intervir nas ações do SUS, fazendo valer seus interesses.

Após a socialização dos cartazes, o grupo dirigiu-se à ESF, onde conheceu as dependências físicas e conversou com profissionais de saúde, acadêmicos e usuários lá presentes. Solicitou-se que, para o próximo encontro, os adolescentes que tivessem a Caderneta do Adolescente em casa, trouxessem-na para manuseá-la nas atividades futuras.

5ª encontro: Caderneta do Adolescente**Técnica:** Gincana da Caderneta do Adolescente

Objetivo: incentivar a utilização da Caderneta do Adolescente como instrumento de saúde. Trabalhar os temas que nela constam: como evitar doenças, importância das imunizações, mudanças no corpo, saúde sexual e reprodutiva, saúde bucal, alimentação, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), dentre outros. Estimular o uso da Caderneta nas instituições de saúde.

Desenvolvimento: gincana sobre a Caderneta do Adolescente. O grupo foi dividido aleatoriamente, formando duas equipes. O Grupo 1 escolheu o nome “Grupo unido jamais será vencido”, e o Grupo 2, “Tsunami”. Cada grupo teve a presença de um monitor do projeto.

Utilizando-se um datashow as tarefas eram projetadas em uma tela e o grupo que achasse a resposta na Caderneta, primeiro, ganharia ponto na gincana. As questões foram:

- 1) Em caso de internação hospitalar, quais as pessoas que podem ficar com você o tempo todo?
- 2) Por que é importante comer verduras e frutas?
- 3) Quantos estágios temos de crescimento dos pelos pubianos?

- 4) Qual é lei que fala sobre os direitos e deveres da criança e do adolescente?
- 5) O que faz um dentista?
- 6) Fale sobre uma dica da Caderneta para cuidado das espinhas.
- 7) O que é poluição noturna?
- 8) A Caderneta do Adolescente fala sobre Dicas de Saúde. Para seu grupo, que outras dicas de saúde existem? Cite, no mínimo, cinco.
- 9) Qual é a idade que os serviços de saúde consideram como a fase da adolescência?
- 10) Quantas e quais as funções do pênis?
- 11) Qual é a hora para ficar, namorar, ter uma relação sexual?
- 12) A partir de quando a menina pode engravidar, e o menino ser pai?
- 13) O que significa dupla proteção?
- 14) O que uma pessoa deve fazer se for vítima de violência sexual?
- 15) Quais os passos para o uso da camisinha feminina e masculina?
- 16) O que é ter um projeto de vida?

Os alunos que não trouxeram a Caderneta do Adolescente ou não a tinham recebido um exemplar da pesquisadora. Os adolescentes deveriam procurar as repostas na Caderneta, ler em voz alta e indicar a página para que todos pudessem acompanhar. A partir das repostas foram realizados alguns comentários sobre a temática de cada questão.



Figura 4: Gincana “Caderneta do Adolescente”

O grupo que acertava a questão recebia uma tira de papel na qual constava uma palavra que valia ponto na Gincana. As palavras foram retiradas da própria Caderneta do Adolescente, tais como: saúde, refletir, autocuidado, respeito, oportunidade, autonomia, prevenção, direitos, afeto, responsabilidade, planejar, família, deveres, alimentação saudável, perseverança, projeto de vida, amizade, autoestima. Essas palavras seriam utilizadas na dinâmica do próximo encontro.

No encerramento das atividades desse encontro realizou-se um círculo de mãos dadas. O Grupo deveria escolher uma palavra que seria o grito de guerra daquele encontro. Surgiram sugestões de: amizade, amém, sinal da cruz, felicidade, bairro Diácono João Luiz Pozzobon, convivência. A palavra (grito de guerra) escolhida foi “convivência”.

A equipe “Grupo unido jamais será vencido” foi a ganhadora da Gincana e recebeu de premiação uma caixa de bombom, e a equipe “Tsunami” recebeu uma caixa de Bis.

6ª encontro: Projetos de Vida

Técnica: Árvore da Vida

Objetivo: instigar o adolescente a pensar sobre seus planos e projetos de vida atuais e futuros. Estimular os adolescentes a terem um projeto de vida, planejar o futuro e colocar o plano em prática no presente, evitando, principalmente, comportamento de risco.

Desenvolvimento: as palavras que valiam pontos na Gincana do encontro anterior foram distribuídas para cada participante. Essas palavras fariam parte da raiz da “Árvore da Vida”. Os adolescentes colaram as palavras em um cartaz com desenho de uma árvore e foram instigados a pensar o que mais consideravam importante para compor a raiz de uma árvore da vida. Falaram então: amor, harmonia, compromisso, união, paz, felicidade, fé e apoio. Houve reflexão acerca de todas as palavras, focando a importância do que significam na vida das pessoas. Após foi distribuído um papel com formato de círculo, significando um fruto, e estimularam-se os adolescentes a pensarem sobre seus projetos de vida.

O fechamento desse encontro foi realizado ao som da música “Viver e não ter a vergonha de ser feliz”, de Gonzaguinha, e a palavra escolhida para ser o grito de guerra desse encontro foi “festa”, pois os adolescentes estavam na expectativa de uma festa de máscaras que seria realizada naquele dia na escola.

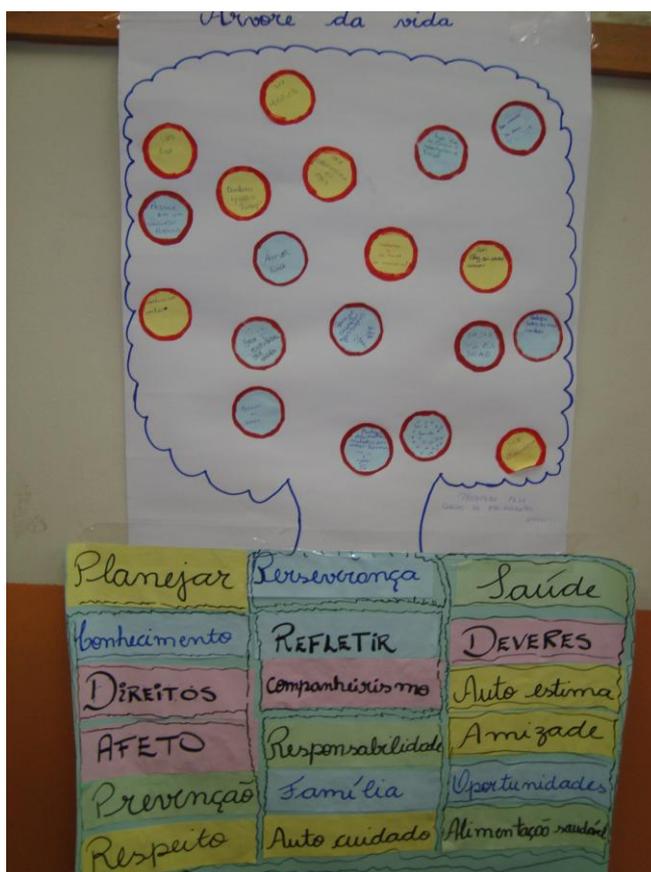


Figura 5: Dinâmica “Árvore da Vida”

7ª encontro: Desenvolvimento físico/social/psíquico/emocional do adolescente.

Técnica: Autoconhecimento

Objetivo: Refletir sobre o desenvolvimento biológico/psicológico/social da adolescência, sobre a percepção das mudanças nesta fase da vida e sobre as atitudes para que sejam vivenciadas com saúde e bem-estar.

Desenvolvimento: Nesse encontro aplicou-se um questionário sobre assuntos pessoais, com as questões que seguem. Como você gostaria de ser na sua vida? O que você admira em uma pessoa? O que você gostaria de ser em sua vida? Eu no futuro...daqui a 10 anos, o que quero ser...

As questões foram debatidas pelos adolescentes. Solicitou-se, como atividade para casa, trazer figuras, materiais, vídeos, jornais, revistas, poemas e outros que falem algo sobre as seguintes perguntas:

- 1) O que eu preciso fazer para poder ser como e o que quero?

2) O que eu preciso evitar para ser como e o que quero?

8ª encontro: Comportamento de risco e a adolescência

Técnica: Reflexão sobre comportamento de risco. Filmes.

Objetivo: refletir sobre os comportamentos de risco nesta fase da vida. Aspectos culturais e suas implicações nos modos de ser.

Desenvolvimento: construção do cartaz e debate das figuras, palavras, poemas e poesias. O cartaz em confecção foi colocado no chão, no centro de uma grande roda. Sentou-se no chão para haver mais proximidade com o cartaz e favorecer o debate.



Figura 6: Cartaz confeccionado pelos adolescentes

Após, houve um momento “Sessão Cinema”, com direito à pipoca e a refrigerante. Todos assistiram ao filme de animação “Vida de Maria”, de Márcio Ramos³. O filme mostra uma realidade que ainda existe, não só no Nordeste, mas em muitos lugares do Brasil. Retrata

³Disponível em <<http://livrespensadores.net/artigos/animacao-vida-maria-retrata-a-realidade-de-muitos-brasileiros/>>.

a vida de Maria, uma criança que aprendeu a escrever seu nome e aparentemente estava muito feliz por escrevê-lo, mas sua mãe não achava que isso era bom para a filha. Para a mãe o importante era que a garota ajudasse nos afazeres de casa, ou seja, que a menina, ao crescer, tivesse uma vida como a da sua mãe. Assim, Maria foi crescendo naquelas péssimas condições, com um futuro igual ao de sua mãe: casou-se e teve vários filhos. Ao final da história, pode-se ver que Maria, muito envelhecida e cansada, está velando o corpo de sua mãe. No caderno, consegue-se ver quantas “Marias” passaram pela mesma situação, a qual não muda em alguns contextos.

Todos assistiram ainda aos filmes “Vida de João”, parte 1 e parte 2, que trazem desenhos animados sem palavras, com 20 minutos de duração, criados para gerar questionamento entre homens jovens sobre machismo, socialização masculina e relações de gênero. O filme conta a história do rapaz João e os desafios que ele enfrenta durante seu processo de crescimento para tornar-se homem na sociedade: o machismo, a violência familiar, a homofobia, as dúvidas em relação à sexualidade, a gravidez da namorada e a paternidade.

A partir dos filmes vistos foram discutidos os assuntos que mais chamaram a atenção: alcoolismo, DST's, gravidez na adolescência, importância da consciência crítica e reflexiva, violência doméstica e a influência dos amigos nos comportamentos.

Como atividade para pensar em casa, solicitou-se que os adolescentes conversassem com alguma pessoa próxima, que foi mãe ou pai na adolescência, abordando as principais dificuldades e as mudanças que ocorreram em suas vidas a partir desse momento.

9ª encontro: Gravidez na Adolescência

Técnica: Trilha da Vida

Objetivo: refletir sobre as etapas da vida e a repercussão de uma gravidez na adolescência em relação à vida social, física, psíquica, à rotina diária e aos planos dos adolescentes para o futuro.

Desenvolvimento: os adolescentes formaram três grupos, com a presença de um colaborador em cada grupo, a fim de discutir a atividade de casa, que era conversar com alguma pessoa próxima que foi mãe ou pai na adolescência e saber acerca das principais dificuldades e mudanças ocorridas na vida destes. Os adolescentes que não conversaram com ninguém foram estimulados a pensar sobre as possíveis dificuldades e sobre o que há de bom ou não em ser mãe/pai na adolescência.

Após as discussões, elaborou-se uma trilha da vida, ou seja, foram marcadas, em um cartaz, as idades, o que se faz na vida dos 0-5 anos, 5-10, 10-15, 15-20, 20-25 anos. O grupo foi estimulado a pensar nas fases da vida: por exemplo, as crianças pequenas brincam, dormem, são dependentes; os adolescentes, estudam, vão à festa, namoram. Pensar em fases da vida teve o objetivo de refletir sobre as etapas e a importância de não “pular” nenhuma delas. Após, estimulou-se cada adolescente a pensar o que acontece na vida de uma menina/menino se ocorre uma gravidez na adolescência (10-15 anos), que é a faixa de idade dos adolescentes participantes deste estudo.

Depois os jovens deste estudo assistiram ao vídeo: Adolescência das meninas (de Dráuzio Varella, apresentado no Programa Fantástico da Rede Globo, em 2011), que fala do impacto da gravidez na adolescência na vida de uma menina, na família e na sociedade. Esse vídeo foi pensado para que houvesse uma identificação dos adolescentes com o material, já que, no questionário inicial (pré-teste), soube-se que muitos assistem à referida emissora de TV. Após, houve discussão no grande grupo.

No final do encontro, a pesquisadora entregou um bloco de anotações e um ovo para cada adolescente, estimulando esses jovens a levarem o ovo para todos os lugares e anotarem como se sentiram cuidando do ovo, como se fosse um bebê. O ovo deveria ser devolvido no próximo encontro. Para isso foi feito um pacto de honestidade, incentivando o adolescente a realmente cuidar do ovo como se este fosse uma criança e a devolver o mesmo, sem fazer substituições (a pesquisadora rubricou os ovos entregues).

10ª encontro: Gravidez na adolescência

Técnica: Conversa sobre a experiência de cuidar de um ovo como se fosse um bebê. Filme.

Objetivo: refletir sobre a gravidez na adolescência em relação à vida social, física, psíquica, à rotina diária e os planos dos adolescentes para o futuro. Refletir sobre os cuidados demandados por um bebê.

Desenvolvimento: os adolescentes foram separados em três grupos a fim de partilhar como fora a experiência de cuidar do ovo. Apenas nove adolescentes trouxeram-no de volta como havia sido combinado, juntamente com o relato da atividade no bloco de anotações. Outros relataram ter quebrado ou esquecido o ovo em casa. Após, assistiu-se um episódio do seriado de humor estadunidense "Todo mundo odeia o Chris". Nesse episódio os alunos de uma escola precisam cuidar de um ovo como se fosse um filho para um trabalho avaliativo da

escola, que foi uma experiência muito semelhante com a atividade desenvolvida no projeto. A trama desenvolve-se com muitas reflexões e humor.



Figura 7: Adolescentes que cuidaram do “ovo” por 15 dias como se fosse um bebê

11ª encontro: Gravidez na adolescência

Técnica: Repensando a gravidez na adolescência. Filme

Objetivo: refletir sobre a gravidez na adolescência em relação à vida social, física, psíquica, à rotina diária e os planos dos adolescentes para o futuro.

Desenvolvimento: realizou-se uma revisão dos encontros anteriores sobre a temática gravidez na adolescência. Após, assistiu-se o vídeo “Meninas: gravidez na adolescência”, da diretora Sandra Werneck. O filme retrata a história de vida de quatro meninas do Rio de Janeiro que aprendem a lidar com a maternidade precoce. Neste filme, Evelin, 13 anos, está grávida de um jovem de 22 anos que deixou o tráfico de drogas recentemente. Luana, 15 anos, declara que planejou sua gravidez, pois desejava ter um filho só para ela. Edilene, 14 anos,

espera um filho de Alex, que também engravidou sua vizinha Joice. Ao longo de um ano, é acompanhado o cotidiano dessas quatro jovens.

Após assistir ao filme os adolescentes debateram os assuntos que mais lhes chamaram a atenção. Em seguida a pesquisadora falou sobre a aprovação do Estatuto da Juventude no dia 05/08/13, que traz a adoção de diversas medidas sobre a inclusão de temas relacionados à sexualidade, saúde sexual e reprodutiva, com enfoque de gênero e dos direitos sexuais e reprodutivos nos projetos pedagógicos dos diversos níveis de educação.

Ao final, solicitou-se, para o próximo encontro, que os adolescentes trouxessem informações sobre métodos anticoncepcionais.

12ª encontro: Métodos anticoncepcionais

Técnica: Conhecendo os métodos anticoncepcionais

Objetivo: propiciar o conhecimento dos métodos anticoncepcionais mais adequados aos adolescentes e refletir sobre a prevenção da gravidez na adolescência e prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Desenvolvimento: nesse encontro os adolescentes relataram o que já sabiam sobre métodos anticoncepcionais. A camisinha masculina e a pílula anticoncepcional foram os métodos mais citados. Após a conversa inicial a pesquisadora apresentou um kit de métodos contraceptivos como: camisinha (masculina e feminina), pílula anticoncepcional de 21 drágeas, pílula anticoncepcional para período de amamentação, pílula do dia seguinte (de emergência), ampola de anticoncepcional injetável (trimestral). A pesquisadora informou que todos estes métodos estavam disponíveis e são distribuídos na ESF Maringá. Além destes, foram apresentados ainda o diafragma e o Dispositivo Intra-Uterino (DIU). Os adolescentes puderam manusear um álbum de lâminas de anatomia ginecológica, prótese de pênis para colocar camisinha e tirar dúvidas sobre outros métodos contraceptivos como: ligadura de trompas, vasectomia, temperatura basal, espermicida, calendário ou “tabelinha” e coito interrompido.

Os materiais que compunham o kit foram colocados no chão para facilitar a visualização e o manuseio. As bulas dos medicamentos também foram expostas para que os adolescentes pudessem ter uma aproximação com o universo de métodos contraceptivos.

13ª encontro: Métodos anticoncepcionais e DST's

Técnica: Conversa com médica ginecologista

Objetivo: propiciar o conhecimento dos métodos anticoncepcionais mais adequados aos adolescentes e refletir sobre a prevenção da gravidez na adolescência e prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's) e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS).

Desenvolvimento: Esse encontro teve a presença de uma médica ginecologista que esclareceu as principais dúvidas dos adolescentes sobre métodos contraceptivos e DST's. Após a conversa assistiu-se um vídeo do Ministério da Saúde sobre essa temática e os adolescentes receberam folder e materiais educativos impressos que são distribuídos na ESF Maringá.

14ª encontro: DST's/ AIDS

Técnica: Dinâmica "Contatos pessoais"

Objetivo: debater as doenças sexualmente transmissíveis mais comuns, as formas de contágio, os sinais e sintomas e a forma de prevenção.

Desenvolvimento: inicialmente houve uma breve revisão do encontro anterior, no qual discutiram-se os métodos anticoncepcionais. Em seguida assistiu-se o vídeo "Métodos anticoncepcionais", do Portal Brasil⁴. Além deste vídeo assistiu-se também ao programa "AIDS - 30 Anos depois – Drauzio Varella", exibido no programa Fantástico, da Rede Globo, em 2011⁵. Após, houve a discussão sobre os assuntos mais relevantes dos vídeos, realizando-se uma relação com a temática abordada nos últimos encontros.

Nesse mesmo encontro, com o objetivo de facilitar a compreensão da transmissão sexual do HIV e das DSTs, aplicou-se a dinâmica "Contatos pessoais", do Manual do Multiplicador. Entregou-se para cada um dos participantes uma folha de papel, com apenas uma figura já desenhada pelo pesquisador. Em cada folha, havia apenas uma destas figuras geométricas: triângulo, quadrado ou círculo.

Foi colocada uma música alegre e os participantes dançaram pela sala e conversaram com seus colegas, com a finalidade de incentivar a integração. Em determinados momentos, a pesquisadora solicitava aos participantes a pararem e a copiarem o desenho do colega que estivesse mais próximo. Esse processo se repetiu por quatro vezes. Após o término da atividade, a

⁴ O vídeo pode ser acessado por meio do endereço <https://www.youtube.com/watch?v=9IG6JM9BJKE>.

⁵ O material pode ser visualizado em <https://www.youtube.com/watch?v=Uy0qQvFxDWs>.

pesquisadora perguntou se os participantes tinham ideia do significado das figuras. Discutiu-se com o grupo o significado das figuras e o que aconteceu com cada participante.

círculo = pessoa sadia

quadrado = portador de DST

triângulo = portador de HIV

Pontos discutidos pós-dinâmica:

- a) Quantos participantes começaram o jogo com círculos?
- b) Quantos participantes começaram o jogo com quadrados?
- c) Quantos participantes começaram o jogo com triângulos?
- d) Quantos participantes chegaram ao final do jogo sem triângulos na folha?
- e) O que significa ter mais de um triângulo na folha?
- f) O que significa ter mais de um quadrado na folha?
- g) É possível prever quem é portador de DST/AIDS, levando-se em conta apenas a aparência física?
- h) Você se preocupa com a ideia de contrair DST/AIDS?
- i) Que relação existe entre as DST e o HIV?

15ª encontro: Autoestima e autocuidados

Técnica: Jogo da Autoestima e Minha Bandeira Pessoal

Objetivo: Discutir sobre a autoestima e os fatores que a afetam, possibilitando uma reflexão sobre a percepção de si mesmo. A importância dos hábitos de higiene, o cuidado com o corpo e o respeito por si e pelos outros.

Desenvolvimento: as dinâmicas a seguir detalhadas foram adaptadas da cartilha “Prevenir é sempre melhor”, do Ministério da Saúde.

Com o intuito de esclarecer o que significa o conceito de autoestima, a pesquisadora explicou que este refere-se ao valor que cada pessoa atribui a si mesma, o quanto gosta de si própria, o quanto julga merecer da vida. Explicou ainda que a autoestima está estreitamente relacionada à família e ao ambiente em que se mora. Como exemplo, foram citadas as brigas com os pais ou a crítica de um amigo como fatos que podem prejudicar a autoestima.

A pesquisadora distribuiu uma folha de ofício para cada participante e disse que esta representava a autoestima. Instruiu que, em seguida, leria uma lista de situações que poderiam ocorrer, causando prejuízos à autoestima. Esclareceu que cada vez que fosse lida uma frase os

adolescentes deveriam rasgar um pedaço da folha de papel na mesma proporção em que essa situação afetaria a autoestima. Quando todas as frases foram expostas verbalmente, explicou que seriam lidas algumas frases para a reconstituição da autoestima. Enquanto isso, os jovens deveriam tentar colar os pedaços de papel com uma fita crepe. Os papéis deveriam estar de acordo com o a “porção” de autoestima recuperada.

Afetar a autoestima

O adolescente deveria imaginar as seguintes situações:

- 1) Uma briga com seu/sua namorado(a).
- 2) Seu professor criticou seu trabalho.
- 3) Um grupo de amigos íntimos não o convidou para um passeio.
- 4) Seu pai ou sua mãe o chamaram de malcriado.
- 5) Um amigo revelou um segredo que você contou a ele.
- 6) Surgiu um boato sobre sua reputação.
- 7) Seu namorado/sua namorada o/a deixou por causa de outro/outra.
- 8) Um grupo de amigos zombou de você por causa de sua roupa ou de seu cabelo.
- 9) Seu time de futebol perdeu um jogo importante.
- 10) Alguém de quem você gosta recusou um convite para sair com você.

Recuperar a autoestima

Imaginar que aconteceu o seguinte:

- 1) Algum colega de trabalho ou de escola pediu seus conselhos sobre um assunto delicado.
- 2) Um rapaz/moça de quem você gosta convidou-o/a para sair.
- 3) Seu pai ou sua mãe lhe dizem que gostam de você.
- 4) Você recebeu uma carta ou um telefonema de um amigo/uma amiga.
- 5) Você tirou boas notas numa prova difícil.
- 6) Um rapaz/uma moça aceitou seu convite para sair.
- 7) Seu time ganhou um jogo importante.
- 8) Seus colegas da escola o/a escolheram como líder.
- 9) Você ganhou uma bolsa de estudos.
- 10) Seu namorado/sua namorada mandou-lhe uma carta de amor.
- 11) Seus amigos elogiaram sua roupa ou penteado.

Quando a atividade terminou, pediu-se que os adolescentes comentassem como se sentiram fazendo o exercício e iniciou-se uma discussão que partiu do seguinte roteiro:

Todos recuperaram sua autoestima?

Qual foi a situação que mais afetou sua autoestima? Por quê?

E qual causou menos danos?

Qual foi a situação mais importante na recuperação da autoestima?

O que podemos fazer para defender nossa autoestima quando nos sentimos atacados?

Que podemos fazer para ajudar nossos amigos e familiares quando sua autoestima está baixa?

Solicitou-se aos adolescentes que fizessem uma lista sobre como reagiriam a situações que afetassem sua autoestima e como poderiam defender-se do efeito que essas situações podem causar. Incentivou-se também que elaborassem uma lista sobre coisas ou fatos que melhorem sua autoestima e, ao final, apresentassem suas listas para o grupo. Esta dinâmica teve por objetivo discutir a necessidade de comunicar de maneira clara os próprios sentimentos, necessidades e opiniões, respeitando os direitos da outra pessoa. Perceber que é possível identificar e defender-se de vínculos afetivos nos quais as pessoas se sintam manipuladas ou desrespeitadas.



Figura 8: Dinâmica sobre autoestima

Neste mesmo encontro foi aplicada outra técnica intitulada “Minha Bandeira Pessoal”, que é uma dinâmica de Identidade e Valores, que possibilitou, através de desenhos, que os adolescentes expressarem as habilidades e limitações, construindo sua bandeira. Essa dinâmica tocou num assunto vital para os jovens, pois teve o objetivo de possibilitar aos participantes a identificação das suas habilidades e limitações.

Descrição da dinâmica:

1. Grupo espalhado pela sala. Sentados em roda. Foram entregues folhas de ofício, lápis preto, lápis de cor e borrachas.
2. A pesquisadora explicou ao grupo que a bandeira geralmente representa um país e significa algo da história deste. Nessa atividade cada um deveria construir sua própria bandeira a partir de seis perguntas realizadas.
3. Pediu-se que respondessem a cada pergunta por intermédio de um desenho ou de um símbolo na área adequada. Os que não quiseram desenhar puderam escrever uma frase ou algumas palavras, mas procurou-se incentivar a expressão pelo desenho.
4. A pesquisadora fez as seguintes perguntas, indicando a área onde devem ser respondidas:
 - Qual o seu maior sucesso individual?
 - O que gostaria de mudar em você?
 - Qual a pessoa que você mais admira?
 - Em que atividade você se considera muito bom?
 - O que mais valoriza na vida?
 - Quais as dificuldades ou facilidades para trabalhar-se em grupo?

Foram reservados vinte minutos para que a bandeira fosse confeccionada;

5. Quando todos terminaram, dividiu-se o grupo em subgrupos e pediu-se que compartilhassem suas bandeiras.
6. Após, iniciou-se um plenário para comentar o que mais chamou a atenção de cada um em sua própria bandeira e na dos companheiros.
7. No fechamento do encontro, cada participante disse como se sentiu após ter compartilhado com o grupo sua história pessoal.

Esta atividade permitiu tomar consciência das habilidades e limitações individuais e propiciou um conhecimento mais aprofundado sobre si mesmo, facilitando as escolhas que se precisa fazer na vida.



Figura 9: Dinâmica “Minha bandeira pessoal”

16ª encontro: Violência e educação para a paz. Uso de substâncias psicoativas

Técnica: As marcas da violência

Objetivo: sensibilizar os adolescentes para a paz e para a harmonia nas relações interpessoais nos diversos meios sociais onde eles convivem. Explicar sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas e a banalização do uso destas na sociedade.

Desenvolvimento: cada adolescente recebeu uma folha de ofício que representava a vida. A pesquisadora informou que seriam projetadas algumas imagens na tela por meio de um datashow e se a imagem causasse algum mal-estar o participante deveria amassar ou fazer alguma dobradura no papel. As imagens projetadas mostravam vários tipos de violência como: psicológica, *bullying*, física, moral, patrimonial, sexual. Mostravam, ainda, violência contra crianças, mulheres, idosos, animais e outros.

Quando terminou de projetar as imagens a pesquisadora solicitou para os adolescentes visualizarem as folhas amassadas, lembrando que a folha significava a vida. Em seguida,

solicitou que tentassem deixar a folha como antes, lisa e totalmente desamassada. Explicou que era praticamente impossível a folha voltar ao seu estado anterior, pois a violência gera marcas negativas na vida das pessoas, por isso é importante buscar ajuda profissional e sair do silêncio, pois denunciar a violência é um dever de todos.

Buscou-se discutir os efeitos negativos do uso de drogas e a sua estreita relação com a violência. Instigou-se refletir sobre o papel dos adolescentes na educação e sobre a cultura de paz. O encontro foi finalizado com a dinâmica da rede de apoio. Formou-se um grande círculo. A pesquisadora explicou a atividade dizendo que o objetivo era formar uma grande “teia”, uma rede de apoio para uma cultura de paz. Quem recebesse o barbante deveria falar uma palavra que auxiliaria a construção de uma sociedade sem violência e uma cultura de paz. Segurava-se a ponta de um barbante na mão e jogava o rolo para outro participante. A pessoa escolhida agarrava o rolo, segurava o barbante, jogava para a próxima pessoa e falava uma palavra que considera positiva para a proposta.

17º encontro: Mídia e internet

Técnica: Pesquisas na internet

Objetivo: discutir a influência da mídia no comportamento humano, usando essa tecnologia para estudar temas relacionados à sexualidade e à adolescência. Efeitos positivos e negativos da mídia sobre a saúde dos adolescentes.

Desenvolvimento: os adolescentes foram levados para a sala de informática da escola, onde puderam navegar na internet, orientados a pesquisar assuntos sobre adolescência e sexualidade e, após, a criar uma música, poesia ou outro tipo de arte que expressasse a vivência que estavam tendo tanto no projeto como na adolescência.

18º encontro: Preparação para o desligamento do grupo (término das atividades)

Técnica: Dinâmica de desligamento

Objetivo: preparar os adolescentes para o encerramento das atividades com o objetivo de avaliar o momento concreto vivido pelo grupo (a avaliação ocorreria através da verbalização das emoções) e proporcionar um momento para dizer adeus e desejar sucesso na nova jornada que se iniciava.

Desenvolvimento: a pesquisadora entregou folhas de ofício, canetas e lápis de cor e incentivou cada participante a escrever uma carta de despedida do grupo. Nesta o jovem deveria comentar o seu sentimento em relação ao grupo, o que foi mais importante, se gostou

ou não das propostas, citar aquilo de que mais gostou no projeto, citar aquilo de que não gostou no projeto, se iria sentir saudades e por que.

Após, as cartas e desenhos foram lidos ao grupo pela própria pessoa que escreveu.

Lidas as cartas, conversou-se sobre os sentimentos, sensações, dificuldades, facilidades da convivência de um ano. Após, discutiu-se a organização da festa de despedida do próximo encontro.



Figura 10: Dinâmica de desligamento do Projeto

19ª encontro: Reaplicação do questionário (pós-teste) e confraternização.

Técnica: Festa de encerramento

Objetivo: encerramento das atividades do projeto e entrega do certificado de participação.

Desenvolvimento: aplicou-se o questionário (pós-teste) e, em seguida, iniciou-se a festa de encerramento. Para a confraternização cada participante levou uma bebida ou comida que seria compartilhado com o grupo. A pesquisadora e os colaboradores prepararam a decoração da sala com balões, mensagens, toalhas e enfeites. Em seguida, mostrou-se uma apresentação

de slides como memória de todo o projeto, com fotos dos participantes e das atividades realizadas, e uma mensagem final do músico Renato Russo: “Nunca deixe que lhe digam que não vale a pena acreditar nos sonhos que se têm ou que os seus planos nunca vão dar certo ou que você nunca vai ser alguém...”.

Neste encontro os adolescentes receberam o certificado de participação (Apêndice C).



Figura 11: Festa de encerramento do Projeto

3.4.1 Outras informações pertinentes sobre a operacionalização do Projeto

Em cada encontro foi disponibilizada uma caixa de perguntas para que os participantes pudessem colocar por escrito as suas dúvidas, as quais eram discutidas, respondidas e problematizadas no encontro seguinte. Essa prática possibilitou reconhecer quais eram as principais dúvidas, carências de informações e dificuldades de entendimento. Estimulou-se, ainda, que nesta caixa fossem depositadas sugestões e opiniões sobre o andamento do projeto para que os condutores pudessem aperfeiçoar a metodologia e temáticas dos encontros.

Durante o ano realizaram-se três reuniões com os pais dos adolescentes com a finalidade de esclarecer dúvidas, informar sobre o andamento do projeto e a participação dos adolescentes no mesmo. A presença dos adolescentes nos encontros era registrada por escrito para controle da frequência.

Cabe ressaltar que, em todos os encontros, buscou-se organizar o ambiente de maneira acolhedora, relaxante e carinhosa. Ao final de cada encontro os participantes recebiam um biscoito Bis ou um bombom juntamente com um bilhete informativo do próximo momento juntos. Neste mesmo bilhete constava uma frase/mensagem de reflexão e agradecimento pela presença.

3.4.2 Dimensão ética do estudo

Em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM) analisou o protocolo sob CAAE 13192413.8.0000.5346, no dia 19/02/2013, com parecer número 203.837, considerando-o aprovado (Anexo 2).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão dos dados coletados neste estudo serão apresentados conjuntamente. Em um primeiro momento, serão descritos e analisados os achados na pesquisa quantitativa (parte 1) e, posteriormente, os da pesquisa qualitativa (parte 2).

4.1 Resultados e discussão da pesquisa quantitativa (parte 1)

Serão descritos, a seguir, os resultados quantitativos encontrados na pesquisa. Para tornar mais didática sua apresentação, eles serão subdivididos, conforme os módulos pré-estabelecidos no questionário, nos seguintes tópicos: 1) Aspectos sociodemográficos dos participantes do estudo; 2) Sexualidade; 3) Anticoncepção e gravidez na adolescência; 4) Conhecimento sobre DST/HIV/AIDS e 5) Temas relacionados à saúde sexual e geral do adolescente.

4.1.1 Aspectos sociodemográficos dos participantes do estudo

O grupo de estudo foi composto por 32 adolescentes, de 12 a 14 anos, de ambos os sexos; a totalidade respondeu o pré-teste que foi aplicado no início do projeto. Ao longo do ano foram realizadas intervenções e houve a desistência de 40,6% (n=13) das pessoas. Portanto, o pós-teste foi respondido por apenas 59,3% (n=19) dos adolescentes. As informações da Tabela 1 referem-se ao grupo estudado no pré-teste, composto por 32 adolescentes, e descrevem os dados sociodemográficos dos participantes e de suas famílias.

Tabela 1 - Tabela demonstrativa das características sociodemográficas dos adolescentes participantes do estudo, no pré-teste, EMEF, SM, RS, 2013.

Característica	N	(%)
Sexo		
Masculino	11	34,4%
Feminino	21	65,6%
Idade		
12 anos	13	40,6%
13 anos	12	37,5%
14 anos	7	21,9%
Cor/ raça		
Branca	9	28,1%
Preta	8	25,0%
Parda	15	46,9%
Religião		
Católica	13	40,6%
Pentecostal	5	15,6%
Espírita	2	6,3%
Umbanda/ Candomblé/ batuque	2	6,3%
Outra	4	12,5%
Nenhuma	6	18,8%
Pais vivem ou viviam juntos		
Sim, são casados legalmente	6	18,8%
Vivem juntos, mas não são casados legalmente	10	31,3%
Não, estão separados	6	18,8%
A mãe vive com companheiro que não é meu pai	10	31,3%
Com quem você mora atualmente		
Com ambos os pais	13	40,6%
Apenas com a mãe	7	21,9%
Com a mãe e padrasto	6	18,8%
Com um dos avós	3	9,4%
Outro	2	6,3%
Dado faltante	1	3,1

Fonte: Dados da autora, 2013.

O grupo estudado, como se pode evidenciar na Tabela 1, concentrou-se na faixa etária entre 12 e 14 anos de idade, e o sexo feminino foi predominante. Esses achados são compatíveis com o estudo de Muller (2013). Esta autora afirmou que o público feminino, em geral, é mais representativo em grupos que buscam orientações sobre sexualidade.

Como exemplo de alguns marcadores sociodemográficos constatou-se que 96,9% (n=31) dos pais dos escolares possuíam celulares e tinham televisores (TV) em casa e os que possuíam computador/internet correspondiam a 59,4% (n=19). Quando questionados sobre “o assistir à televisão”, 37,5% (n=12) referiram assistir a mais de quatro horas diárias de programas televisivos, principalmente novelas e filmes. O canal de TV preferido por 43,8 % (n=14) era o Sistema Brasileiro de Televisão (SBT) e para 40,6% (n=13) a Rede Globo.

Esses dados demonstraram que os adolescentes têm acesso aos meios de comunicação, como fontes de informação. Camargo e Botelho (2007) afirmam que, quando se trata da televisão, o problema envolve, sobretudo, dois pontos: a falta de qualidade da programação, com um predomínio do espetáculo em detrimento da informação, e a mercantilização da sexualidade humana. Assim, é imprescindível sua melhor utilização como suporte para campanhas regulares dirigidas especificamente aos adolescentes. Em contrapartida, para Muller (2013), o papel da mídia na educação sexual do brasileiro é informar. Já a missão de educar, em toda a sua plenitude, é dos professores, pais e a sociedade como um todo. A autora relata que educar seria um processo lento e trabalhoso, com o foco em vislumbrar e aprender a lidar com o cenário em que a sexualidade está inserida. Através de espaços educativos que promovam a reflexão crítica, espera-se que os jovens possam adquirir amadurecimento para conseguir, por si só e com auxílio, separar conteúdos interessantes e positivos do que não é tão saudável.

Em uma pesquisa que enfoca a educação sexual e reprodutiva dos adolescentes é importante levar em consideração as condições em que se efetuou a socialização primária dos indivíduos. Observou-se que, quanto à coabitação familiar dos adolescentes, em 50,1% (n=16) dos casos, os pais viviam juntos (casados legalmente ou não) e, em 31,3 (n=10) as mães viviam com companheiro que não eram os pais dos adolescentes.

É importante levar em conta que 22,0% (n=7) dos jovens viviam em lares monoparentais, chefiados pela mulher. Isso reflete uma realidade nacional já revelada pelo Censo do IBGE (2010), o qual mostrou que houve um crescimento expressivo das famílias cujo responsável era do sexo feminino. Os motivos para esse aumento podem ser creditados a uma mudança de valores culturais relativos ao papel da mulher na sociedade brasileira. O

ingresso maciço no mercado de trabalho e o aumento da escolaridade combinados com a redução da fecundidade são fatores que creditam à mulher a responsabilidade de mantenedora da família.

Cabe ressaltar o perfil religioso dos participantes. Sabe-se que a religião ou a cultura religiosa professada pelas pessoas é um importante fato de interferência na educação e/ou comportamento sexual delas. Alguns estudos indicam que religiosidade tende a retardar o início da vida sexual (MULLER, 2013; ROSEMBERG, 1985; HARDY, RAFFAELLI, 2003). Nesta pesquisa, 40,6% (n=13) dos alunos referiram ser da religião católica, 15,6% (n=5) pentecostal e 25,1% (n=8) outras. Segundo o Censo do IBGE (2010) constatou-se que no Rio Grande do Sul a religião predominante foi referida como a católica, que é compatível com os resultados desse estudo.

Segundo Rosemberg (1985) a igreja católica constituiu um dos freios mais poderosos para que a Educação Sexual formal penetrasse no sistema escolar brasileiro por sua posição claramente repressiva em matéria de sexo. O discurso formal sobre sexualidade ou era negado ou era usado de pretexto para desencadear comportamentos punitivos. As influências da “conspiração do silêncio” afetam os educadores que sentem indisposição de falar sobre sexo e sexualidade porque passaram por uma formação de repressão ou não passou por formação específica alguma para trabalhar com o tema.

4.1.2 Sexualidade

É descrito pelos autores que falar sobre sexo e sexualidade é algo extremamente comum na realidade dos adolescentes, tanto precoces – 10 a 14 anos – quanto na adolescência tardia –15 a 19 anos (MENDONÇA et al., 2012). No entanto, no grupo estudado, ao responderem ao questionário, no pré-teste, 46,9% (n=15) referiram não falar ou quase nunca falar com outras pessoas sobre sexo ou sexualidade. A maioria, 75,0% (n=24), disse que se sentia pouco ou nada à vontade ao falar sobre este assunto.

Segundo estudiosos da sexualidade falar sobre o tema ainda é tabu na sociedade. Há muito preconceito, ideias equivocadas, mitos que envolvam os temas sensíveis (sexo, drogas, DST's). Percebe-se que é difícil para os adolescentes falarem sobre sexualidade, no entanto, a educação sexual ajudaria a esclarecer dúvidas e aliviar ansiedades frente ao desconhecido,

curioso, interessante e assustador processo de amadurecimento do qual o desenvolvimento da identidade sexual faz parte (MULLER, 2013).

A entrada na sexualidade com um parceiro é progressivamente preparada em marcos de relações estruturadas entre os sexos, como o namoro e o ficar (BOZON e HEILBORN, 2001; LEAL, 2003). Tais marcos organizadores da vida amorosa foram verificados entre os participantes da pesquisa: 81,3% (n=26) dos adolescentes já beijaram alguém na boca, 43,8% (n=14) disseram que tinham namorado (a) e a sexarca já havia ocorrido para 28,1% (n=9) dos adolescentes. A Tabela 2, abaixo discriminada, demonstra a faixa etária e o sexo dos participantes em relação à iniciação sexual.

Tabela 2 - Tabela comparativa da idade e das relações sexuais, no pré-teste, EMEF, SM, RS, 2013.

Característica	Masculino		Feminino	
	N(%) (N=11)		N(%) (N=21)	
Relações sexuais	Sim	Não	Sim	Não
12 anos	2 (18,1%)	1 (9,0%)	0 (0%)	10 (47,6%)
13 anos	3 (27,2%)	2 (18,1%)	2 (9,5%)	5 (23,8%)
14 anos	1 (9,0%)	2 (18,1%)	1 (4,7%)	3 (14,2%)

Fonte: Dados da autora, 2013.

Os dados encontrados, descritivamente, demonstram que os meninos iniciaram a vida sexual antes das meninas, o que pode indicar um traço cultural ainda muito marcante na sociedade no que diz respeito à masculinidade e à obrigatoriedade do início precoce das atividades sexuais. Estes achados estão em consonância com a constatação de estudiosos que comprovam que atualmente no Brasil o ingresso na vida sexual está ocorrendo cada vez mais cedo. Segundo pesquisas do Ministério da Saúde e da Educação a idade média de iniciação sexual é afetada por diferenciais regionais e ocorre, como média de idade, ao redor dos 15 aos 17 anos – meninos costumam se iniciar entre 15 e 16 anos; meninas entre 16 e 17 anos (BEMFAM, 1999; FERRAZ e FERREIRA, 1998; MULLER, 2013). Em outra pesquisa realizada em 2011 pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) enfatiza que a primeira relação sexual acontece em média aos 14,5 anos entre

meninos e 15,5 anos entre as meninas (MENDONÇA et al., 2012; GALLO, 2014; BRASIL, 2005; JARDIM e SANTOS, 2012; OLIVEIRA, 2002; HERCOWITZ, 2002).

Há que se considerar, no contexto desta pesquisa, que a iniciação sexual não pode ser entendida simplesmente como a primeira relação sexual, mas como um processo que envolve fortemente as relações de gênero, moldadas pelo próprio significado atribuído culturalmente à sexualidade (MARTINS et al., 2012; BORGES e SCHOR, 2005). As meninas associam a relação sexual com compromisso e estabilidade, enquanto os meninos, além de iniciar a vida sexual mais cedo, a relacionam com prazer, necessidade corporal e prova de masculinidade e virilidade (PELLOSO, CARVALHO e HIGARASHI, 2008; MARINHO, AQUINO e ALMEIDA, 2009).

As relações sexuais precoces podem ser explicadas pelo fato dos adolescentes, na busca de independência, adotar comportamentos próprios da idade adulta e, entre eles, os contatos sexuais cada vez mais precoces. Outros fatores também auxiliam nesta explicação, tais como: a maior possibilidade de adiantamento do convívio conjugal e maior abertura social e sexual, que possibilitam a multiparceria desde a adolescência, principalmente para o sexo masculino. Tal fato leva a considerar os aspectos positivos e negativos que a vivência sexual pode encerrar. Dentre os primeiros pode-se citar que essas experiências sexuais podem ser saudáveis, tanto fisicamente como emocionalmente, com maturidade e informações. Dentre os fatores negativos associa-se a ocorrência de gravidez não planejada e DSTs (VIEIRA et al., 2007; MULLER, 2013; JARDIM e SANTOS, 2012; CERQUEIRA et al., 2010).

Quando inquiridos, no pré-teste, sobre a idade certa para namorar e para perder a virgindade, respectivamente, 34,4% (n=11) consideravam a idade dos 14 aos 16 anos e 40,6% (n=13) após os 16 anos. Destes, 50,0% (n=16) acreditavam que as pessoas têm relações sexuais porque querem experimentar. Na maior parte dos estudos que abordam estes questionamentos os adolescentes referem não ter um período/ idade certa para namorar e para a iniciação da atividade sexual, dependendo muito da personalidade e maturidade de cada um (SOARES et al., 2008). Para Toquette e Meirelles (2012) o “ficar” e “namorar” são estilos de relacionamento afetivo-sexuais que despertam muita curiosidade e ansiedade nos adolescentes. Essas classificações complexificam-se ao combinar-se com o intercuro sexual, recebendo alguns marcadores diferenciais como justificativa para a sua efetivação, tais como: curiosidade, a excitação sexual, o sentir-se adulto e, por vezes, os conflitos familiares. Todas

elas podem ser reunidas e compreendidas como sentimento de adequação ao seu universo de referência.

Ao responderem a pergunta se tiveram alguma aula/palestra sobre sexo e sexualidade na escola, 53,1% (n=17) afirmou que sim, no entanto, nenhum participante relata esclarecer dúvidas sobre este assunto com os professores. Esse dado é preocupante, pois revela que os adolescentes não conversam sobre sexualidade com seus professores. Postula-se que não haja formação e educadores aptos a realizar esta complexa tarefa. Segundo Muller (2013), a sexualidade deve ser um tema transversal trabalhado pela escola como um todo. Os professores estão na linha de frente no contato com os alunos e poderiam auxiliar no estímulo da aquisição de conhecimentos, posturas, habilidades, talento, potencial e vocação.

Segundo Sturm e Seibt (2014), a educação é uma bússola que orienta o caminho, minimiza dúvidas, reduz preocupações e fortalece a capacidade de conquistar oportunidades e autonomia, exercer cidadania e civismo e propiciar convivência social com qualidade, dignidade e segurança. Infelizmente o Brasil continua ocupando posições constrangedoras nos *rankings* internacionais de ensino o que coloca estudantes brasileiros entre os piores na capacidade de solucionar problemas ligados a questões cotidianas. Uma das explicações para isto é que as escolas focam mais a abordagem dos conteúdos (decoreba) do que a troca de conhecimentos e a construção do aprendizado. Assim, o aluno precisa ser motivado a aprender: quem foi ensinado simplesmente cristalizou – às vezes, decorou – um conhecimento, enquanto quem efetivamente interagiu e foi instigado a buscar respostas acostumou-se a achar soluções pelo próprio esforço. Na Tabela 3 estão detalhados dados relacionados à sexualidade dos adolescentes que fizeram parte do estudo, no pré-teste e no pós-teste.

Tabela 3 - Tabela comparativa dos aspectos relacionados à sexualidade dos adolescentes participantes do estudo no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013 (Continua)

Características	Intervenção		p-valor
	Antes N(%) (N=32)	Depois N(%) (N=19)	
Conversa sobre sexualidade			
Muitas vezes/ Às vezes	17 (53,1%)	9 (47,4%)	0,691
Quase nunca/ Não falo sobre isso	15(46,9%)	10 (52,2%)	
Como se sente ao falar de sexualidade			
Muito à vontade/ À vontade	8(25,0%)	5 (26,3%)	0,584*
Pouco à vontade/ Nada à vontade	24 (75,0%)	14 (73,7%)	
Onde procura informações sobre sexualidade			
Internet	13 (46,4%)	8 (50,0%)	0,820
Televisão/livros/revistas/outros	15 (53,6%)	8 (50,0%)	

*Exato de Fisher

Fonte: Dados da autora, 2013.

Sabe-se que são muitas as fontes de informações sobre sexualidade. Nesta pesquisa, no pré-teste, 46,4% (n=13) dos adolescentes utilizavam a internet como meios de obtenção de informações sobre o assunto (Tabela 3). A internet, esse poderoso instrumento cibernético da modernidade cada vez mais acessível vem, há tempos, mostrando sua magnitude no quesito relacionamentos amorosos e sexuais, além de ser fonte de inesgotável de informações. A população pré-adolescente e adolescente também aderiu em massa aos contatos virtuais e à internet para procurar informações. Sexo é a palavra mais acessada na rede, onde se encontra de tudo (GALLO, 2014; PEREIRA, 2007; MULLER, 2013). Diante da modernidade do novo milênio, o Ministério da Saúde criou sites oficiais com conteúdos educativos e preventivos em sexualidade, como o Saúde do Adolescente e do Jovem⁶, um site sobre AIDS⁷ e outros.

O livro didático é outra fonte de acesso ao conhecimento e informações sobre sexualidade, sendo citado por 15,6% (n=5) dos adolescentes deste estudo, no pré-teste. O livro didático é um personagem indispensável no processo ensino aprendizagem. Ele é um recurso de apoio, norteia o trabalho pedagógico, serve de alicerce para o profissional professor no desenvolver do seu trabalho e faz o papel de guia para os estudantes no

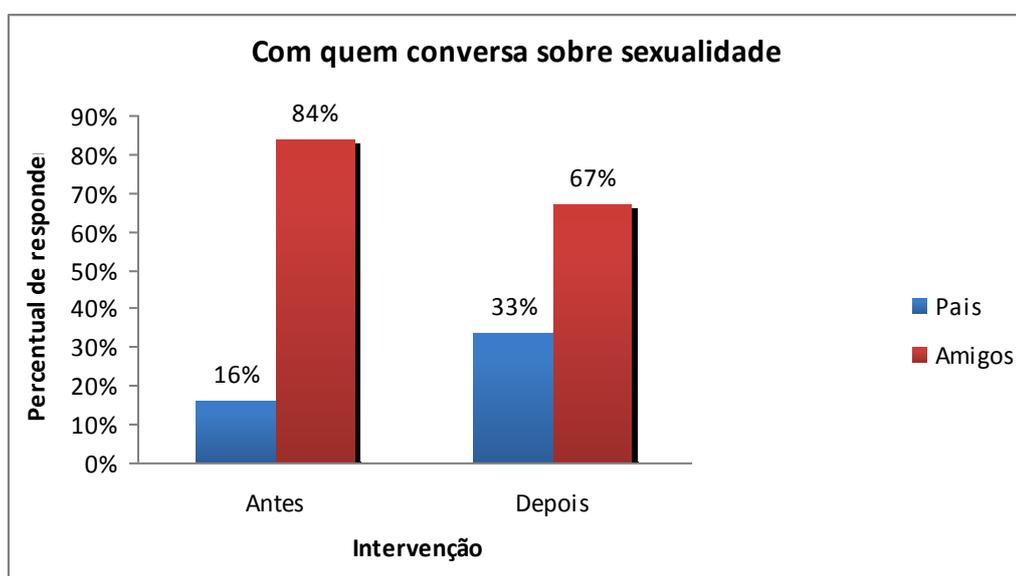
⁶ Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br>.

⁷ Disponível em <http://AIDS.gov.br>.

aprendizado dos conteúdos e informações sobre educação sexual e reprodutiva, principalmente quando destinados ao público adolescente, tão repleto de dúvidas (CARVALHO et al., 2012).

Observou-se, além disso, que o conhecimento sobre o próprio corpo é limitado, pois 71,9% (n=23) referiram não saber ou conheciam apenas alguns órgãos sexuais e suas funções. Quanto à menstruação, 56,3% (n=18) não tinham noções concretas sobre sua fisiologia. Com relação à masturbação, 50,0% (n=16) responderam que não sabiam ou não tinham certeza do que era.

O Gráfico 1 demonstra descritivamente os resultados encontrados nos pré e pós-teste.



Exato de Fisher (P-valor= 0,150)

Gráfico 1 - Gráfico comparativo das pessoas com quem os adolescentes conversam sobre sexualidade, pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.

Percebe-se que após as intervenções, descritivamente, parece ter ocorrido um aumento no diálogo sobre sexualidade dos adolescentes com os pais, mas não houve diferença estatisticamente significativa ($p= 0,150$). Contudo, os amigos ainda representam papel de destaque para falar-se e tirar dúvidas sobre sexualidade. Diante destes achados é imprescindível a participação dos educadores, familiares e profissionais de saúde no processo de desenvolvimento da personalidade em geral, pois este grupo etário ainda tem buscado com amigos informações, nem sempre corretas, muitas vezes discordantes e conflitantes. Tal fato

ocorre por característica deste grupo etário, mas também pela ausência ou até omissão tanto dos setores de educação e saúde como da família (CAMARGO e FERRARI, 2009; RIESGO et al., 2009).

Contudo, Romero et al. (2007) afirmam que, atualmente, os adolescentes falam mais sobre sexo com os pais e/ou responsáveis. No entanto, as conversas transitam apenas na superficialidade, não havendo esclarecimentos sobre a necessidade de alguns cuidados antes da iniciação sexual e do conhecimento adequado dos métodos contraceptivos e prevenção de DST's.

O diálogo é a ferramenta básica no processo de educar para a sexualidade. Apesar de ser tarefa essencial da família a educação sexual dos filhos, muitas vezes, há esquiva em abordar o assunto. A maneira como os pais percebem e lidam com a sexualidade de seus filhos, bem como as demais transformações decorrentes da adolescência é extremamente importante. Um olhar apurado e adequado pode revelar aos pais o que está acontecendo com seus filhos na vida pessoal e em termos de experiências sexuais, conseguindo identificar quando estes desejam conversar sobre sua sexualidade, seus sofrimentos e angústias ou quando estão prestes a iniciar sua vida sexual (DIAS e GOMES, 1999).

Sabe-se que a autonomia dos adolescentes terá uma interferência e uma dependência dos pais ou responsáveis e da relação estabelecida entre ambos. Uma das dificuldades na comunicação é a falta de informações, o medo de assumir a vida sexual e a falta de espaço para o diálogo no seio de suas famílias, o que acaba levando os adolescentes a sérios problemas, como por exemplo, DST's, gravidez precoce, problemas emocionais e outros. Perdidos entre o “não pode” dos pais e o “faça” autoritário que impera na mídia, os adolescentes raramente conseguem alguém para ouvir seus conflitos e medos (GALLO, 2014). Esse projeto possibilitou espaços para minimizar a ansiedade típica dessa fase da vida e acredita-se que a vivência no projeto incrementou o diálogo sobre sexualidade entre adolescentes e seus pais e/ou responsáveis:

4.1.3 Anticoncepção e gravidez na adolescência

Durante a adolescência há um aumento do interesse sexual, influenciado necessariamente pelas profundas alterações hormonais e pelo contexto psicossocial. Sabe-se

que a falta de educação sexual para este público pode aumentar o número de gestações não planejadas e outras complicações (MENDONÇA et al., 2012).

Perante essas constatações, a escola teria o papel fundamental de ampliar os conhecimentos sobre sexualidade e métodos anticoncepcionais (SAITO e LEAL, 2000). No momento inicial da pesquisa, 53,1% (n=17) dos alunos não sabiam como usar corretamente os métodos anticoncepcionais, 34,4 % (n=11) acreditavam erroneamente que a função principal da pílula era evitar uma gravidez e também DSTs e 75,0 % (n=24) não sabiam o que era ejaculação. A maioria, 96,9% (n=31) soube responder corretamente que a camisinha não pode ser utilizada mais de uma vez.

A maioria dos adolescentes, 71,9 % (n=23), respondeu, no pré-teste, que sabe como acontece uma gravidez, apontando o uso da camisinha e a pílula anticoncepcional como formas de evitá-la 78,1% (n=25). Os métodos contraceptivos e de barreira mais conhecidos pelos adolescentes neste estudo (pílula e camisinha) também foram os encontrados no estudo de outros pesquisadores, justamente por serem aqueles mais divulgados em campanhas governamentais e na mídia (GUIMARÃES, VIEIRA e PALMEIRA, 2003; BEMFAM, 1999; FAUSTINI et al., 2003). Além disso, o condom, ou preservativo, é, provavelmente, o método anticoncepcional mais utilizado entre os jovens, sendo sua popularidade devida ao baixo custo, facilidade de acesso (distribuição gratuita nas Unidades de Saúde), não necessidade de receituário médico, isenção de complicações, proteção contra DST's a ambos os sexos (RIESGO et al., 2009).

No que concerne à gravidez na adolescência, 87,5% (n=28) disseram que conheciam alguém que já teve filho antes dos 18 anos. Percebe-se, assim, que essa realidade estava presente na comunidade a qual pertenciam os participantes. Alguns autores afirmam que há alguns fatores de risco iminente para a ocorrência da gravidez na adolescência, como início precoce da vida sexual, níveis de escolaridade e socioeconômicos baixos e desconhecimento dos métodos anticoncepcionais (MENDONÇA et al., 2012).

No Brasil, em 2009, mais de 27% dos partos atendidos pelo SUS foram de adolescentes e quase 23% do total de gestantes estavam na faixa dos 15 aos 19 anos (CERQUEIRA, 2010). Diante destes índices é importante que educadores e profissionais de saúde conheçam os aspectos macrosistêmicos da temática, ou seja, as ideologias, as crenças, os valores, as culturas e subculturas presentes no cotidiano das pessoas que influenciam no desenvolvimento (BRONFENBRENNER, 1979/1996).

Segundo o relatório da OMS, “Saúde para os adolescentes do mundo”, as mortes devido a complicações da gravidez e do parto entre adolescentes caíram significativamente desde 2000, particularmente em regiões onde as taxas de mortalidade materna são mais elevadas. Apesar destas melhorias, a mortalidade materna ainda ocupa o segundo lugar entre as causas de morte entre meninas de 15 a 19 anos de idade no mundo, superado apenas pelo suicídio (WORLD..., 2014). Na Tabela 4 demonstra-se o conhecimento dos adolescentes sobre a gravidez na adolescência.

Tabela 4 - Tabela comparativa do conhecimento sobre gravidez na adolescência dos adolescentes participantes do estudo, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.

Características	Intervenção		p-valor
	Antes N(%) (N=32)	Depois N(%) (N=19)	
Sabe como acontece uma gravidez			
Sim	23 (71,9%)	15 (78,9%)	0,416*
Não/ Tenho alguma ideia	9 (28,1%)	4 (21,1%)	
Forma de evitar uma gravidez			
Usar camisinha e tomar pílula anticoncepcional	25 (78,1%)	17 (89,5%)	0,264*
Não tem como evitar/ Não sei	7 (21,9%)	2 (10,5%)	
O que pensa sobre gravidez antes dos 18 anos			
É importante pois mostra que a menina ou o menino são capazes de ter filhos.	6 (18,8%)	3 (15,8%)	0,553*
Muitas meninas param de estudar.	20 (62,5%)	16 (84,2%)	
Facilita a saída da casa dos pais.	3 (9,4%)	5 (26,3%)	0,114*
Dificulta a continuação dos estudos.	25 (78,1%)	14 (73,7%)	0,486*
É uma forma de se sentir valorizada, ou seja, adulta.	5 (15,6%)	6 (31,6%)	0,162*

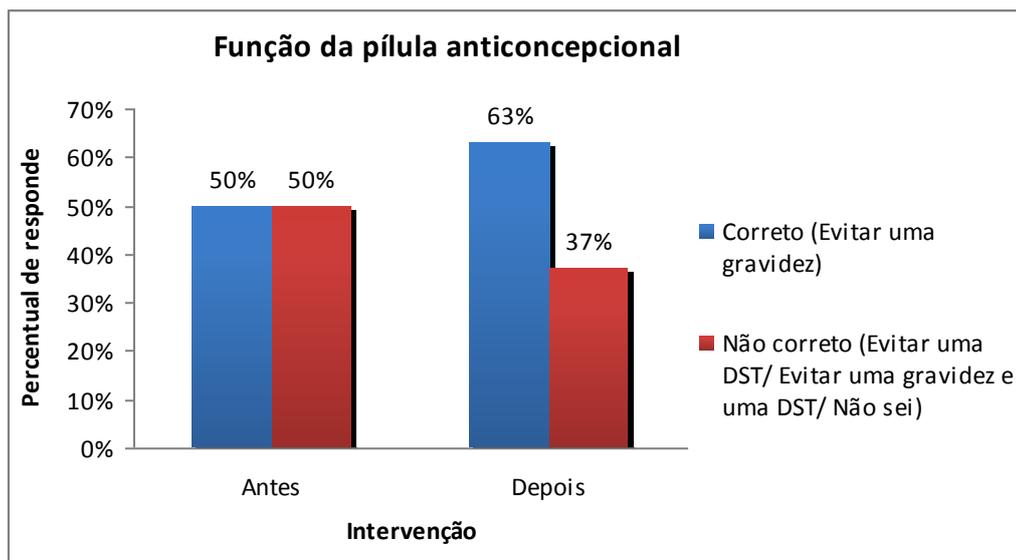
* Exato de Fisher

Fonte: Dados da autora, 2013.

Os pensamentos pueris sobre a gravidez na adolescência que “Facilita a saída da casa dos pais” e “É uma forma de se sentir valorizada, ou seja, adulta” tiveram um aumento no percentual após a intervenção. Acredita-se que essas concepções sejam reflexo de um meio social com pequeno poder aquisitivo, baixa perspectiva de vida e baixa escolaridade, o que

faz com que o adolescente veja na gravidez na adolescência a única possibilidade de um futuro melhor e uma mudança de status (GALLO, 2014).

No Gráfico 2, abaixo discriminado, observa-se o conhecimento dos adolescentes sobre a função da pílula anticoncepcional.



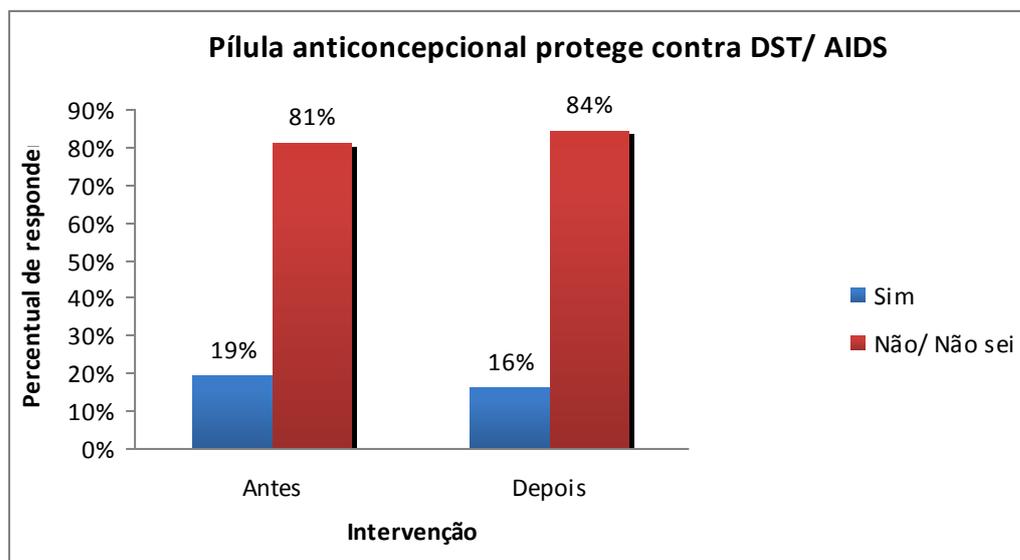
P-valor= 0,150

Gráfico 2 - Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes sobre a função da pílula anticoncepcional, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.

Constatou-se que os resultados diferem pouco no pré e pós-teste quanto ao conhecimento dos adolescentes sobre a função da pílula anticoncepcional e a forma de evitar uma gravidez, respectivamente. Apesar de haver pequena melhora do conhecimento, não houve diferença estatisticamente significativa.

Atualmente, existe consenso de que a compreensão e a captação de informações é um processo mais complexo que envolve a forma como o aluno conecta-se com o mundo e de como o cérebro capta as informações (visual, auditiva sinestésica e digital), ou seja, está relacionado com cada um dos sentidos (SADLER, 2001).

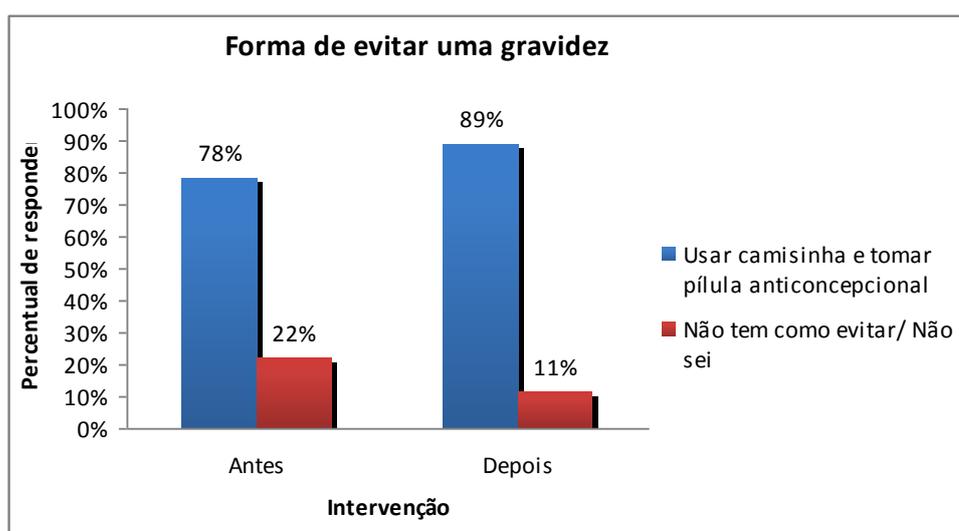
O Gráfico 3, a seguir discriminado, relevou outro conhecimento importante dos adolescentes sobre a pílula anticoncepcional.



Exato de Fisher (P-valor= 0,553)

Gráfico 3 - Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes sobre a pílula anticoncepcional e a proteção contra DST/AIDS, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.

Através do exposto no Gráfico 3, reparou-se que houve uma diferença mínima na aquisição de conhecimento sobre a função da pílula contraceptiva ao comparar-se o pré e pós-teste. Já o Gráfico 4, abaixo descrito, apresenta o conhecimento dos adolescentes sobre a forma de evitar a gravidez.



Exato de Fisher (P-valor= 0,264)

Gráfico 4 - Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes sobre a forma de evitar uma gravidez, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.

Quando perguntado aos adolescentes, no pré-teste, sobre a forma de evitar uma gravidez, 78% apontaram o preservativo e a pílula anticoncepcional como formas de prevenir uma gestação. Esse número elevou-se para 89% no pós-teste, contudo, não houve diferença estatística.

4.1.4 Conhecimento sobre DST/HIV/ AIDS

Apesar de adolescência ser considerada uma etapa saudável da vida, agravos de saúde vêm aumentando, sobretudo os relacionados com o exercício da sexualidade e da saúde reprodutiva (TOQUETTE e MEIRELLES, 2012). A incidência de DSTs entre adolescentes vem aumentando e se tornando problema de saúde pública (SILVEIRA et al., 2012).

As DSTs são consideradas, em âmbito mundial, um dos problemas de saúde pública mais comum, e embora desconheça-se sua real magnitude, estima-se que nos países em desenvolvimento constituam uma das cinco causas mais frequentes de busca por serviços de saúde. No mundo, as estimativas da incidência de algumas DSTs de acordo com os postulados da Organização Mundial de Saúde de 1999 permitiram concluir que a cada ano ocorriam cerca de 340 milhões de casos novos das quatro DSTs consideradas curáveis (gonorréia, clamídia, sífilis e tricomoníase), sendo que ao Brasil correspondiam 12 milhões de casos nessa estimativa. Tais cálculos não incluíam o grupo das DSTs de etiologia viral, como o herpes genital, a infecção pelo papilomavírus humano (HPV), a hepatite B e a infecção pelo HIV. Caso estas tivessem sido incluídas, os números propostos seriam apenas uma pequena parcela do estimado (BRASIL, 2008).

Atualmente a incidência das DSTs vem aumentando. De 1980 a 2010 foram registrados 12.693 casos em jovens entre 13 a 19 anos de idade. Não há informação sobre prevalência de outras DSTs entre adolescentes, talvez porque somente a AIDS e sífilis sejam de notificação compulsória. Os adolescentes têm a maior incidência de DSTs de todas as faixas etárias e a maior proporção de casos assintomáticos (TAKEY, 2012; BRASIL, 2008).

O relatório divulgado pela OMS, em maio de 2014, revela que o HIV/AIDS é a segunda causa de mortes de adolescentes no mundo todo. As estimativas sugerem que o número de mortes relacionadas com o HIV entre adolescentes está aumentando. A partir destes dados pondera-se que as autoridades mundiais não dedicam atenção suficiente à saúde dos adolescentes (WORLD..., 2014).

Dos participantes do estudo, 31,3% (n=10) não sabiam o que era DST e 46,9% (n=15) não sabiam como estas doenças aparecem no corpo. Quanto à forma de evitar uma DST/HIV, 28,1% (n=9) responderam que não tem como evitar ou não sabiam. Segundo Camargo e Ferrari (2009), os baixos índices de conhecimento sobre as formas de prevenir as DSTs são preocupantes e podem estar relacionados diretamente à pouca ou à falta da qualidade no âmbito educacional das escolas e outras instituições formadoras de opinião. Atualmente o aumento da incidência das DSTs entre os adolescentes e jovens amplia as chances de infecção pelo HIV e o perfil epidemiológico da AIDS mostra uma tendência à heterossexualidade e à feminização, principalmente entre mulheres de baixa renda e na faixa de 13 a 19 anos (TOQUETTE e MEIRELLES, 2012).

Vários autores referem que os jovens possuem um sentimento de onipotência frente às DST/AIDS, tendo a convicção de que a infecção “nunca irá acontecer com eles”. Tal fato constitui-se o chamado “pensamento mágico” de ocorrência comum e frequente nesta fase do desenvolvimento humano. É difícil mudar valores e pensamentos cultural e socialmente preestabelecidos (CANO e FERRIANI, 2000, PAIVA et al., 2002, ANTUNES et al., 2002; JEOLÁS e FERRARI, 2003, OLIVEIRA, 1998).

Ainda sobre o "pensamento mágico", este não é privilégio de quem está transitando da infância para a vida adulta. Os pais também o apresentam ao convencerem-se de que "com meus filhos isso não vai acontecer". Daí pode decorrer a ausência de informações sobre prevenção de DSTs e gravidez, por parte destes. O contexto familiar pode influenciar na ocorrência de DSTs também de outras formas. A ausência de laços afetivos fortes na família e da atenção aos seus peculiares problemas e o sentimento de abandono podem levar o jovem a apoiar-se apenas no namorado/namorada. Com receio do abandono também por parte deste, caso não lhe dê a tão requisitada "prova de amor", o adolescente, já carente de afetividade, vai aceitando o curso que o/a namoro/namorada vai tomando sem aperceber-se dos riscos físicos e emocionais (OLIVEIRA, 1998). Na Tabela 5 podem-se verificar outros aspectos relacionados ao conhecimento dos adolescentes sobre DST/HIV/AIDS, no pré-teste e pós-teste.

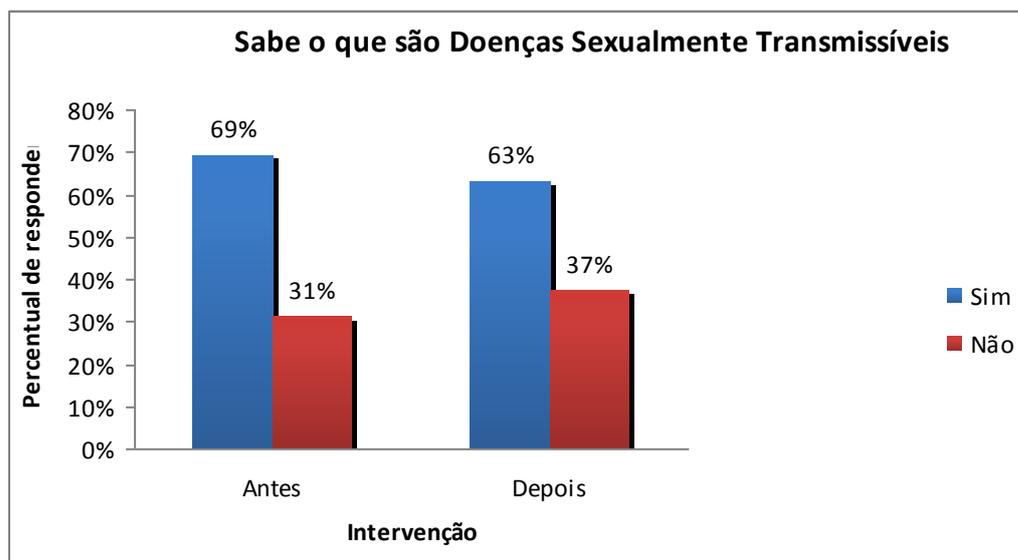
Tabela 5 - Tabela comparativa do conhecimento sobre DTS/HIV/AIDS dos adolescentes participantes do estudo, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.

Características	Intervenção		p-valor
	Antes N(%) (N=32)	Depois N(%) (N=19)	
Forma mais provável de pegar uma Doença Sexualmente Transmissível e HIV/ AIDS			
Através de beijos/ através de toalhas, copos, talheres e outros objetos pessoais/ Não sei	5 (15,6%)	4 (21,1%)	0,447*
Através de sexo (vaginal, anal, oral)	27 (84,4%)	15 (78,9%)	
Sabe como aparecem no corpo as Doenças Sexualmente Transmissíveis			
Sim	6 (18,8%)	7 (36,8%)	0,136*
Não/ Não sei	26 (81,2%)	12 (63,2%)	
Forma de evitar uma Doença Sexualmente Transmissível e HIV/ AIDS			
Usar camisinha sempre	23 (71,9%)	17 (89,5%)	0,129*
Não tem como evitar/ Não sei	9 (28,1%)	2 (10,5%)	
Uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectado com alguma DST e HIV/ AIDS			
Sim	15 (46,9%)	16 (84,2%)	0,008
Não/ Não sei	17 (53,1%)	3 (15,8%)	
Uma pessoa pode ficar infectada com HIV/ AIDS por abraçar alguém que está infectado			
Sim	9 (28,1%)	2 (10,5%)	0,129*
Não/ não sei	23 (71,9%)	17 (89,5%)	

* Exato de Fisher

Fonte: Dados da autora, 2013.

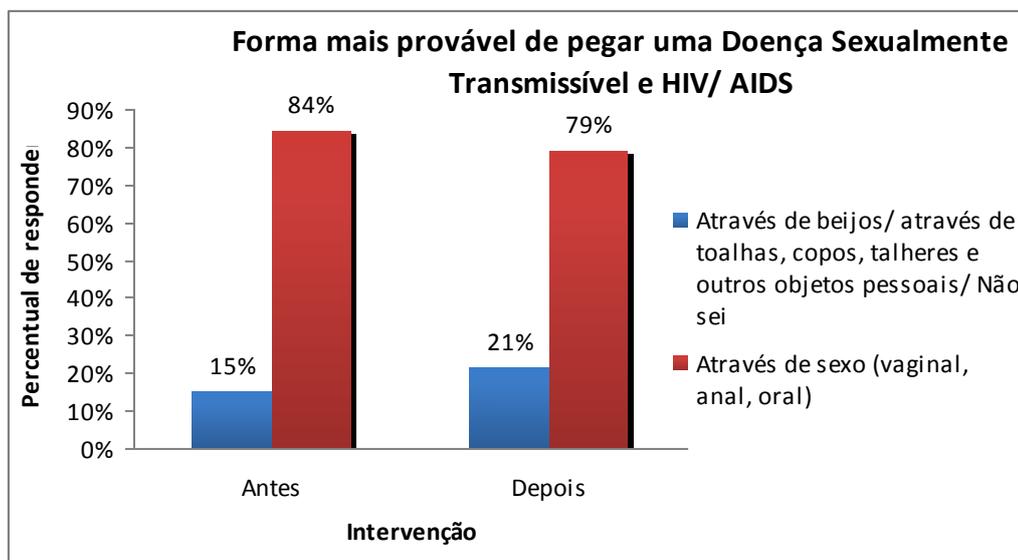
O Gráfico 5 demonstra a comparação dos conhecimentos dos adolescentes no pré e pós-teste.



P-valor= 0,682

Gráfico 5 - Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes sobre o que são DST's, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.

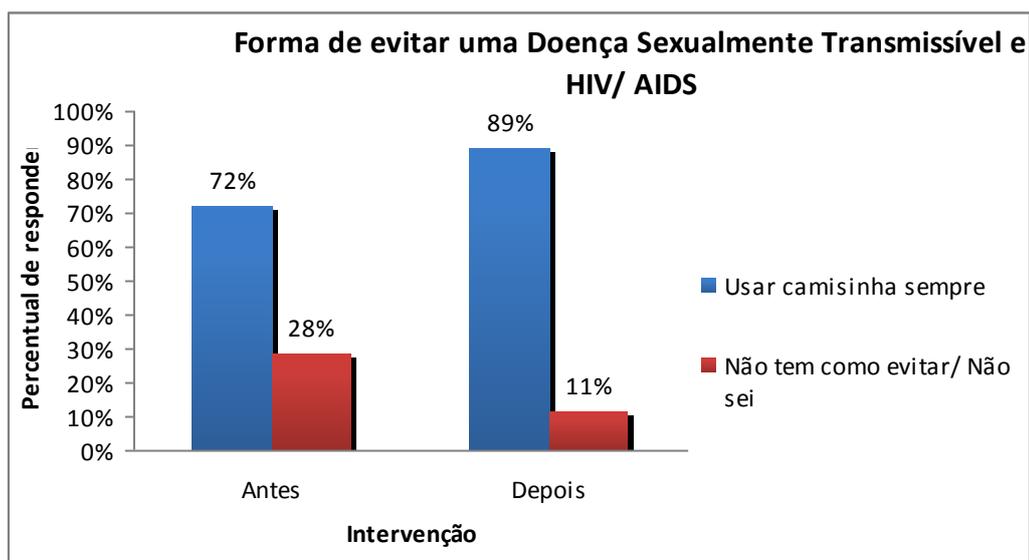
Verificou-se, a partir do gráfico acima, que mesmo após a participação nas intervenções, não houve um acréscimo no nível de informações adquiridas no que diz respeito ao conhecimento das DSTs. Este fato é preocupante, pois o adolescente torna-se mais vulnerável ou desprotegido no momento em que vier a ter relações sexuais. O Gráfico 6 traz informações sobre o conhecimento dos adolescentes sobre a forma de adquirir uma DST/HIV/AIDS.



Exato de Fisher (P-valor= 0,447)

Gráfico 6 - Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes sobre a forma mais provável de adquirir uma DST e HIV/AIDS, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.

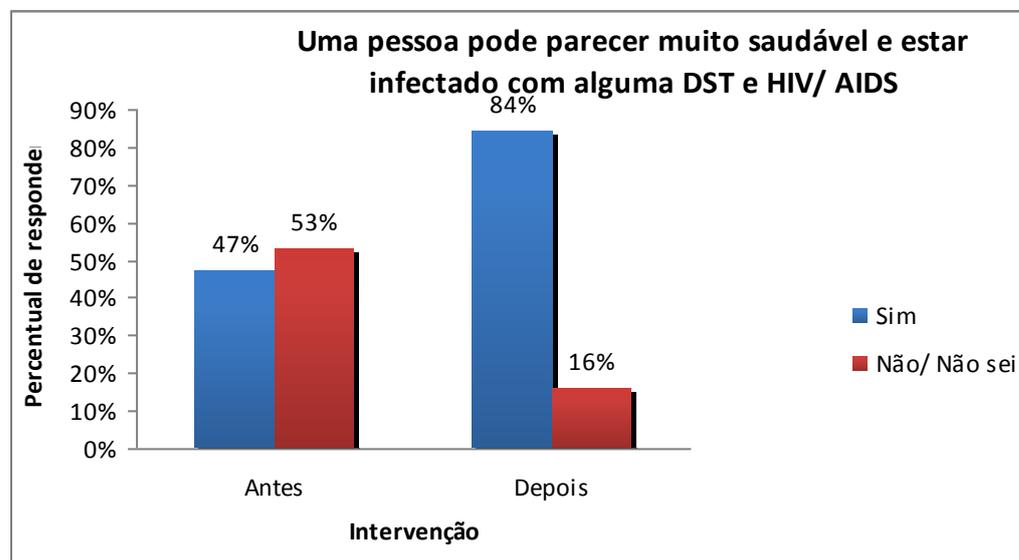
O Gráfico 7, abaixo, demonstra o conhecimento dos adolescentes sobre a forma de prevenção de DST/HIV/AIDS.



Exato de Fisher (P-valor= 0,129)

Gráfico 7 - Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes sobre a forma de evitar uma DST e HIV/AIDS, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.

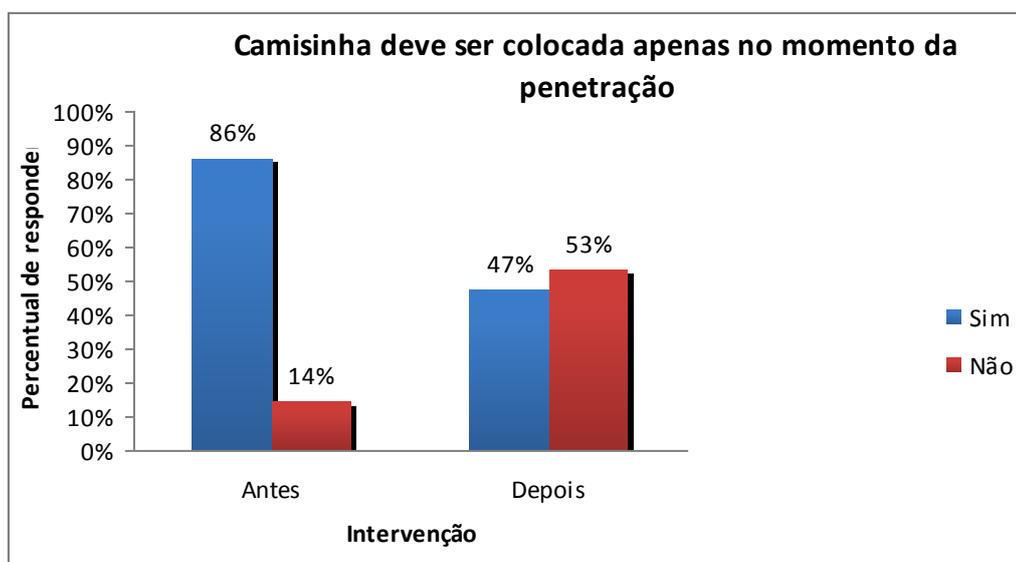
O Gráfico 8 demonstra o conhecimento dos adolescentes sobre DST/HIV/AIDS.



P-valor= 0,008

Gráfico 8 - Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes sobre DST's e HIV/AIDS, no pré e pós-teste, EMEF, SM, RS, 2013.

Observou-se que no pré-teste, 47% (n=15) dos adolescentes acreditavam que uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectado com alguma DST/AIDS. Esse índice mudou para 84% (n=16) após as intervenções, sendo que a demonstração no nível de conhecimentos sobre o tema foi estatisticamente significativa (p=0,008). Toquette e Meirelles (2012) evidenciaram, em um estudo sobre sexualidade na adolescência, que uma das dificuldades do adolescente em proteger-se é a confiança que diz depositar no parceiro/a e o fato de as pessoas que têm DSTs não o aparentarem e dificilmente revelarem que estão infectadas. Muitos adolescentes temem perder o namorado/a ao não aceitarem suas imposições em relação ao sexo sem preservativo. A justificativa de convencimento utilizada, em geral, é a de confiança como confirmação do afeto. No Gráfico 9 observa-se o conhecimento dos adolescentes sobre a camisinha masculina.



Exato de Fisher (P-valor=0,006)

Gráfico 9 - Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes quanto ao uso do preservativo masculino, EMEF, SM, RS, 2013.

Ao compararem-se os resultados do pré e pós-teste quanto ao uso da camisinha comprovou-se uma melhora significativa na informação obtida após a intervenção realizada. Pôde-se evidenciar que houve diferenças significativas ($p=0,006$) entre o pré-teste, 86,2% ($n=25$) e no pós-teste, 47,1% ($n=8$) dos adolescentes que acreditavam que a camisinha deveria ser colocada apenas no momento da penetração. É importante ressaltar que o conhecimento sobre o uso correto desse contraceptivo pode levar a práticas preventivas mais eficazes contra as DSTZ, assim como o HIV/AIDS. Ou seja, o uso constante do preservativo aumenta a sua eficácia (FAÇANHA et al., 2004). O conhecimento inadequado sobre o preservativo pode ser um fator de resistência e risco, visto que este só é eficaz quando utilizado de forma correta. Os índices de falha variam de 3% a 33%, com média de 12%, o que é um número bastante considerável, e é bastante influenciado pela faixa etária estudada e pelo modo de uso. A eficácia teórica do preservativo masculino é bastante superior à eficácia prática ou de uso (MARTINS, 2006; RIESGO, 2009). Segundo o Ministério da Saúde (2006), o uso correto e sistemático do preservativo masculino reduz o risco de aquisição do HIV e outras DSTS em até 95%.

Ao analisar os resultados dos gráficos acima demonstrados percebe-se que o percentual do pós-teste ainda revela uma aquisição limitada dos temas trabalhados nas intervenções, confirmando a necessidade de um trabalho contínuo para melhorar a aquisição e

internalização dos conhecimentos necessários para garantir um estilo de vida saudável. A determinação do comportamento sexual seguro é complexa, pois vários fatores interferem nas escolhas dos indivíduos. E, sendo assim, é relevante que existam espaços de discussão e questionamento para o aprendizado e a construção conjunta de novos conhecimentos, ideias, projetos, auxiliando o lançamento de possibilidades (TOQUETTE e MEIRELLES, 2012; KNAUTH et al., 2006).

A literatura registra que trabalhar a mudança de comportamento visando conscientização de uma sexualidade “saudável” significa uma árdua e demorada tarefa, necessitando de intervenções frequentes e contínuas, objetivando a reconstrução de atitudes responsáveis (CAMARGO e FERRARI, 2009).

4.1.5 Temas relacionados à saúde sexual e geral do adolescente

Considera-se relevante descrever nesse trabalho aspectos das intervenções que não foram abordados nos resultados do pré-teste. Abaixo apontaremos questões relativas às intervenções nomeadas como: “Reflexões sobre questões de gênero”, “Caderneta do Adolescente: dispositivo de informações para adolescentes” e “Visita à ESF Maringá: uma aproximação necessária para construção do vínculo”.

4.1.6 Reflexões sobre questões de gênero

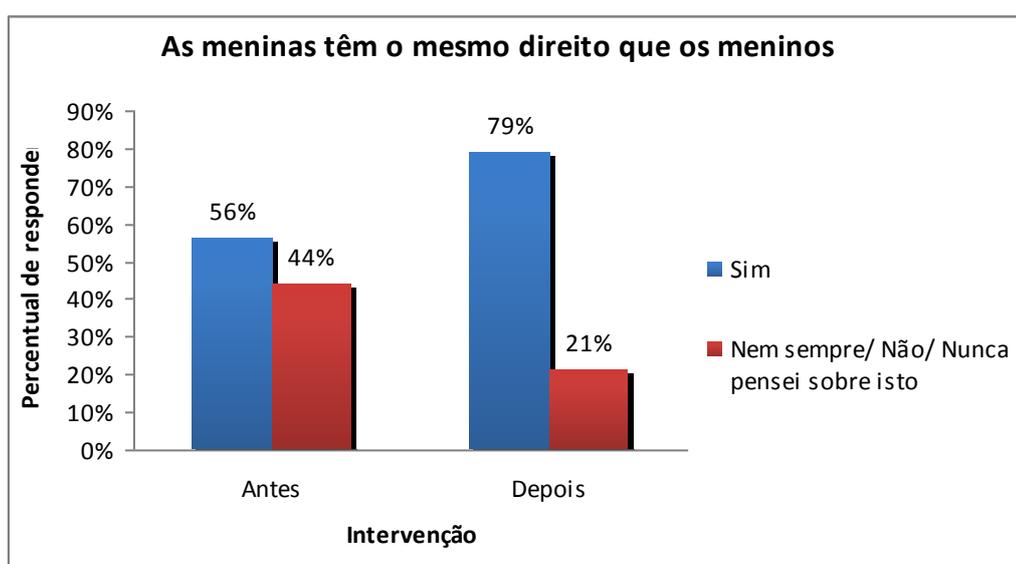
Em um estudo sobre sexualidade é importante entender como as relações de gênero acontecem em uma cultura. A construção do gênero e da sexualidade dá-se ao longo de toda a vida, continuamente, infindavelmente e evidenciam o processo de construção social, histórica e cultural das representações do masculino e feminino na prática social, expressam diferenças significativas de como as pessoas vivem e pensam (LOURO, 2008).

De acordo com Moreno (1999, p. 66) “A escola pode contribuir analisando com alunas e alunos os papéis que a sociedade atribui a cada sexo (...) mas, sobretudo, a limitação que supõe para cada pessoa se submeter aos estereótipos sociais marcados pelo gênero”. À escola compete deixar claro que tanto homens quanto mulheres têm os mesmos direitos e deveres, abolindo o preconceito, estereótipos e a discriminação. Diante dessa observação se torna

necessário que o educador tenha uma prática pedagógica que efetivamente contribua para a promoção de uma educação igualitária (NOGUEIRA, 2010).

A família e a comunidade escolar têm papel fundamental na luta contra o preconceito e a reprodução das desigualdades na sociedade. Se as relações dos sexos e entre os sexos é construída por relações sociais, pela família, escola, mídia, cultura enfim pelos processos de socialização, pode-se pressupor que estas relações podem ser reconstruídas, desconstruídas e questionadas (COSTA, 2013). No âmbito dos setores da educação e saúde é fundamental trabalhar as temáticas de sexualidade e gênero a fim de aprofundar a discussão entre os adolescentes, rompendo as barreiras dos preconceitos sociais e desnaturalizar os papéis sexuais tão enraizados no imaginário coletivo (NJAINÉ, 2011).

As questões de gênero na adolescência constituem um dos conflitos na vida dos jovens desde o início do contexto histórico da sociedade, na qual se estabeleceu a prerrogativa do homem e da mulher (MARTINS et al., 2012). Nesta perspectiva, as questões de gênero foram trabalhadas nas intervenções deste estudo e o percentual de respostas demonstrou aumento na conscientização sobre essa temática, sendo descritivamente incrementada entre o pré e pós-teste, ou seja, após as intervenções percebeu-se que houve reflexões importantes sobre papéis de gênero, porém não houve mudanças estatisticamente significativas, conforme demonstra o Gráfico 10.



P-valor= 0,101

Gráfico 10 - Gráfico comparativo sobre relações de gênero (direitos), EMEF, SM, RS, 2013.

Apesar de a adolescência ser considerada uma etapa saudável da vida, é também um período uma etapa da vida que exemplifica singularmente a amplificação dos riscos à saúde provocada por um sistema de convenções de gênero e de sexualidade. Existem ainda, na contemporaneidade, meios rígidos de controle da sexualidade feminina, onde os homens exercem a sua sexualidade com prazer e as mulheres reprimem o prazer corporal, dando lado para um prazer espiritual, como ser mãe (REIS e SANTOS, 2011).

No Gráfico 11, percebe-se a visão dos adolescentes sobre gênero e prazer sexual.

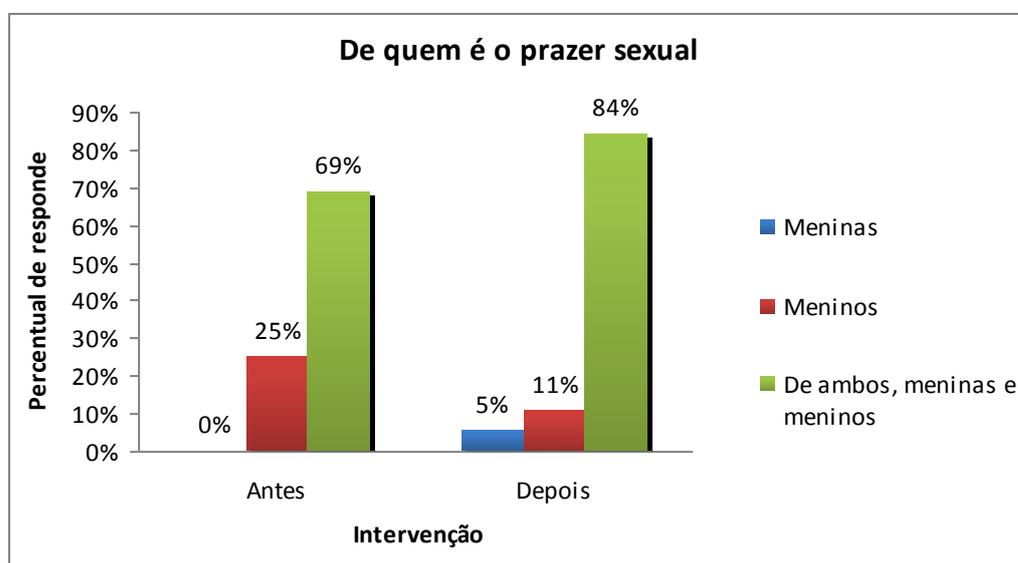


Gráfico 11 - Gráfico comparativo sobre relações de gênero, EMEF, SM, RS, 2013.

Deduz-se pelo Gráfico 11 que os meninos ainda são mais citados quando o assunto é prazer sexual. Segundo Barreto e Santos (2009), muito embora muitas coisas mudaram ao longo da história e a revolução sexual tenha proporcionado à mulher o direito de sentir prazer, ela ainda não conseguiu desprender-se até hoje, por diversas razões, entre elas as de ordem cultural da responsabilidade pela prevenção da gravidez. Este paradigma necessita ser quebrado e transcender concepções de gênero, pois esta responsabilidade não pode continuar cabendo tão somente à mulher, mas também ao homem, como ficou evidenciado no Gráfico 12, ao revelar a visão dos adolescentes sobre gênero e a responsabilidade de prevenir uma gestação.

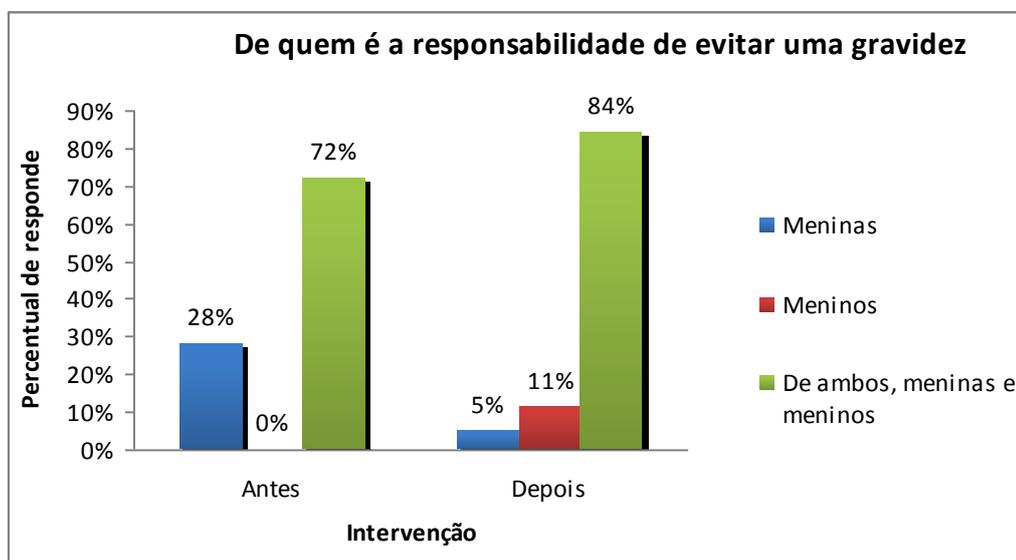


Gráfico 12 - Gráfico comparativo da opinião dos adolescentes sobre a responsabilidade de evitar uma gravidez, EMEF, SM, RS, 2013.

Percebe-se que no pré-teste, 72% (n=23) dos adolescentes consideraram que a responsabilidade de evitar uma gravidez era de ambos (meninas e meninos). No entanto, nenhum participante apontou os meninos como responsáveis por evitar uma gravidez. No pós-teste, estes números foram melhores, já que 84% (n=16) dos participantes consideraram ser uma responsabilidade de ambos os sexos.

Para Gallo (2014), a gravidez, principalmente na adolescência, tem sido tradicionalmente tratada como uma “questão da mulher”, já que esta é a principal implicada. Entretanto, esta feminilização do tema é redutiva, ao não levar em conta a responsabilidade e o papel masculino.

4.1.7 Caderneta do Adolescente: dispositivo de informações para adolescentes

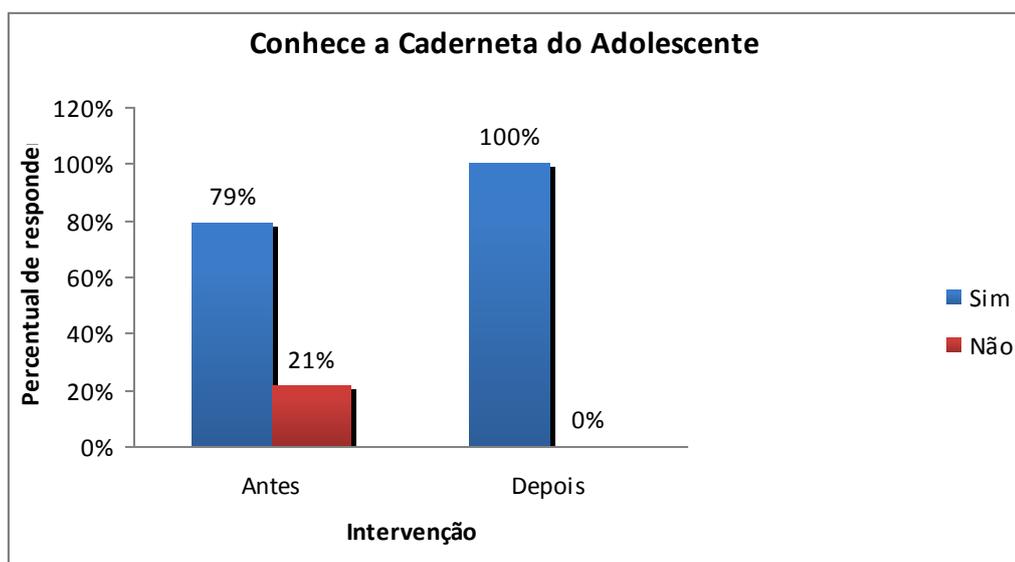
O Ministério da Saúde criou a Caderneta de Saúde do Adolescente (CSA), em 2009, com o objetivo de monitorar a saúde da população entre 10 e 19 anos e facilitar as ações educativas voltadas para este segmento. Além de servir de apoio aos profissionais de saúde, a CSA contribui para que os próprios adolescentes acompanhem as transformações que ocorrem

em seu corpo e tenham informações qualificadas sobre saúde, direitos e relações afetivas saudáveis. A implantação da caderneta ocorreu em etapas e priorizou, no início, os municípios inseridos no Programa Saúde nas Escolas, já que é um instrumento para a saúde e educação dos adolescentes. Há duas guias do material, sendo uma voltada para o público feminino e outra para o masculino, com dicas e temas de interesses variados (BRASIL, 2014).

Na Caderneta são tratados diversos assuntos. Uma das questões abordadas são os direitos e deveres do jovem com incentivo à cidadania (Constituição Federal e ECA). Aspectos em relação ao autocuidado, autodescoberta, nas mais variadas áreas como odontologia, higiene pessoal, dicas de saúde e doenças sexualmente transmissíveis, também são abordados. Há ênfase na educação sexual com o objetivo de orientar os jovens sobre as dúvidas mais frequentes (puberdade, menstruação, masturbação) e o modo correto de prevenir uma gravidez indesejável assim como DSTs. O crescimento, desenvolvimento (Estágios de Tanner – pelos pubianos, mamas e genitálias), vacinação e projetos de vida recebem especial atenção, mostrando que esses cuidados não devem ser esquecidos na adolescência. Os assuntos são descritos de forma lúdica e linguagem acessível, favorecendo a compreensão não só pela equipe de saúde como, principalmente, pelo jovem e sua família.

Este documento é entregue aos adolescentes, devendo acompanhá-lo sempre que for aos serviços de saúde. Na Caderneta do Adolescente são registrados dados de identificação do adolescente, contém ainda orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos. Esta Caderneta é um importante instrumento de cidadania para os adolescentes (BRASIL, 2014).

Neste estudo, por reconhecer a Caderneta do Adolescente como um instrumento de cidadania que reúne informações sobre como evitar doenças, mudanças no corpo e saúde sexual e reprodutiva, foi um dos temas preconizado nas intervenções. Houve diferença estatística para a variável “Caderneta do Adolescente”, pois o índice do pré-teste passou de 78,1% (n=25) para 100% (n=18) que afirmaram conhecê-la, como pode ser visto no Gráfico 13.



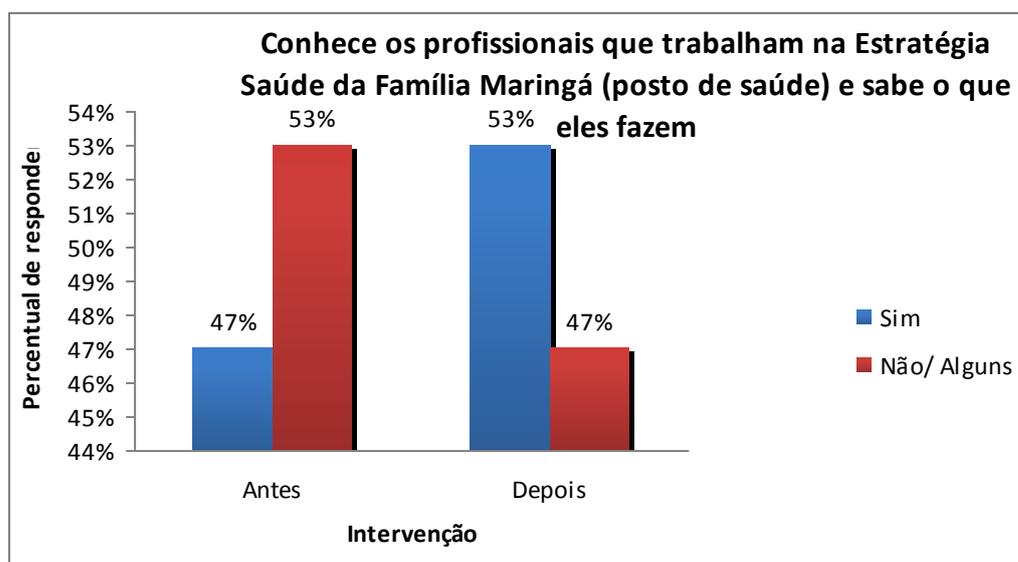
Exato de Fisher (P-valor= 0,034)

Gráfico 13 - Gráfico comparativo do conhecimento da Caderneta do Adolescente, EMEF, SM, RS, 2013.

4.1.8 Visita à ESF Maringá: uma aproximação necessária para construção do vínculo

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens tem como objetivo incorporar a atenção deste grupo populacional à estrutura e aos mecanismos de gestão, à rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) e às ações e rotinas dos serviços de saúde, em todos os níveis, principalmente a Atenção Básica (BRASIL, 2010; ROCHA et al., 2012). Nesse sentido, a Saúde da Família que é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde, precisa focar investimentos em estratégias de promoção da saúde, dentre as quais as de prevenção da gravidez na adolescência, já que esse é um problema da comunidade em que se atua.

No grupo estudado, no pré-teste, 53,1% (n=17) referiram conhecer apenas alguns ou não conhecer os profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família Maringá (localizada próxima à Escola onde se realizou o estudo). No entanto, no pós-teste somente 47,4% (n=9) apontaram desconhecê-los. O Gráfico 14 demonstra este detalhamento.



P-valor= 0,691

Gráfico 14 - Gráfico comparativo do conhecimento dos adolescentes a respeito da identificação dos trabalhadores de saúde na ESF Maringá, EMEF, SM, RS, 2013.

A busca dos adolescentes pelos serviços de saúde possui a centralidade na doença, que se deve à cristalização do modelo biomédico, do pensar na saúde apenas como ausência de doença. Além disso, a maioria dos adolescentes sente vergonha e medo de ser repreendido e intimidado pelo profissional, tornando o ato de procurar a unidade ainda mais difícil (ROCHA et al., 2012). Diante do exposto, é de suma relevância que os serviços de saúde compreendam que o atendimento de adolescentes requer vínculo especial e um acolhimento que respeite os princípios éticos, como privacidade, confidencialidade, sigilo e respeito à autonomia e principalmente a confiança nos profissionais (SANT'ANNA, 2006; ROCHA et al., 2012).

Segundo a OMS (WORLD..., 2014) os serviços de saúde devem incluir aconselhamento padronizado, aceitável, equitativo, acessível, adequado, eficaz e disponível através de uma variedade de formas que atinjam adolescentes marginalizados e vulneráveis, bem como a população em geral dos jovens. E ainda devem criar ambientes seguros e de apoio para se viver, aprender e se desenvolver.

O que se percebe atualmente nos serviços de saúde é uma abordagem que enfoca as DSTs e os métodos anticoncepcionais, contudo dar muita ênfase a esses aspectos pode afastar ou repelir os adolescentes dos serviços e dos profissionais. Acredita-se que as orientações ou conversas devem ser baseadas na escuta, no vínculo, no acolhimento para uma aproximação em que se possa incentivar o adolescente a falar de si, de seu corpo, seus desejos, projetos de

vida, vontades e necessidades, através do respeito e da ética do cuidado. Os profissionais de saúde, principalmente os lotados em ESF, deveriam penetrar mais profundamente no mundo dos adolescentes de seu território adscrito e tornarem-se mais conscientes de suas características pessoais, dos seus desejos e necessidades, possibilitando, assim, auxiliá-los nas decisões e na escolha de condutas a serem adotadas e um estilo de vida mais saudável e com mais qualidade de vida (ROCHA et al., 2012).

Os adolescentes constituem o grupo etário saudável, por este motivo recorrem pouco aos serviços de saúde. No entanto estes precisam dar resposta às necessidades de saúde dos adolescentes de modo integrado e num ambiente adequado, principalmente as Estratégias Saúde da Família (ESF), que tem como função primordial trabalhar a prevenção de doenças e promoção da saúde (ABREU e AZEVEDO, 2012). Apesar de existirem, na teoria, referenciais do Ministério da Saúde projetos e programas específicos para a adolescência, na práxis, no cotidiano da assistência das Unidades de Saúde, esses projetos não são aplicados como deveriam. Um dos motivos para a não implementação/efetivação dos mesmos pode ser a falta de conhecimento e capacitação dos profissionais para realizar uma atenção e um cuidado qualificados a este público. Cabe então aos profissionais da saúde a busca de mecanismos que favoreçam as suas relações com os jovens para que os adolescentes sintam-se acolhidos ao buscarem atenção no serviço de saúde e possam ter o apoio dos profissionais da área, o que muitas vezes não é encontrado em suas relações habituais (NASCIMENTO et al., 2012).

4.2 Resultados e discussão pesquisa qualitativa (parte 2)

Certos aspectos que os pesquisadores buscaram estudar nessa dissertação eram mais complexos e necessitaram um enfoque mais profundo para compreender a realidade vivenciada por pesquisadores e alunos. Desta forma, optou-se por utilizar como métodos um estudo quantitativo para verificar alguns fenômenos e um estudo qualitativo para verificar outros. O objetivo foi a complementaridade proporcionada pelos dois estudos realizados, igualmente importantes.

Para tal, realizaram-se 15 entrevistas com os/as voluntários/as (adolescentes do grupo de estudo). As questões norteadoras foram: 01) Conte como você sentiu sua experiência em

participar dos encontros durante este ano letivo? 02) Conte sobre o que você mais gostou (pontos positivos) e o que menos gostou (pontos negativos). 03) Conte como você percebeu a atuação da professora (profissional da saúde) nos encontros/ atividades do grupo. 03) Você sabe qual é a profissão/ formação da professora que orientou os encontros? 04) Você gostaria de fazer alguma sugestão? Escreva sobre outros assuntos que gostaria que fossem discutidos, a forma de organizar as oficinas e outras sugestões.

Nessa parte da pesquisa, relatar-se-ão apenas algumas das categorias encontradas no estudo qualitativo mais amplo. Foram baseadas nos eixos norteadores principais, que não foram abarcados com a abrangência e profundidade necessárias na pesquisa quantitativa, quais sejam: “A vivência no Projeto”, “Os projetos de vida: pensando o futuro”, Transformações percebidas: a metamorfose a partir da vivência” e “Quem trabalha e educa em questões de sexualidade?”.

4.2.1 A vivência no projeto

A primeira categoria para análise das informações coletadas diz respeito à vivência dos adolescentes no projeto. Segundo Freire (1993), tanto o educador quanto o educando possuem conhecimentos e experiências que deverão ser considerados durante a interação educativa, pois não existe um conhecimento pronto; os sujeitos em interação e no movimento de práxis refazem a prática e a teoria constantemente. Este autor afirma que os seres humanos são seres inconclusos, ou seja, estão sempre aprendendo e de um modo bidirecional (professor-aluno). Nessa pesquisa houve a proposta da utilização de métodos para trabalhar em sala de aula, um pouco diferenciados dos convencionais. Foram engajados nas perspectivas/necessidades dos alunos e professores aos quais pretendiam atender. Essas questões foram reveladas aos pesquisadores e podem ser compreendidas através das falas abaixo descritas:

Achei interessante as coisas que vocês ensinaram para nós e foi divertido (...) eu aprendi muito mais. Aprendi aquilo que a gente não sabia. Saber se cuidar sobre as doenças e gravidez. E tudo o que a gente fez lá, achei interessante, achei que a gente aprendeu para a vida toda. E1 (♀)

Eu achei um projeto bem legal, bem interessante, que ensina várias coisas, ainda mais para ‘estes’ adolescentes, pois as garotas estão tendo filhos muito cedo. E9 (♀)

Acho que foi legal por causa da convivência, do aprendizado, das conversas com os outros. Eu me senti meio assim, livre, pra falar sobre sexualidade e estas coisas com vocês, porque eu não tinha muita liberdade para falar com minha mãe sobre estas coisas. Eu falava mais com meus amigos mesmo. E7 (♂)

No início e meio do Projeto eu me senti desmotivado para conviver lá com vocês. É que a gente conversava e conversava e eu não gosto muito de ficar conversando com as pessoas mais velhas, eu gosto mais de conversar com as pessoas da minha idade assim. Mas daí eu achei o meu caminho certo, eu me sentia bem até, ficava conversando, rindo, brincando. Eu não gosto muito de ficar parado em uma sala de aula. Achei um Projeto novo e bom até. Gostei bastante da convivência e saber mais sobre sexualidade e estas coisas. E7 (♂)

Bem legal, acho que foi melhor coisa que eu tinha para fazer neste ano no colégio. Eu aprendi várias coisas e coisas que eu não sabia agora eu sei. E3 (♂)

Ai eu achei bom, bem legal. Se tivesse todos os anos no colégio e eu tivesse no colégio iria participar, porque é legal e aprender mais sempre é bom (...) eu gostava de aprender mais sobre o assunto e aprender mais, como eu vou te dizer, eu queria mais era saber. E2 (♀)

Percebeu-se nas entrevistas que os adolescentes participaram do Projeto porque gostavam de aprender mais “sobre outras coisas” e a literatura é farta ao referenciar que um dos assuntos preferidos e mencionados como de maior curiosidade/necessidade pelos adolescentes são as questões vinculadas à sexualidade (MENDONÇA et al., 2012). Considera-se que perder ou não buscar oportunidades inovadoras como as proporcionadas pelo “Projeto” constituiriam a privação de uma chance extremamente importante para os adolescentes desenvolverem facetas do conhecimento, de sua personalidade e habilidades, que de outra forma, dificilmente, seriam alcançadas. Com uma condução de dinâmicas atraentes, flexíveis e com professores interessados acredita-se que a adesão às propostas de ensino-aprendizagem sejam mais consistentes, leves e tranquilas, mesmo em se tratando de “temas sensíveis”.

A forma de abordagem deste projeto abordou partes importantes do viver humano. Incentivou-se de forma lúdica e séria, ao mesmo tempo, a percepção e o desenvolvimento dos adolescentes com o autocuidado, visando promover uma maior/melhor capacidade de decisão sobre a vida no geral, e dentre estas, práticas sexuais seguras (CAMARGO e FERRARI, 2009). Outro apontamento considerado positivo foi a heterogeneidade do grupo (composto por meninas e meninos de diversas turmas da escola), fato que também enriqueceu os debates, como percebido nas falas de alguns dos adolescentes pesquisados:

Teve bastante respeito dos guris e das gurias. Sei lá... foi bom, teve bastante coleguismo, amizade. Desde o primeiro dia a palavra foi respeito e eu acho que a

gente conseguiu manter o ano todo, durante todo o Projeto. Daí a gente aprendeu a conviver mais do que cada um ficar separado em sua sala. E14 (♀)

A gente trocou conhecimentos, aquilo que a gente não sabia elas sabiam e o contrário também. A gente aprendeu coisas sobre elas e elas de nós. Foi bom, a convivência em geral, ninguém era fechado, todos falavam as experiências. E4 (♂)

Achei bem legal, porque normalmente a gente não tem isto, principalmente com os pais que falam em separado com meninos e meninas. Na verdade em casa, a gente mal fala sobre isto. E9 (♀)

Como se pode perceber nos recortes escolhidos, trabalhar assuntos referentes à sexualidade com meninos e meninas juntos, no mesmo espaço, é uma oportunidade de crescimento mútuo. Considerou-se de início, por parte da pesquisadora, que seria difícil a convivência entre meninos e meninas para abordar e trabalhar os temas de sexualidade, respeitosamente. No entanto, os alunos relataram ser importante a convivência de ambos os sexos e que tal fato, estimulado pelas dinâmicas aplicadas, contribuíram para que emergisse um ambiente e discussões que foram encaradas de modo mais natural e educado. Disseram, igualmente, que conviver tornou-se mais fácil e tranquilo com o passar do tempo, visto que o respeito e o valor do outro foram valores trabalhados desde o primeiro encontro nas intervenções e que permeou os demais ao longo do projeto. O ambiente de respeito construído ao longo do ano, a liberdade dos diálogos no grupo proporcionou resultados satisfatórios, com estabelecimento de vínculos e troca de saberes acerca dos temas relevantes para a promoção da saúde do adolescente.

A mesma percepção de aquisição de valores tiveram as pesquisadoras. Desta forma, corrobora-se o que diz Freire (1992, p. 66):

O sujeito pensante não pode pensar sozinho; não pode pensar sem a co-participação de outros sujeitos no ato de pensar sobre o objeto. Não há um ‘penso’, mas um ‘pensamos’. É o ‘pensamos’ que estabelece o ‘penso’ e não o contrário. Esta coparticipação dos sujeitos no ato de pensar se dá na comunicação.

Oliveira et al. (2008) também reforçam que a atividade grupal é muito importante, principalmente na adolescência, pois os jovens apresentam a característica de procurar no grupo de companheiros sua identidade e a resposta para suas ansiedades. Por um lado, na realização dos encontros em grupo são facilitadas as manifestações e expressões de sentimentos, experiências e a busca de soluções para os problemas. Por outro lado, as informações são oferecidas de um modo correto e adequado, pois, como ficou evidenciado, os

adolescentes conversam sobre sexo com seus amigos. Assim, as informações podem vir de forma errônea e inadequada.

A categoria “A vivência no Projeto” possibilitou outras subcategorias abaixo relatadas:

4.2.1.1 O que foi ‘bom’ e o que ‘não foi tão bom’ no projeto.

Morin (2011) diz que a memória pode ser fonte de erros inúmeros quando não regenerada pela rememoração, tende a degradar-se, mas cada rememoração pode embelezá-la ou desfigurá-la. A mente, inconscientemente, tende a selecionar as lembranças que convêm e a recalcar, ou mesmo apagar, aquelas desfavoráveis, e cada qual pode atribuir-se um papel vantajoso. Ela tende a deformar as recordações por projeções ou confusões inconscientes. Existem, às vezes, falsas lembranças, que se julga ter vivido, assim como recordações recalçadas tal ponto de acreditar jamais tê-las vivido.

A memória, fonte insubstituível de verdade, pode ela própria estar sujeita a distorções imbricadas de subjetividades. Buscou-se a recordação do vivido pelos adolescentes no projeto que as memórias que relataram o que consideraram pontos positivos e negativos da vivência que, de certa forma, corroboram com as falas que foram descritas na categoria principal: a vivência no projeto. As falas abaixo expressam estas questões:

Acho que o ponto positivo foi a gente se misturar bastante. A gente se unir para conversar sobre assuntos. E2 (♀)

O ponto positivo acho que o respeito que a gente teve, eu aprendi bastante. Não sei os outros, mas eu aprendi. A gente conseguiu se divertir bastante, aprendendo ao mesmo tempo. A gente tava entre amigos lá. A gente não conversava muito com todo mundo, mas estávamos entre amigos, acho que foi isto. E9 (♀)

Muito bom. Dá para colocar tudo pra fora, com mais liberdade. E8 (♂)

Deu pra entender bastante sobre a vida que quando a gente é jovem e de repente bate a cabeça e quer fazer coisas que não deve e aí depois a gente percebe que acaba quebrando a cara, quando é nova. Me ajudou a refletir sobre esta fase da vida. E10(♀)

Olha, vou ser bem sincero, no início eu não gostei porque tinha muita gente que fazia bullying de todo mundo, faziam de mim, isto eu não gostava. Tinha gente que fazia de vocês também, riam. A falta de respeito do ‘X’ também. Esta parte eu não gostei (...) Depois foi endireitando mais ou menos, daí no final foi tranquilo. Acho que isto aconteceu porque ninguém se conhecia, os alunos se conheciam, mas não conheciam as pessoas direito. Daí depois foram vendo como vocês eram legais e foi melhorando, ficando calmos, porque era agitado, principalmente no início. E5 (♂)

Acredita-se que sobre este último pequeno texto emerge, de certo modo, um comportamento habitual em aulas regulares. Os alunos “brincam” uns com os outros, às vezes fazendo jogos relativamente cruéis e, no entanto, aparecem palavras incomuns há pouco tempo atrás para os alunos tal qual “*bullying*”. Isso pode significar que começam a tornarem-se conscientes sobre determinadas atitudes que sempre foram relativamente comuns entre alunos e, agora, melhor trabalhadas e refletidas, são reconhecidas. Nesse sentido espera-se que possam ocorrer tais ponderações em relação à temática da sexualidade. Morin (2011) afirma que a educação do futuro deverá ser o ensino primeiro e universal, centrado na condição humana. Os seres humanos devem reconhecer-se em sua humanidade comum e, ao mesmo tempo, reconhecer a diversidade cultural inerente a tudo que é humano. Conhecer o ser humano é, antes de tudo, situá-lo no universo, e não separá-lo dele. Os cidadãos do novo milênio precisam refletir sobre os próprios problemas e aqueles do seu tempo. É preciso que compreendam tanto a condição humana no mundo como a condição do mundo humano, que, ao longo da história moderna tornou-se a condição da era planetária. Assim, o autor provoca a pensar sobre o “ensinar a condição humana” e prossegue:

(...) o homem é, portanto, um ser plenamente biológico, mas, se não dispuséssemos plenamente da cultura, seria um primata do mais baixo nível. A cultura acumula em si o que é conservado, transmitido, aprendido e comporta normas e princípios de aquisição” (MORIN, 2011, p. 47).

4.2.1.2 As dinâmicas e os temas que mais marcaram a vivência

No espaço do grupo o participante deve ser valorizado como pessoa humana e suas potencialidades ressaltadas e energizadas a fim de ajudá-lo a superar suas limitações e obter reações para o enfrentamento de situações difíceis. O espaço em que dialogicamente se ensina e se aprende, não há lugar para transferência de conhecimento, mas sim a construção de saber do educando com suas hipóteses de leitura de mundo (ABREU et al., 2013; CAVALCANTI, FERNANDES e RODRIGUES, 2002). As dinâmicas de grupo são ferramentas que estimulam a participação das pessoas quando estão em grupos, pois são revestidas do lúdico para, a partir daí, atingir os domínios afetivo, cognitivo e psicomotor dos integrantes. Ao longo do projeto as dinâmicas de grupo foram cuidadosamente construídas, de forma interdisciplinar, e acredita-se que foi um importante recurso pedagógico que marcou a vivência dos adolescentes no projeto, como se pode inferir pelos depoimentos:

Dos vídeos, aquele que um guri tinha duas gurias grávidas. Se tem uma (guria) para que ter a outra? Se gosta da primeira por que vai ter a outra? É uma coisa que eu não queria para mim (risadas). Me senti mal no vídeo sobre violência, um homem batendo em uma mulher, ele é muito mais forte que a mulher para bater nela. Machucar animal e tudo mais. Também gostei quando a senhora deu aquelas folhinhas para colocar na árvore (dinâmica da Árvore da Vida). Achei interessante também que a senhora perguntava algumas coisas e a gente falava o que era importante(...) e sobre a Caderneta do Adolescente. E1 (♀)

Eu gostei bastante da dinâmica sobre gênero porque a gente pode dar bastante a nossa opinião. O que a gente mulher gostava de fazer, o que podia fazer e que os homens também podiam ajudar, né? Tipo os gurus não gostaram muito, tipo os homens não lavam a louça, homem lava sim porque meus irmãos lavam a louça gostando ou não. Ela causou bastante polêmica, mas achei bem legal para os gurus ver que o homem pode ajudar em casa, porque acham que homem não precisa fazer quase nada em casa, né? E9 (♀)

Aquela dinâmica da estrela que a gente fez com os fios (rede de apoio em situações de violência), pelo contato com o grupo, a gente teve que se respeitar bastante. Se não fosse o respeito teria palavrão, gritos, brigas. E9 (♀)

Da prevenção da AIDS, das doenças, de ter filhos. Aqueles vídeos que apareciam as meninas de treze anos, da minha idade e que já tinham filhos, perdeu toda a juventude. E3 (♂)

O dia que nós fomos no Posto (de Saúde)! E14 (♀)

Do ovo! Foi bem legal! Tadinho do ovo! Quando tava com o ovo parecia que eu tava com um bebê de verdade, tava toda hora olhando, cuidando para ver se não tavam mexendo nele, se não tava quebrado, para ver se não tava na geladeira. Foi bem legal, bem legal. Acho que foi o tema que mais gostei. Também gostei daquele de desenhar o corpo do homem e da mulher. A da árvore, colocar os frutos. O do papel de dobrar (autoestima). Assistir os vídeos, porque eram de desenhos animados daí a gente presta mais atenção, por mais que a gente já tenha 14 anos, adoro desenhos. E sobre aquele assunto de gravidez que a gurua fica grávida e o guri trabalha em uma floricultura (Vida de João). E2 (♀)

Aquela que ensinou a colocar camisinha. Aquilo mais deu falação no Projeto inteiro. A gente aprendeu e se divertiu junto, dando risada da cara do outro. Se arriando um no outro. E4 (♂)

Projetos de vida, para quem já tem um sonho, este aí é o mais tri. Gostei também dos filmes e vídeos: A Vida de Maria e a Vida de João. Porque mostra a vida de adolescentes que querem ter uma vida sexual e não sabem e depois tem que parar de estudar para trabalhar (Vida de João). E aquele vídeo (Vida de Maria) mostra a vida de adolescente que precisa trabalhar desde cedo. E6 (♂)

Augusto Cury afirma que “Educar é viajar pelo mundo do outro sem nunca penetrar nele. É usar o que passamos para nos transformar no que somos” (CURY, 2007, p. 7). Assim, o autor provoca a pensar o trabalho dos educadores. E prossegue:

O melhor educador não é o que controla, mas o que liberta. Não é o que aponta os erros, mas o que os previne. Não é o que corrige comportamentos, mas o que ensina a refletir. Não é o que enxerga o que é tangível aos olhos, mas o que vê o invisível.

Não é o que desiste, mas o que estimula a começar tudo de novo (CURY, 2007, p. 7).

Essa concepção possibilita ampliar a reflexão do papel do educador em saúde sexual e reprodutiva.

4.2.2 Os projetos de vida: pensando o futuro

Os resultados descritos a seguir retratam a categoria de análise intitulada: “Os projetos pessoais futuros”, por meio da qual foi investigada a percepção dos adolescentes em relação à pergunta: “Como imagina você e sua vida daqui a dez anos?”. Segundo Marcelino, Catão e Lima. (2009, p. 551), “O projeto de vida figura como um conjunto de desejos que se pretende realizar e como uma série de planos e etapas a serem vencidos rumo ao ideal que se tem, com vistas à organização e à orientação do próprio futuro”. Os autores trazem ainda que o projeto de vida tem como finalidade transformar a realidade, considerando a representação acerca desta existência e sua relação entre passado, presente e futuro.

Os pensamentos sobre projetos de vida iniciam-se desde a infância, período em que se aprende a condição social. Entretanto essa construção não se limita apenas às condições práticas de vida, mas é caracterizada na dialética entre a subjetividade e a objetividade, pois é através da reflexão crítica de suas vivências que os indivíduos veem possibilidade/impossibilidades de superação de uma determinada realidade no futuro.

Nessa ótica, a construção de um projeto de vida consciente é uma experiência saudável por ser um momento de formação de identidade, onde as escolhas irão refletir os rumos que se almejam para a vida, em todos os sentidos: do evoluir como pessoa na acepção afetiva, ética, profissional, dentre outras. O projeto de vida pode auxiliar o adolescente a tornar-se protagonista de sua história, o que na verdade, ele será – de uma ou outra forma –, arquitetar e sedimentar, na medida do possível, um futuro mais concreto e organizado a partir de reflexões e ações do presente. Muitos autores consideram essas premissas como muito relevantes, inclusive, na promoção e educação em saúde, pois enfatizam atitudes protetoras que desvinculam, tanto quanto possível, as ações presentes, dos ditos comportamentos e situações de risco. Aprender que das eleições e atitudes presentes pode depender e se articular todo o futuro de uma pessoa é algo extremamente relevante para uma condução de vida mais consciente e promissora (CAMPOS VELHO, 2003).

Nesse estudo percebeu-se que nem todos os adolescentes entrevistados possuíam ou imaginavam um projeto de vida. No entanto, aqueles que pensavam sobre isso, priorizam, segundo seus dizeres, a questão dos estudos. Pensavam nisso como um meio para alcançar a profissão desejada e, assim, melhorar as condições de vida, tanto deles como de seus familiares, como se percebe nas falas abaixo:

Eu gostaria de estar fazendo faculdade e intercâmbio. E6 (♂)

A gente não deve desistir, lutar pelo o que a gente quer, continuar estudando bastante pra poder atingir o que a gente quer. E10 (♀)

Daqui a dez anos me vejo trabalhando, sem filhos, sem marido. O que não pode acontecer é deixar de estudar, acontecer uma gravidez, tem que se cuidar e trabalhar. E2 (♀)

Quero ser veterinária! E11(♀)

Quero ser goleiro ou jogador de futebol. E5 (♂)

O curioso de se constatar é que o projeto de vida descrito pelos adolescentes esteve relacionado com a tríade educação/trabalho/família. Segundo Cano e Ferriani (2000) os jovens de escolas públicas revelam seus projetos de vida expressos em conquistas mais humildes e simples diante das possibilidades oferecidas no seu dia-a-dia e seus planos apresentam uma busca da concretização dos direitos básicos, como garantir um mínimo de escolaridade, ter uma casa, um emprego ou constituir família.

A importância dos estudos para o projeto de mobilidade social assume lugar de destaque e encontra-se presente na fala dos adolescentes ao relacionarem o projeto de vida à ascensão social via escolarização, o ser “alguém na vida”.

Eu penso em ser alguém na vida estudando, ter trabalho e um ou dois filhos e ter uma família. E7 (♂)

Eu imagino ter uma família completa, com saúde, ser alguém na vida. E14(♀)

A maioria dos adolescentes, ao descrever seus projetos de vida, referiu-se ao projeto de vida apenas quanto às futuras profissões que gostariam de ter. Estes achados estão em consonância com o estudo realizado por Marcelino, Catão e Lima (2009) que revelam que os adolescentes consideram a educação formal muito importante para a consecução de um trabalho e, por conseguinte, da estabilidade financeira necessária à formação e à manutenção

de uma família. A formação universitária figura como via de acesso a uma profissão e a um futuro melhor.

Para Bezerra *apud* Teixeira (2005, p. 20):

Só quando imaginamos o futuro com projeção de aspirações do presente é que o tempo atual passa a ser percebido como momento de gestação do amanhã. Assim a problematização do presente passa a ser um tema necessário, uma vez que o futuro (tanto o individual quanto o coletivo) já não está mais pré-determinado, nem pertence a um designo supra-humano, ele depende em grande parte do que o sujeito faz ou deixa de fazer, dos seus erros ou acertos.

A realidade social pode influenciar a concretização dos sonhos, planos e projetos, pois o adolescente inserido em um meio social desfavorecido pode sentir-se impotente diante das adversidades e dificuldades que interferem nos seus projetos futuros, como pode inferir-se pela fala:

Quero ser veterinária. Mas vai ser difícil! E12 (♀)

Quando questionados sobre o que deveriam evitar e cuidar para não acontecer para que atingissem seus objetivos e projetos de vida, emergiram falas que revelaram as representações sociais da comunidade onde vivem os participantes.

Não cometer nenhum crime, nenhum ato desleal. E5 (♂)

Não se viciar em drogas e não virar marginal. E6 (♂)

Essas situações manifestadas pelos adolescentes demonstram a realidade social vivenciada por eles. A violência, a criminalidade e as contravenções podem estar muito próximas da vida deles e fazem parte de sua realidade social. Entende-se que, numa dada população, os indivíduos partilham mais ou menos os mesmos objetos subjetivos, o que lhes permite comunicar-se e agir em comum (CATÃO e COUTINHO, 2003). De acordo com as autoras, a representação é social por ser construída coletivamente como um produto das interações e dos fenômenos de comunicação em uma dada sociedade e no interior de um grupo; reflete o contexto ideológico, econômico, cultural e social do grupo, através do qual são perpassados seus conhecimentos e significados, práticas e comunicações, problemas, estratégias e aspirações. Por isso, as representações sociais colocam-se, simultaneamente, como individuais e sociais. Verificou-se pelos discursos expostos que eles são, em sua

maioria, indissociáveis do meio no qual vivem as pessoas, no caso os participantes deste estudo, pois certas práticas e discursos são naturalizados por eles. A naturalidade com que falavam e conviviam com as questões de violência ficaram claras em suas falas e muitos comportamentos.

4.2.3 Transformações percebidas: a metamorfose a partir da vivência

Segundo Freire (1996) todo projeto de educação que pretende ser libertador deve ser coerente com sua metodologia, o que implica considerar o diálogo como uma ferramenta primordial desse processo de libertação, que gera a autonomia. A autonomia para o autor supracitado consiste na capacidade que o sujeito desenvolve para gerar escolhas na sua vida diante de situações diversas que necessitam do ato de assumir-se como ser social e histórico, um ser transformador, criador e realizador de sonhos.

Freire (1996) aposta em uma educação crítica em que não haja a relação de poder sobre o outro, valorizando métodos que estimulam o debate e troca de ideias com vistas à resolução de problemas. A metodologia participativa permeou todo o projeto e os participantes foram instigados constantemente a debater assuntos diversos, principalmente sobre o universo da adolescência. Ao serem questionados sobre as possíveis mudanças ocorridas e percebidas a partir da participação do projeto, alguns adolescentes referiram mudanças em suas vidas. Sentimentos e sensações que podem ser qualificados como de leveza, maturidade, alívio, coragem, autoestima, felicidade e responsabilidade surgiram nas falas. As descrições abaixo assim os expressam:

Depois do Projeto mudei um pouco. Principalmente, nas minhas atitudes. Gostava de falar palavrão, falava muito, muito, muito nome (...) Me senti aliviada porque eu tirei as dúvidas e um monte de coisas que se passam na cabeça, daí eu fiquei aliviada com aulas. Teve assuntos que me interessaram bastante e sabendo bastante sobre os assuntos, eu me aliviei. E2 (♀)

Depois do Projeto me senti capaz de alcançar alguma coisa. Antes eu era mais tímida. E11 (♀)

Que eu tenho que saber o que eu quero, decidir, se estou pronta para fazer, que tenho que seguir o que eu sentir. Me mostrou o que é bom e o que é mau. Não gostava de falar muito, agora eu falo. Muitas coisas mudaram. Me sinto mais feliz, mais alegre. E1 (♀)

No Projeto me senti leve. Porque eu falei tudo o que queria. Falei, xinguei, gritei. Fui sincera. E13 (♀)

Mudou um pouquinho só. Antes eu era bem fechado assim, agora converso com todo mundo. Tenho mais amigos. E8 (♂)

Acho que mudou meu comportamento, na maneira de eu responder as coisas, antes eu ficava meio com vergonha. Só que durante o Projeto deu pra mudar um pouco sobre esta maneira de responder. Tive mais facilidade pra responder as coisas, me sinto um pouco mais corajosa. O Projeto me deu bastante força pra eu dar minha opinião, pra eu responder, né? Porque cada um tinha a vez pra responder. Era só esperar o outro falar e falar. Vou levar pra minha vida o entendimento daquilo que vocês falaram no Projeto, acho que isto eu vou levar pra sempre. E10 (♀)

Acho que eu aprendi mais a respeitar, aprendi mais a compartilhar as coisas que sei com os outros. A conversar mais sobre estas coisas, aprender mais com as pessoas sobre isto. Agora eu sei o que eu tenho que fazer e o que eu não tenho que fazer, que a gente tem que pensar primeiro nos estudos e depois a gente pensa em namorado. Acho que em março, antes do Projeto, eu pensava mais em guri, não me importava muito com os estudos. Comecei a me cuidar mais (...) Se tiver o Projeto de novo ia continuar participando porque é bem importante para a gente aprender mais sobre isto e para a gente começar a conversar mais uns com os outros. E9 (♀)

A gente aprendeu bastante a ajudar os outros (...) acho que isto de deve ao Projeto, porque antes a gente não pensa muito sobre isto. E também, acho que pelo fato de me arrumar mais, me maquiar, passei a gostar mais de mim e não ficar triste por qualquer coisa, não ficar braba tão fácil. Porque antes eu ficava braba por qualquer coisa, uma brincadeirinha que fizessem comigo eu ficava braba, mas daí eu aprendi mais, aprendi a ter paciência, comecei a respeitar os outros e aprendi que a gente tem que ter mais respeito e paciência também. E9 (♀)

Meus pensamentos. Não tinha ideia de como se prevenir direito, só sabia que tinha que usar camisinha, mas o resto não sabia. E3 (♂)

Pra mim, na minha opinião, mudou muito a minha vida aqui no colégio, no respeito, na responsabilidade, estas coisas assim, prestar atenção. Aprendi no Projeto que tenho que focar na proteção. Ter responsabilidade. Minha sensação foi diferente, uma sensação que ninguém já sentiu, nem eu sei explicar isto, me foge tudo as palavras que quero dizer... (pausa) Teve mais desenvolvimento. E5 (♂)

Participar do Projeto me trouxe alegria e me senti capaz (silêncio). Psicologicamente, amadureci mais, conheci novas coisas. Mudou o jeito de pensar e minha autoestima, comecei a me arrumar mais, porque passei a me achar bonito. Penso em trabalhar agora também. Antes me achava horrroso agora não me acho mais, agora me acho mais ou menos. E6 (♂)

Me sinto bem melhor, tirei todas as minhas dúvidas. Mudou 100%. Antes eu sabia assim, uns 25%, agora eu sei 90%. Tô levando conhecimentos gerais. Meus amigos não sabiam que eu sabia tanta coisa assim. Por exemplo, sobre a menstruação da mulher, eles não sabiam. E4 (♂)

Antes me perguntavam e eu ficava meio sentido de perguntar estas coisas e agora não mais. Agora eu me sinto aberto para falar com as pessoas. É que antes tipo eu não sabia um jeito de me expressar pra falar estas coisas, daí eu aprendi bastante. Mudou o jeito de me vestir pra conquistar uma garota, uma coisa assim (risadas). Porque eu acho que a gente falava sobre saúde sexual e reprodutiva e daí vinha na minha cabeça que uma guria não ia gostar de um guri sujo e estas coisas assim. E7 (♂)

Através dos depoimentos dos participantes nas entrevistas depreende-se que muitos objetivos propostos no PCN – e que de certa forma o eram igualmente nessa pesquisa – foram, de certo modo, alcançados como resultados de uma metodologia participativa que instigou os adolescentes a ter consciência crítica e tomar decisões responsáveis a respeito de sua sexualidade e demais aspectos da vida e da saúde. Acredita-se que a educação popular em saúde é uma alternativa legítima de empoderamento, fundada na reflexão acerca da realidade das condições de vida e a contextualização dos adolescentes em sua integralidade. Esta metodologia, ao estimular o adolescente a posicionar-se, dar opinião, refletir sobre vários assuntos, solidificou uma prática educativa emancipatória e cidadã, como diz Freire (1993, p. 119):

Exercitar o perguntar e o deixar-se ser perguntado faz parte de práticas educativas que se pretendem dialógicas, cidadãs e democráticas, re-inventando as relações de poder para colaborar com a construção de uma sociedade também democrática, pois a cidadania é uma construção intencionada jamais terminada, que “demanda engajamento, clareza política, coerência, decisão. Por isso mesmo é que uma educação democrática não se pode realizar à parte de uma educação da cidadania e para ela.

Este mesmo autor acrescenta ainda:

(...) o papel do educador e da educadora...é testemunhar a seus alunos, constantemente, sua competência, amorosidade, sua clareza política, a coerência entre o que diz e o que faz, sua tolerância, isto é, sua capacidade de conviver com os diferentes para lutar com os antagonicos. É estimular a dúvida, a crítica, a curiosidade, a pergunta, o gosto do risco, a aventura de criar (FREIRE, 1995, p. 54).

Diante do exposto, percebe-se que é necessário o exercício de uma prática educativa reflexiva e crítica, uma vez que constitui uma forma de intervenção no mundo, comprometida com o princípio de democracia que rejeita qualquer forma de discriminação, dominação, e integra uma atitude de inovação e renovação na crença de que é possível mudar (ABREU et al., 2013). Constatou-se que os pressupostos de Paulo Freire utilizados na realização dos grupos educativos de intervenção, através da metodologia participativa, possibilitaram ao adolescente perceber e analisar seu cotidiano, tendo oportunidade de refletir sobre seu modo de vida, “de ser e pensar” questões de saúde, sexualidade e seu contexto social (CARDOSO e COCCO, 2003). O desvelamento crítico “se apresenta como a tomada de consciência da situação existencial compartilhada, agora é vista com outros olhos e que possibilita e nos leva a uma ação na busca de sua superação e não mais de adaptação” (SAUPE, 1998, p. 261).

4.2.4 Quem trabalha e educa em questões de sexualidade

Para que os aprendizados em sexualidade se processem é preciso que as pessoas aprendam a trabalhar, tenham identificação e empatia pelo tema, além de apresentar perfil e motivações para tal. É preciso investir neste tipo de formação, que traduz uma área do conhecimento humano como qualquer outra, que precisa ser estudada e aprendida. O saber sobre sexo e sexualidade não é inato, nem é uma habilidade com qual nascemos e que não necessite ser desenvolvida como outra habilidade qualquer (CAVALCANTI, 1995; MASTER e JOHNSON, 1988).

Um profissional da saúde quando preparado e capacitado pode ser agente de promoção e educação em saúde sexual. Sendo assim, o fisioterapeuta pode inserir-se nessa temática, pois atualmente este vem inserindo-se cada vez mais em níveis de saúde primária e secundária, desconstruindo o estigma de um simples reabilitador e recuperador de pessoas fisicamente lesadas para atuar no desenvolvimento de programas de promoção da saúde e em temas que lhe tragam interesse (TRELHA et al., 2007).

Morin (2011) diz que são imprescindíveis novas práticas pedagógicas para uma educação transformadora que esteja centrada na condição humana, no desenvolvimento da compreensão e da ética, na diversidade cultural, na pluralidade de indivíduos e que privilegie a construção de um conhecimento transdisciplinar. O modo como se entende o que é o objeto de estudo e trabalho de cada profissão está intrinsecamente relacionado à atuação profissional. Dessa maneira, o desafio colocado à formação em saúde é trabalhar com a perspectiva do cuidado e, portanto, na dimensão do corpo vivo (CECCIM e CARVALHO, 2005). O corpo vivo não é a soma de órgãos e sistemas, mas um corpo subjetivado, seja pela vivência do usuário, seja pelo olhar do profissional da saúde. É preciso ampliar o olhar sobre a saúde, enxergar as pessoas não apenas com lentes da anatomia e fisiologia, mas sim como indivíduos detentores de uma subjetividade e singularidade que merecem atenção no que lhes parece importante.

Reconhecida a importância da dimensão educativa como indissociável da prática dos profissionais da saúde em qualquer campo de atuação ainda há carência da formação pedagógica destes com a reflexão teórica e a discussão sobre os modelos de educação em saúde e a adequada reflexão sobre o assunto. Devidamente capacitado, o fisioterapeuta poderá somar seus conhecimentos aos de outros profissionais da saúde, em apoio multidisciplinar à escola, atuando diretamente com os estudantes adolescentes ou, ainda, capacitando os

professores para ações educativas em saúde, inclusive a Saúde Sexual e Reprodutiva (ALMEIDA e SOARES, 2010; JARDIM e SANTOS, 2012).

O autor Alves (2005, p.48) diz que: “todo profissional de saúde pode ser um educador em potencial, sendo condição essencial à sua prática seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do processo educativo, bem como o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos de busca de autonomia”.

Este tópico pode ser representado pelas seguintes falas dos estudantes quando questionados sobre a atuação da coordenadora do projeto e dos colaboradores:

Teu jeito de explicar foi diferente. Sei lá, até tem uns professores que explicam alguma coisa pra gente, só que a gente não se sente totalmente à vontade, a gente fica meio com vergonha e já no projeto, como todos davam a opinião, a gente se soltava um pouco mais para dar a opinião de alguma coisa assim, com mais liberdade. E10 (♀)

Tu era clara só que eu que não sabia interpretar muitas coisas que tu dizia. Agora eu acho normal falar destas coisas, mas no início do Projeto não, eu preferia cem vezes falar com os amigos do que com pessoas mais velhas. E7 (♂)

Eu acho que primeiro tu teve bastante respeito quando falava, ficavam em silêncio. Achei bem legal porque tu conseguiu ensinar bastante coisa. E9 (♀)

Esperava mais firmeza. Tua voz é muito fina, daí os guris não obedeciam, entendeu? Foi ótimo, explicou bem isto e aquilo. Esperava um comportamento mais agressivo. Falar uma vez só e senta. Professor não agride aluno, mas tem que colocar autoridade. A participação dos monitores foi boa para colocar ordem e explicar o que eu não sabia. E6 (♂)

Os adolescentes, quando questionados sobre a profissão/formação da coordenadora do projeto e dos colaboradores, responderam:

Seria ‘psicologista’ ou fisio? Os outros (colaboradores) eu não sei...eu não sei...Bom, não era como uma professora, mas tava quase parecido. Explica bem, eu acho que tava bom. E2 (♀)

Tu e o outro pessoal também, ninguém me desrespeitou. Tudo o que eu queria saber eu aprendi. Eles (monitores) foram legais comigo. E3(♂)

Fisioterapeuta? Meu Deus! (risadas) E3 (♂)

Pediatra? (risos) eu não sei o que a senhora é. Pera aí... caminha pelas casas (visita domiciliar)? E6 (♂)

Enfermeira? Médica? Estagiária? Serviços Gerais? E14 (♀)

Achei que tu era médica! (risadas) E4 (♂)

Médica? Psicóloga? Não sei... (risadas) E5 (♂)

A formação dos colaboradores também não era conhecida pelos entrevistados. Desde o início do projeto a coordenadora/ pesquisadora e colaboradores apresentaram-se apenas como profissionais da saúde.

O êxito deste trabalho deu-se pelo caráter de construção coletiva que permeou o projeto desde sua gênese. As diferentes formações podem ser percebidas como enriquecedoras, uma vez que cada profissional contribui com seus conhecimentos, experiências e formas de trabalhar o tema saúde sexual e reprodutiva. Esse estudo contemplou a realização de um trabalho interdisciplinar, a instrumentalidade de ações de sensibilização e a mobilização em auxílio às demandas locais de uma comunidade em relação à Saúde do Adolescente através do compromisso com a promoção à saúde nos diversos espaços de atuação. Nas falas abaixo, pode-se inferir o importante papel dos monitores no projeto:

Os monitores eram uns baita de uns parceria, porque a gente não tinha vergonha de perguntar as coisas para eles, só pra eles, porque eles se abriam com a gente também, contava os segredos e a gente contava os segredos para eles. Já com as gurias (monitoras do Projeto) tivemos menos convivência, não ia falar as coisas para elas porque elas só davam oi, já os guris chegavam até a gente. A amizade é importante. E4 (♂)

A participação dos monitores foi bem necessária, porque tu não ia conseguir dar aula para uma turma grande daquele tamanho e as explicações deles também foi bem importante. Quando formava quatro grupos, cada um ficava num grupo explicando. E 15 (♀)

Os monitores contribuíram explicando e educando também. E13 (♀)

Eu achei bem legal a participação dos monitores, bem interessante porque se não acho que até ficaria difícil para ti conduzir sozinha o grupo. E9 (♀)

A vivência grupal trouxe um somatório de experiências no âmbito da prática da interdisciplinaridade, na formação e atuação dos colaboradores. Diante desta percepção, traz-se um trecho de Paulo Freire que diz da educação popular e, além disso, assemelha-se com a construção individual quando refere-se ao convívio com o diferente e ao aprendizado que resulta desse enfrentamento.

É no respeito às diferenças entre mim e eles ou elas, na coerência entre o que faço e o que digo, que me encontro com eles ou com elas. É na minha disponibilidade à realidade que construo a minha segurança, indispensável à própria disponibilidade. É impossível viver a disponibilidade à realidade sem segurança, mas é impossível também criar a segurança fora do risco da disponibilidade (FREIRE, 1996, p. 135).

Este mesmo autor fala que:

(...) estar disponível é estar sensível aos chamamentos que nos chegam, aos sinais mais diversos que nos apelam, ao canto do pássaro, à chuva que cai ou que se anuncia na nuvem escura, ao riso manso da inocência, à cara carrancuda da desaprovação, aos braços que se abrem para acolher ou ao corpo que se fecha na recusa (FREIRE, 1997, p.152.).

A partir dessa concepção, das falas supracitadas e da experiência vivida nesta pesquisa, entende-se que o fisioterapeuta, assim como qualquer outro profissional da educação ou da saúde, é capaz de ser um educador em Saúde do Adolescente na área reprodutiva e sexual, desde que para isto mergulhe no universo teórico e de formação para tal. Portanto, ao perceber a complexidade e importância disso espera-se que o fisioterapeuta, assim como outros profissionais da saúde, possa refletir sobre sua prática, modificando-a ou aprimorando-a no sentido de aproximar a população adolescente dos serviços de saúde, em especial, da Atenção Básica, por esta ter seus objetivos de trabalho voltados à prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Diante do exposto, percebeu-se que foi possível obter bons resultados nas intervenções propostas e a atuação de um fisioterapeuta, como de qualquer profissional da saúde quando bem capacitado, pode contribuir, como educador em Saúde do Adolescente, na área reprodutiva e sexual. Segundo Muller (2013), promover a educação sexual cabe à sociedade como um todo. Todos precisam informar-se e educar-se sobre esse tema considerado tabu. Aprender a fazer isso não é tarefa fácil, e sim um desafio.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se verificar que o grupo estudado, concentrou-se na faixa etária entre 12 e 14 anos de idade, e o sexo feminino foi predominante. Observou-se que, quanto à coabitação familiar dos adolescentes, em 50,1% dos casos os pais viviam juntos (casados legalmente ou não) e em 31,3 as mães viviam com companheiro que não eram os pais dos adolescentes. Quanto ao perfil religioso, 40,6% dos alunos referiram ser da religião católica, 15,6% pentecostal e 25,1% outras.

Verificou-se que nenhum participante relata esclarecer dúvidas sobre sexualidade com os professores, o que é um dado é preocupante. Postula-se que não haja formação e educadores aptos a realizar esta complexa tarefa. A internet foi a fonte de informações sobre sexualidade citada por 46,4% dos adolescentes.

Após as intervenções, observou-se, descritivamente, ter ocorrido um aumento no diálogo sobre sexualidade dos adolescentes com os pais, no conhecimento dos adolescentes sobre a função da pílula anticoncepcional e a forma de evitar uma gravidez. Contudo, apesar de haver pequena melhora do conhecimento, não houve diferença estatisticamente significativa. Neste estudo pode-se constatar que mesmo após a participação nas intervenções, não houve um acréscimo no nível de informações adquiridas no que diz respeito ao conhecimento das DSTs. Este fato é preocupante, pois o adolescente torna-se mais vulnerável ou desprotegido no momento em que vier a ter relações sexuais.

Em relação às DST's/AIDS, observou-se que no pré-teste 47% dos adolescentes acreditavam que uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectado com alguma DST/AIDS. Esse índice mudou para 84% após as intervenções, sendo que a demonstração no nível de conhecimentos sobre o tema foi estatisticamente significativa.

Encontrou-se, ainda, grande influência das questões de gênero na sexualidade, uma vez que a construção do gênero e da sexualidade ocorre ao longo de toda a vida, continuamente, infindavelmente e evidenciam o processo de construção social, histórica e cultural das representações do masculino e feminino na prática social, expressam diferenças significativas de como as pessoas vivem e pensam. Constatou-se que os adolescentes trazem

suas convicções fundamentadas em suas origens socioculturais, carregados de preconceitos e desigualdades. Essas convicções foram modificadas ao longo das intervenções.

Percebeu-se nas entrevistas que os adolescentes participaram do projeto porque gostavam de aprender mais “sobre outras coisas” e a literatura é farta ao referenciar que um dos assuntos preferidos e mencionados como de maior curiosidade/necessidade pelos adolescentes são as questões vinculadas à sexualidade. Nesse estudo percebeu-se que nem todos os adolescentes entrevistados possuíam ou imaginavam um projeto de vida. No entanto, aqueles que pensavam sobre isso, priorizam, segundo seus dizeres, a questão dos estudos. Pensavam nisso como um meio para alcançar a profissão desejada e, assim, melhorar as condições de vida, tanto deles como de seus familiares. O projeto de vida descrito pelos adolescentes esteve relacionado com a tríade educação/trabalho/família. Alguns adolescentes referiram mudanças em suas vidas a partir da participação no projeto. Sentimentos e sensações que podem ser qualificados como de leveza, maturidade, alívio, coragem, autoestima, felicidade e responsabilidade surgiram nas falas dos entrevistados.

As implicações deste estudo para a área da fisioterapia mostram que é possível obter bons resultados nas intervenções de educação em saúde com a atuação de um fisioterapeuta. Como qualquer profissional da saúde, quando bem capacitado, o fisioterapeuta pode contribuir, como educador em Saúde do Adolescente, na área reprodutiva e sexual.

A realização dos dezenove encontros de intervenção possibilitou a efetivação de atividades de educação em saúde desenvolvidas pela pesquisadora, juntamente com os colaboradores do projeto, nos grupos com adolescentes. Esse fato proporcionou não só a obtenção de informações, mas uma reflexão sobre os fenômenos vivenciados no contexto de cuidar e educar, assim como as possíveis mudanças ocorridas no comportamento dos participantes do estudo. Os achados nesse estudo permitem concluir que o conhecimento dos adolescentes melhorou em vários aspectos relacionados à sexualidade e ao comportamento.

A metodologia participativa das intervenções parece ter ampliado o conhecimento dos adolescentes. Portanto, pode-se vislumbrar que este método favorece o espaço de discussão, de troca de experiências pessoais e do grupo, partindo da realidade para a reflexão e o debate de suas próprias práticas. Com isso, espera-se que tenha havido a formação de adolescentes multiplicadores do conhecimento adquirido ao longo do projeto.

Nesse sentido, acredita-se que os objetivos propostos foram atingidos, pois foi possível analisar os resultados, compreender os efeitos e possíveis mudanças ocorridas após

intervenções realizadas, bem como avaliar a atuação de um profissional da saúde como educador em Saúde do Adolescente, principalmente, na área reprodutiva e sexual.

Este estudo apresentou algumas limitações. Uma falha notória foi não ter questionado o grau de escolaridade dos pais, pois se sabe que este é um indicador de relevância para a temática estudada e a compreensão sociodemográfica.

Finaliza-se este trabalho ponderando a relevância do estudo pelo fato de agregar os âmbitos dos setores da educação e saúde em prol da saúde do adolescente, evidenciando a importância da intersetorialidade. Através dos resultados pode-se inferir que a experiência foi bem sucedida e de relevância tanto para os participantes quanto para a formação da mestranda.

O assunto central desta dissertação é inesgotável. Há muito ainda o que estudar, refletir, ampliar e vivenciar. Também devem ser considerados que para garantir a integralidade na saúde dos adolescentes é necessário que haja a melhoria das condições de vida, do nível educacional da população, do acesso às informações e aos serviços de saúde, por serem elementos fundamentais para combater as grandes questões relacionadas com a saúde pública.

6 REFERÊNCIAS

ABREU, L.D.P. et al. Abordagem educativa utilizando os Círculos de Cultura de Paulo Freire: experiência de acadêmicos de enfermagem no “Grupo Adolescer”. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 66-70, out/dez 2013.

ABREU, M; AZEVEDO, A.I.M. O adolescente hospitalizado numa Unidade de Adolescentes: como facilitar a transição? **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 21-28, jul-set 2012.

ALBORCH, C. **Malas: Rivalidad y complicidad entre mujeres**. Madrid: Santillana, 2002.

ALMEIDA, A.H.; SOARES, C.B. Ensino de educação nos cursos de graduação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.1, p. 111-6, 2010.

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

ANTUNES, A.C. et al. Diferenças na prevenção da AIDS entre homens e mulheres jovens de escolas públicas em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 88-95, 2002.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p.117-39.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARRETO, A.C.M; SANTOS, R.S. A vulnerabilidade da adolescente às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para a prática da enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 809-16, out-dez 2009.

BEAUVOIR, S. **O segundo sexo: a experiência vivida**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil). **Adolescentes, jovens e a pesquisa nacional sobre demografia e saúde**. Um estudo sobre fecundidade, comportamento sexual e saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: CDC/UNICEF, 1999.

BERLOFI, L.M. et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um programa de planejamento familiar. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2006, p. 196-200. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a11v19n2.pdf>>. Acesso em 30 nov. 2010.

BORGES, A.L.V.; SCHOR, N. Início da vida sexual na adolescência e relações de gênero: um estudo transversal em São Paulo, Brasil, 2002. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, n. 2, p. 499-507, 2005.

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais**. Brasília: MEC/SEF, 1998, 436 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do Multiplicador: adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 160 p.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras**. Série G. Estatística e Informação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008, 224 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Ministério da Saúde. 3ª ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008, 96 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção da Saúde, Prevenção de Doenças e Agravos e na Assistência.** Brasília: Ministério da Saúde, nov. de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 466/12, de 12 de dezembro de 2012.** Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Publicada no DOU nº 12 – quinta-feira, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta do Adolescente.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. The ecology of developmental processes. In DAMON, W. (Org.). **Handbook of child psychology.** New York: John Wiley & Sons, 1998, p. 993-1027.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano:** Experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

CAMARGO, B. V.; BOTELHO, L. J. AIDS, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.1, p. 61-68, 2007.

CAMARGO, E. A. I.; FERRARI, R.A.P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 937-946, 2009.

CAMPOS VELHO; M. T.A.; BETINELLI, L. Questões de Gênero e adolescência: para além do discurso Biomédico. In: Congresso Brasileiro de Ginecologia da Infância e da Adolescência, Jun. 2000. **Anais...** Porto Alegre: Sogirgs, 2000, p.28.

CAMPOS VELHO, M. T. A. de. **Gestação na Adolescência: um marco na construção de vida do ser-mulher.** 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

CAMPOS VELHO, M.T.A.; QUINTANA, A.M.; ROSSI, A.G . Adolescência, autonomia e pesquisa em seres humanos. **Revista de Bioética**, v. 22, n. 1, p. 76-84, 2014.

CANO, M.A.T.; FERRIANI, M.G.C. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n.2, p. 18-24, 2000.

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

CARVALHO, I.S. et al. A sexualidade em livros didáticos de ciências do 8º ano do ensino fundamental: uma abordagem satisfatória? **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 29-36, jul-set 2012.

CARVALHO, Y.; CECCIM, R. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006.

CATÃO, M. F.; COUTINHO, M. P. Representações sociais: entre o indivíduo e a sociedade. In: COUTINHO, M.P. et al. (Orgs.). **Representações sociais: interdisciplinar**. João Pessoa: Ed. Universitária, 2003, p. 184-93.

CAVALCANTI, R. **A história natural do amor**. São Paulo: Gente, 1995.

CAVALCANTI, P.P.; FERNANDES, A.F.C.; RODRIGUES, M.S.P. A interação no grupo de autoajuda: suporte na reabilitação de mulheres mastectomizadas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 3, n. 2, p. 37-47, 2002.

CERQUEIRA-SANTOS, E. et al. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. **Psicologia em Estudo**, v. 15, p. 73-85, 2010.

COSTA, M.R. Gênero e sexualidade. In: XVIII Congresso Brasileiro de Ciências do Esporte (CONBRACE) V Congresso Internacional de Ciências do Esporte (CONIFE). Ago 2013. **Anais...** Brasília/DF: 2013, p. 1-9.

CURY, A. **Maria: a maior educadora da história**. São Paulo: Planeta Brasil - Academia de Inteligência, 2007.

DANTAS, T. M. et al. Educação em saúde como ferramenta na saúde sexual do adolescente. **Cadernos de cultura e ciência**, v.1, n.2, p.12-22, 2010. Disponível em: <www.periodicos.urca.br/ujs>. Acesso em: 20 de mai. 2014.

DEL CIAMPO, L.A. et al. Tendência secular da gravidez na adolescência. **Pediatria**, São Paulo, v.26, n.1, p. 21-6, 2004.

DIAS, A; BUENO, S.M.V. Programa educativo sobre sexualidade, DST/Aids e sexo seguro desenvolvido junto aos alunos do curso técnico de enfermagem: um relato de experiência. **Nursing**, v.58, n.6, p.20-25, 2003.

DIAS, A. C. G.; GOMES, W. B. Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. **Estud. psicol.** Natal, v.4, n.1, p. 79-106, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1999000100006&lang=PT>. Acesso em: 13 mai. 2014.

FAÇANHA, M.C. et al. Conhecimento sobre reprodução e sexo seguro se adolescentes de uma escola de ensino médio e fundamental de Fortaleza- Ceará. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 16, n. 2, p. 5-9, 2004.

FAUSTINI, D.M.T. et al. Programa de orientação desenvolvido com adolescentes em centro de saúde: conhecimentos adquiridos sobre os temas abordados por uma equipe multidisciplinar. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 783-790, 2003.

FERRAZ, E. A. A.; FERREIRA, I. Q. Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida. In: Seminário Gravidez na Adolescência. 1998. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 1998, p.47-54.

FEUERWERKER, L.C.M.; SENA, R. A Construção de Novos Modelos Acadêmicos de Atenção à Saúde e de Participação Social. **VER-SUS Brasil - Caderno de Textos, Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília/DF, 2004.

FREIRE, P.. **Extensão ou comunicação?** 10 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

FREIRE, P.. **Professora Sim, Tia Não**. Cartas a quem ousa ensinar. 2ªed. SP: Olho d'Água, 1993.

FREIRE, P. **O que é método Paulo Freire**. 8. Ed. São Paulo (SP): Brasiliense, 1993.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**. Saberes necessários à prática educativa. 6ªed. RJ: Paz e Terra, 1997.

FREITAS, J. Educação: prioridade absoluta. Editorial. **Zero Hora**. Porto Alegre, p.16, 3 jan. de 2013.

GALLO, J.H.S. **Gravidez na adolescência**: reflexão ético-social. Brasília/DF: 2014.

GELDSTEIN, R. N.; DOMÍNGUEZ, G. I.; NENA, D. La salud reproductiva de los adolescentes frente al espejo: discurso y comportamientos de madres e hijas. In: PANTELIDES, E. A.; BOTT, S. (Orgs). **Reproducción, salud y sexualidad en América Latina**. Buenos Aires: Biblos-OMS, 2000, p.205-228.

GIKOVATE, F. Reflexões sobre o feminino. In: GIKOVATE, F. **Entendendo a mulher...** além da paciente . São Paulo: Lemos. 1999, p.11-42.

GILLIGAN, C. **La moral y la teoría**: psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura económica, 1985.

GUIMARÃES, A.M.A.D.N.; VIERA, M.J.; PALMEIRA, J.A. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 293-8, 2003.

HARDY SA, RAFFAELLI M. Adolescent religiosity and sexuality: an investigation of reciprocal influences. **Journal of Adolescence**, v. 26, n. 6, p. 731-9, 2003.

HERCOWITZ, A. Gravidez na adolescência. *Pediatria Moderna*, v. 38, n. 3, p. 392-5, 2002.

HITE, S. **Mujeres sobre mujeres**. Madrid: Santillana de Ediciones, 1998.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em <http://cod.ibge.gov.br/232HO>. Acesso em: 10 de fev de 2014.

JARDIM, D.P., SANTOS, E.F. Uso do preservativo masculino por adolescentes no início da vida sexual. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 37-44, abr-jun 2012.

JEOLÁS, L.S.; FERRARI, R.A.P. Oficinas de prevenção em um serviço de saúde para adolescentes: espaço de reflexão e de conhecimento compartilhado. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 611-20, 2003.

KIT EDUCAÇÃO SEXUAL. **Os aparelhos reprodutores, a adolescência e a puberdade**. São Paulo: Inteligência Editorial, 2008. Vol. 1. DVD (Digital Versatile Disc).

KNAUTH, D.R. et al. Sexualidade juvenil: aporte para políticas públicas. In: HEILBORN, M.L. et al. (Orgs.). **O aprendizado da sexualidade**. Rio de Janeiro: Eds. Fiocruz e Garamond, 2006, p. 299-417.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, C.T.B. et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e familiares em relação à gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, v. 4, p. 71-83, 2004.

LIPOVETSKY, G. **A terceira mulher**. Permanência e revolução do feminino. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

LOURO, G. L. Gênero e sexualidade: pedagogias contemporâneas. **Pro-Posições**, v. 19, n. 2 (56), maio-ago 2008.

LUIS, M.A.V; PILLON, S.C. Promoção da saúde e prevenção do uso de drogas: o papel do enfermeiro. **Nursing**, v.75, n.7, p. 30-4, 2004.

MADEIRA, F. R. **Quem mandou nascer mulher?** Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

MAGNUSSON, C. Adolescent Girls' sexual attitudes and opposite-Sex relations in 1970- and in 1996. **Journal of Adolescent Health**, v.28, p.242-252, 2001.

MANHÃES, J.S.F., et al. Fisioterapia e educação em saúde: relação entre gravidez precoce e o bebê de risco. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v.8, n.3, p.27-34, jul-set 2011.

MARCELINO, M.Q.S; CATÃO, F.F.M; LIMA, C.M.P. Representações Sociais do Projeto de Vida entre Adolescentes no Ensino Médio. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 29, n. 3, p. 544-557, 2009.

MARINHO, L.F.B.; AQUINO, E.M.L.; ALMEIDA, M.C.C. Práticas contraceptivas e iniciação sexual entre jovens de três capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, Sup 2, p. S227-S239, 2009.

MARTINS, L.B.M. et al. Conhecimento sobre métodos anticoncepcionais por estudantes adolescentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.1, p. 57-64, jan-fev 2006.

MARTINS, C.B.G. et al. As questões de gênero quanto à sexualidade dos adolescentes. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-32, jan-mar 2012.

MASTER, W.; JOHNSON, V. **O relacionamento amoroso**. Segredos do amor e da intimidade sexual. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1988.

MEIHY, J. C. S. **Manual de História Oral**. São Paulo: Loyola, 2000.

MELAMED, I. Poblaciones vulnerables: análisis y reflexiones en torno a las guías internacionales. **Curso Virtual Flacso**, 2007, p. 39.

MINISTÉRIO DAS CIDADES. Disponível em: <www.cidades.gov.br>. Acesso em: 10 de abr de 2014.

MORENO, M. **Como se ensina a ser niña**: el sexismo en la escuela. Barcelona: Icaria Editorial, 1999.

MULLER, L. **Educação Sexual em 8 lições**: como orientar da infância à adolescência: um guia para professores e pais. 2ªed. São Paulo: Academia do Livro, 2013.

NASCIMENTO, J.A. et al. Adolescentes gestantes: o significado da gravidez em suas vidas. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 37-46, jul-set 2012.

NJAINÉ, K. A construção das representações de gênero e da homossexualidade na escola, na família e na mídia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 3990, out. 2011.

NOGUEIRA, D. M. Gênero e sexualidade na educação. In: I Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, ISSN 2177-8248. **Anais...** Universidade Estadual de Londrina, 24 e 25 de junho de 2010, p. 13-21.

OLIVEIRA, R.L.C. **Estudo sobre o conhecimento de doenças sexualmente transmissíveis e comportamento sexual de adolescentes do ensino médio de escolas públicas de Londrina, PR.** 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2002.

OLIVEIRA, M. W. Gravidez na adolescência: Dimensões do problema. **Caderno CEDES**, Campinas, v. 19, n. 45, jul. 1998.

OLIVEIRA, T. C. et al. O enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 306-11, mai-jun. 2008.

O QUE É O IDEB? In: Ministério da Educação, Porta IDEB. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/portal-ideb/o-que-e-o-ideb>>. Acesso em: 10 de abr de 2014.

OSÓRIO, L. C. **Adolescência hoje**. Porto Alegre: ArtMed, 1992.

PAIVA, V.; PERES, C.; BLESSA, C. Jovens e adolescentes em tempos de AIDS: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Psicologia USP**, São Paulo, USP, v. 13, n. 1, 2002.

PELLOSO, M.S.; CARVALHO, M.D.B.; HIGARASHI, I.H. Sexualidade e gênero: um estudo com adolescentes em um município de pequeno porte do Noroeste do Paraná. **Acta Sci Health Sci**, v. 30, n. 2, p.113-19, 2008.

PEREIRA, C.S. Os wannabees e suas tribos: adolescência e distinção na Internet. **Revista de Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 240, mai-ago 2007.

PEREIRA, P. A. P. **Necessidades humanas**: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2003.

PIPHER, M. **Cómo ayudar a su hija adolescente**. Barcelona: Amat editorial, 2002.

RAMOS, F.R.S. PEREIRA, S.M. ROCHA, C.R.M. Viver e adolecer com qualidade. In: RAMOS, F.R.S. (Org.). **Adolecer**: Compreender, atuar e acolher. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), 2001, p.11-8.

- REIS, C.B.; SANTOS, N.R. Relações desiguais de gênero no discurso de adolescentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 10, p. 3979-3984, 2011.
- RESSEL, L.B. et al. Representações culturais de saúde, doença e vulnerabilidade sob a ótica de mulheres adolescentes. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, Jul-Set. 2009.
- RESSEL et al. A vivência de acadêmicos de enfermagem como oficinairos em grupos de adolescentes. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.15, n.2, p. 290-5, abr-jun, 2011.
- RIESGO, I.S. et al. **Cadernos de Ensino e Pesquisa**: Temas em Ginecologia e Obstetrícia. Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, n.1, jun. 2009.
- ROCHA, F.A.A. et al. Programa de Saúde da Família: percepção de adolescentes de um município do Estado do Ceará. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 7-13, abr-jun 2012.
- ROMERO, K. T. et al. O conhecimento das adolescentes sobre questões relacionadas ao sexo. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 1, p. 14-9, 2007.
- ROSEMBERG, F. Educação sexual na escola. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 53, p. 11-19, mai. 1985.
- SADLER, C. R. **Comprehension strategies for middle grade learners**. A handbook for content area teachers. Newark: IRA, 2001.
- SANT'ANNA, M.J.C. Ética no atendimento do adolescente. In: SECRETARIA DA SAÚDE. **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo (SP): SMS; 2006. p. 91-4.
- SANTOS, M.I.; ROSÁRIO, F. A score for assessing the risk of first-time adolescent pregnancy. **Family Practice**, v. 20, n. 11, p.1-7, 2011.
- SAUPE, R. **Educação em enfermagem**: da realidade construída a possibilidade em construção. Florianópolis: UFSC, 1998.
- SEIXAS, A. M. R. **Sexualidade feminina**: história, cultura, família, personalidade & psicodrama. São Paulo: SENAC, 1998.

SIKOS, G. Modelos eróticos. In: **Avances en la investigación social en salud reproductiva y sexualidad**. Buenos Aires: AEPA,CEDES,CENEP, 1998, p.227-247.

SILVEIRA, L.K.C.B. et al. Condiloma acuminado: qual o reflexo desta DST em adolescentes do sexo masculino? **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 72-75, jul-set 2012.

SINGH, S.; SEDGH, G.; HUSSAIN, R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends and outcomes. **Studies in Family Planning**, v. 41, n. 4, p. 241-50, 2010.

SIMARRO, M. T. C. **Embarazos no deseados en la adolescencia**. Informe desde la perspectiva de género. Madrid: Asociación de mujeres jóvenes. Ministério de Trabajo y Asuntos Sociales, 2002, 84p.

SLATER, J. M.; GUTHRIE, B.; BOYD, C. J. A feminist Theoretical Approach to Understanding Health of adolescent females. **Journal of Adolescent Health**, v.28, p.443-449, 2001.

SOARES, M.S., AMARAL, M.A., SILVA, P.A.B. Oficinas sobre sexualidade na adolescência: revelando vozes, desvelando olhares de estudantes do ensino médio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n.3, p. 485-91, 2008.

SOUZA, I.F. Gravidez de adolescência: uma questão social. **Adolescência Latinoamericana**; v.3, n.2, 2002.

STURM, H.A; SEIBT, T. Decoreba rebaixa o Brasil: Quadro-negro. **Zero Hora**, Porto Alegre, p. 10, 02 abr. 2014.

SUMANO, A.E. Embarazo en la adolescência. **Boletín Médico del Hospital Infantil de México**, v.55, n.8, p. 433-4, 1998.

TAKEY, M. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência. **Adolescência & Saúde**, Rio de Janeiro, v.9 sup 1.1, p14-21, ago 2012.

TAYLOR, S. J.; BOGODAN, R. **Introducción a los métodos cualitativos de investigación**. Barcelona: Paidós, 1998.

TEIXEIRA, E.J. **Juventude pobre, participação e redes de sociabilidade na construção do projeto de vida**. Rio de Janeiro, 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

THOMPSON, P. **A voz do passado**. São Paulo: Paz e Terra, 1998.

TOQUETTE, S.R ; MEIRELLES, Z.V. Convenções de gênero e sexualidade na vulnerabilidade às DSTs/AIDS de adolescentes femininas. *Adolesc. Saude*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 56-64, jul/set 2012.

TRELHA, C. S. et al. O FISIOTERAPEUTA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM LONDRINA (PR). **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v.8, n.2, p.20-25, jun.2007.

UNITED NATIONS POPULATION FUND - UNFPA. **Igualdade de gênero: Empoderamento das mulheres**. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/gender/empowerment.htm>>. Acesso em: 13 de jun de 2014.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v. 5, n.8, p. 121-26, 2001.

VIEIRA, L.M. et al. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p.1201-8, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adolescent development**. Disponível: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/#>. Acesso e, 7 fev. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Saúde para adolescents no mundo**. Disponível em <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/second-decade/en/>. Acesso em 19 jun. 2014.

ZANATTA, R.N. **A (re) configuração do espaço urbano de Santa Maria-RS sob a ótica territorial e das políticas habitacionais**. 2011. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2011.

Apêndice A – Questionário

1º QUESTIONÁRIO (INICIAL)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA/ UFSM

“Saúde sexual e reprodutiva: perspectivas e intervenção para adolescentes em escola municipal de Santa Maria, RS”.

Ao responder este questionário você estará participando de uma pesquisa. Sua participação é muito importante! Através dele, desta primeira vez, você responderá às perguntas, sem preocupações de “ter que saber”, mas procure responder com sinceridade e seriedade! Servirá para que os pesquisadores saibam o que necessitam trabalhar e sobre que ideia você tem do assunto. No final das oficinas responderá também um questionário que poderá demonstrar suas novas informações sobre a Saúde e a sexualidade do Adolescente.

Desde já agradecemos a sua colaboração! Ela é muito importante para nós! Qualquer dúvida chame a professora!

Data: _____/_____/_____

Módulo 1: Informações Gerais

Marque com um “X” a alternativa que lhe parece mais adequada (certa).

01) Seu sexo é: () Masculino () Feminino

02) Sua idade é: () Anos e () Meses

03) Marque com X a alternativa que você escolheria para definir sua cor ou cor da raça:

() Branca () Preta () Parda () Amarela () Indígena

04) Sua família tem alguma religião?

() Católica () Protestante () Pentecostal () Espírita () Umbanda/
Candomblé/ batuque () Judaica () Outra () Nenhuma

05) Você tem computador em casa? Usa internet?

() Sim () Não

06) Seus pais ou você tem celular?

() Sim () Não

07) Você tem televisão em casa?

() Sim () Não

08) Você saberia dizer quantas horas assiste TV por dia?

() Menos de 1 hora () De 1 a 2 horas () De 3 a 4 horas

() Mais de 4 horas () Não assisto TV

09) Que programas você mais assiste na TV?

- Novelas Noticiários Filmes Desenhos Outros
 Não olho TV.

10) Qual o seu canal de TV preferido?

- Rede Globo Record SBT Bandeirantes Rede TV
Outro

11) Com relação a seus pais, você pode dizer que eles vivem ou viviam juntos?

- Sim, são casados legalmente
 Vivem juntos mas não são casados legalmente
 Nunca viveram juntos
 Não, estão separados
 Não conheceu os meus pais
 A mãe vive com companheiro que não é meu pai
 O pai vive com outra companheira que não é minha mãe

12) Com quem você mora atualmente?

- Com ambos os pais
 Apenas com a mãe
 Apenas com o pai
 Com a mãe e padastro
 Com o pai e a madastra
 Com outros responsáveis
 Com um dos avós
 Outro

Módulo 2: Sexualidade/ Sexo**13) Normalmente você conversa sobre sexualidade com alguém?**

- Muitas vezes Às vezes Quase nunca Não falo sobre isso

14) Se você conversa, com quem você fala?

- Pais Amigos Professores Profissional de saúde

15) Como você se sente ao falar sobre sexualidade?

- Muito à vontade À vontade Pouco à vontade
 Nada à vontade

16) Você já teve alguma aula/palestra sobre sexo e sexualidade em sua escola?

- Sim Não

17) Onde você procura informações para esclarecer dúvidas sobre sexualidade?

- Televisão Internet Livros Revistas Outros

18) Com que pessoas você procura esclarecer suas dúvidas sobre sexualidade?

() Mãe () Pai ()irmão () Colega () Amigos () Profissionais da saúde () professores

19) Você acha que tem idade certa para começar a namorar?

() Dos 10 aos 14 anos () Dos14 aos 16 anos () Após os 16 anos () Não tem idade

20) Você acha que tem idade certa para perder a virgindade (primeira relação sexual)?

() Dos 10 aos 14 anos () Dos14 aos 16 anos () Após os 16 anos () Não tem idade

21) Você acha que as pessoas têm a sua primeira relação sexual por que:

- () Estão muito apaixonadas
() Querem experimentar
() Beberam demais
() Já namoram há muito tempo
() Não querem que o parceiro (a) fique zangado (a) ou o (a) abandone. É uma prova de amor.
() Não tem opinião

22) Você tem ou já teve algum namorado ou namorada?

() Sim () Não

23) Você já beijou alguém na boca?

() Sim () Não

24) Você já teve alguma relação sexual?

() Sim () Não () Só carícias (carinhos)

25) Para você o prazer sexual é de quem?

() Meninas () Meninos () De ambos, meninas e meninos

26) Você sabe o que é masturbação?

() Sim () Não () Não tenho certeza

27) Você conhece o nome dos órgãos de seu corpo e quais são suas funções?

() Sim () Não () Alguns

28) Você sabe de onde vem a menstruação?

() Sim () Não

29) Você já presenciou ou sofreu um tipo de violência sexual?

() Sim () Não

Módulo3: Anticoncepção

30) Você acha que a função principal da pílula anticoncepcional é:

- Evitar uma gravidez
 Evitar uma Doença Sexualmente Transmissível
 Evitar uma gravidez e uma Doença Sexualmente Transmissível
 Não sei

31) Você sabe como se utiliza corretamente a pílula anticoncepcional?

- Toma-se um comprimido antes de ter relação sexual
 Toma-se um comprimido todos os dias, durante 21 dias, com intervalo de 7 dias ou conforme orientação médica
 Não sei

32) Você acha que a pílula anticoncepcional protege uma mulher de uma Doença Sexualmente Transmissível e HIV/ AIDS?

- Sim Não Não sei

33) Você acha que é possível controlar a ejaculação?

- sim, sempre às vezes quase nunca nunca
 não sei o que é ejaculação

34) A camisinha deve ser colocada apenas no momento da penetração?

- Sim Não

35) A camisinha pode ser utilizada mais de uma vez?

- Sim Não

Módulo 4: Gravidez na adolescência

36) Para você de quem é a responsabilidade de evitar uma gravidez?

- Meninas Meninos De ambos, meninas e meninos

37) Você sabe como acontece uma gravidez?

- Sim Não Tenho alguma ideia

38) Para você a forma de evitar uma gravidez é:

- Usar camisinha e tomar pílula anticoncepcional
 Não tem como evitar Não sei

39) Você conhece alguém que já teve um filho antes dos 18 anos?

- Sim Não

40) Marque com “X” AS alternativas que explicam o que você pensa sobre uma gravidez que ocorre muito cedo (antes dos 18 anos), pode-se dizer que:

- É importante pois mostra que a menina ou o menino são capazes de ter filhos.
 Muitas meninas param de estudar.
 Facilita a saída da casa dos pais.

- Dificulta a continuação dos estudos.
 É uma forma de se sentir valorizada, ou seja, adulta.

Módulo 5: DTS/ HIV/ AIDS

41) Você sabe o que são Doenças Sexualmente Transmissíveis?

- Sim Não

42) Como você acha que é a forma mais provável de pegar uma Doença Sexualmente Transmissível e HIV/ AIDS?

- Através de beijos
 Através de sexo (vaginal, anal, oral)
 Através de toalhas, copos, talheres e outros objetos pessoais
 Não sei

43) Você sabe como aparecem no corpo as Doenças Sexualmente Transmissíveis?

- Sim Não Não sei

44) Para você a forma de evitar uma Doença Sexualmente Transmissível e HIV/ AIDS é:

- Usar camisinha sempre Não tem como evitar
 Não sei

45) Para você uma pessoa pode parecer muito saudável e estar infectado com alguma Doença Sexualmente Transmissível e HIV/ AIDS?

- Sim Não Não sei

46) Uma pessoa pode ficar infectada com HIV/ AIDS por abraçar alguém que está infectado?

- Sim Não Não sei

Módulo 6: Questões transversais

47) Você conhece os profissionais que trabalham na Estratégia Saúde da Família Maringá (posto de saúde) e sabe o que eles fazem?

- Sim Não Alguns

48) Você pensa que as meninas têm o mesmo direito que os meninos?

- sim nem sempre não nunca pensei sobre isso

49) Você conhece a Caderneta do Adolescente?

- Sim Não

OBRIGADO POR TER PARTICIPADO!

Apêndice B – Comentário das Atividades

1º encontro: Dinâmica de apresentação dos profissionais envolvidos e dos adolescentes participantes, métodos e objetivos do trabalho, e aplicação do questionário.

Comentários da atividade:

Respostas sobre o que mais gostam: Olhar TV e escutar música. Dançar. Viajar. Namorar. Ficar no computador. Ler. Conversar com amigas. Estudar. Jogar handebol. Beijar. Brincar. Aventuras. Ajudar em casa. Jogar futebol. Celular. Conviver com a família. Jogar bolita. Andar de bicicleta. Internet. Viver. Ficar com o meu namorado e cuidar da casa.

Respostas sobre o que é ser adolescente: Se divertir. Passear. Ficar. Namorar. Trabalhar. Ter respeito. Ter mais responsabilidade. Ser educado. Estudar. Aprendizado. Legal. Compromisso. Liberdade. Conhecer novas pessoas. Irresponsável e louco. É um pouco chato e legal. É muito divertido e chato ao mesmo tempo. É um momento de descobertas. Mudança de pensamentos. Experiências sexuais. É poder aproveitar a vida com os amigos e sair bastante, mas com responsabilidade. Ser amiga. Ser uma pessoa com responsabilidade e ter características como pessoas adultas. Conhecer novos amigos. É muito bom porque a gente pode sair, ir ao baile e se divertir com os amigos. É sair sozinha e poder ficar com os meninos.

3ª encontro: Equidade de gênero

Comentários da atividade:

Os adolescentes consideram como coisas comum dos dois gêneros: Amar; incentivar a paz; usar camisinha; levar os filhos na ESF (posto de saúde); sensibilidade; participar de reuniões na escola; morar longe da família; chorar; ter prazer sexual; cuidar dos filhos; ter liberdade; cozinhar; prevenir o abuso sexual; fidelidade; lutar por seus direitos; deve conhecer os métodos anticoncepcionais; jogar futebol; usar brinco; depilar as pernas; liderança; dirigir carro, moto, caminhão e ônibus; ficar solteiro; escrever poesia; planejar a gravidez.

Já pagar as contas foi escolhido pela maioria dos adolescentes como uma tarefa exclusivamente masculina e lavar a louça e engravidar (leia-se contracepção) como algo exclusivamente feminino.

Esta dinâmica motivou e estimulou a participação coletiva. Percebeu-se que as falas dos adolescentes eram baseadas a partir da realidade vivida por eles (homem trabalha fora e mulher fica em casa cuidando da casa e dos filhos). Nestas falas o que chamou a atenção era que muitas meninas tiveram posicionamentos machistas. Os facilitadores da oficina (colaboradores do Projeto), respeitaram as opiniões dos adolescentes e instigaram reflexões mais profundas a respeito das questões de gênero.

Sobre a palavra fidelidade, percebeu-se que as meninas pensam nesta palavra como pequenas coisas, como o ciúmes, já para os meninos representa a relação sexual propriamente dita. Outra discussão interessante foi quando falado em abuso sexual, para os meninos, isto ocorre porque as mulheres provocam os homens, insinuando mostrar o corpo ou usar roupas muito justas.

4ª encontro: Visita a ESF Maringá

Comentários da atividade:

Percebeu-se que esta atividade despertou curiosidade dos adolescentes e pode contribuir para aproximação destes com o serviço de saúde de seu território.

5ª encontro: Caderneta do Adolescente

Comentários da atividade:

Através desta atividade, percebeu-se que os adolescentes trabalharam em equipe, manusearam a Caderneta do Adolescente e apesar de uma disputa calorosa, mantiveram o respeito uns pelos outros. Contudo, alguns adolescentes não tiveram participação efetiva, e questiona-se também que a gincana acirrou a competição e não a cooperação entre grupos, o que pode ser avaliado como fator negativo, pois se busca repensar práticas de exclusão e disputa e buscar meios de realizar a inclusão e a cooperação nos grupos.

6ª encontro: Projetos de vida

Comentários da atividade:

Os “frutos” foram colados na árvore e constaram os seguintes projetos de vida: ser rico; ser médica; passar em um concurso público; conhecer Gustavo Lima; amor, paixão; ser cabelereira ou atriz; trabalhar e me formar em enfermagem; ser atriz ou aventureira; realizar meus sonhos; ser bonita; realizar pelo menos a metade dos meus sonhos; ser veterinária; viajar pelo menos uma vez por ano; conhecer um cantor; terminar meus estudos; ser modelo e atriz; fazer hípica no quartel e representar o Brasil.

7ª encontro: Desenvolvimento físico/social/psíquico/emocional do adolescente.

Comentários da atividade:

As respostas dos questionários foram:

01) Como você gostaria de ser na sua vida?

- 01) Inteligente.
- 02) Alta. Amiga de todos. Amorosa. Legal e alegre.
- 03) Ser uma pessoa responsável. Ter respeito pelas pessoas para elas me respeitarem também.
- 04) Gostaria de ser menos brava, um pouco mais simpática, gostaria de saber e conseguir dizer não, gostaria de ser calma, paciente. Também gostaria de ser mais ou menos rígida porque eu tenho o coração mole e nunca na vida eu acho que saberia dizer não.
- 05) Ser menos apreensiva e mais calma.
- 06) Ser mais educada, ter mais respeito, ser mais amorosa.
- 07) Bonita. Sensual. Legal. Amorosa e amiga de todos.
- 08) Rica, ser feliz, não parar de estudar e ser alguém na vida.
- 09) Eu queria ser mais simpática, boa, ser amada e ser trabalhadora.
- 10) Quero ser rica, terminar meus estudos, ser feliz e ajudar o pobre.
- 11) Bonita, sensual, inteligente.
- 12) Inteligente, amiga, alegre, sincera com as pessoas. Trabalhar, estudar, fazer faculdade e me formar.
- 13) Inteligente, amorosa, amiga, alegre, elegante, sincera, ganhar uma bolsa de estudo, fazer faculdade e me formar.
- 14) Divertido, espontâneo, mais responsável*.
- 15) Mais extrovertido e menos sorridente, porque muito sorriso as vezes estraga uma amizade.

*As respostas do sexo masculino aparecem com sublinhado

02) O que você admira em uma pessoa?

- 01) Qualidades.
- 02) Os cabelos, os olhos, a boca, alegre, legal. Me fazer rir e me faz feliz e que me ame. O corpo inteiro.

- 03) Admiro uma pessoa inteligente, que é alguém na vida. Trabalhar por si mesmo e ser responsável, pagar as próprias contas. Admiro minha amiga porque ela é muito legal comigo, é muito bonita e uma grande amiga.
- 04) Eu admiro uma pessoa inteligente, legal, amiga, simpática, uma pessoa com quem eu possa confiar, leal, uma pessoa sincera, humilde, pessoas que tenham um bom caráter, que saibam quase tudo da vida e que mesmo assim tentam aprender o possível.
- 05) O seu respeito e sua maneira de ser com os outros.
- 06) O jeito da pessoa ser, confiante, amiga.
- 07) Gosto do modo que ele conversa e ele me faz rir.
- 08) Não só a aparência, mas sim pelo caráter.
- 09) Jeito das pessoas. Ser confiante, amiga, sincera e amada.
- 10) Pelo caráter.
- 11) A bunda, a boca, os olhos e o corpo.
- 12) Porque eles são legais, educados, divertidos e brincalhões.
- 13) Porque eles são legal, divertido, amiga, educados, alegres.
- 14) Fidelidade, beleza, carinhosa, extrovertida (na medida certa).
- 15) Eu gosto das professoras do Posto porque elas não são nariz empinado. É por isto que sou amigo desta pessoas.

03) O que você gostaria de ser em sua vida?

- 01) Dançarina.
- 02) Eu gostaria de ser médica de pet shop ou bióloga marinha.
- 03) Ser muito cuidadosa e responsável e gosto muito de ouvir música.
- 04) Eu ainda estou em dúvida, não sei se quero ser uma enfermeira ou uma brigadiana. Amo os dois, quero morar em uma casa linda e grande. Quero ser mãe, mas bem depois dos 30 anos, depois que me formar, ter casa própria e um bom emprego para a felicidade de todos.
- 05) Ser mãe, ser casada e ser bem mais responsável que eu já sou.
- 06) Eu penso em ser médica e ter minhas próprias coisas.
- 07) Gostaria de ser bióloga marinha.
- 08) Veterinária.
- 09) Eu gostaria de ser cabelereira, artista de TV ou também médica.
- 10) Veterinária e com o tempo engenheira química.
- 11) Eu gostaria de ser veterinária.
- 12) Quero ser dançarina, fazer teatro, biologia marinha e ser cantora.
- 13) Atriz, bióloga, cantora, dançarina, modelo, geografia, cineasta, aventureira, turista.
- 14) Solteiro.
- 15) Gostaria de fazer hípica no quartel e ter um salário que desse para viver bem ou ser da aeronáutica.

04) Eu no futuro...daqui a 10 anos, o quero ser...

- 01) Dançarina de alguma coisa. Ajudar as pessoas.
- 02) Eu gostaria de ser médica de pet shop ou bióloga marinha.
- 03) Quero ser trabalhadeira, me formar e ser professora de canoagem. Respeitar as pessoas. Ter minha casa. Um carro e ser feliz e trabalhar bastante.
- 04) Daqui a dez anos não sei o que vou ser, sei que tenho duas escolhas muito legais. Vou ter minha casa, minha família, o meu emprego e todos os que amo perto de mim. Vou ser uma pessoa menos brava e mais simpática, e vou ser bem mais rígida.
- 05) Uma mulher digna, humilde com todos e verdadeira.
- 06) Eu quero estar casada, sendo médica, ter minhas coisas próprias e viajar.

- 07) Quero saber tudo sobre biologia e ser muito esperta.
- 08) Ter dinheiro.
- 09) Eu quero ser mãe e ser casada. Quero viajar para Paris e ser trabalhadora.
- 10) Trabalhar.
- 11) Veterinária, ser inteligente.
- 12) Eu me imagino indo nos bailes, trabalhar, namorando e ter minha casa própria.
- 13) Ir na balada, fazendo o que eu escolhi para me formar. Ter bastante energia. Ser feliz e ter paz, amor, amizade e alegria.
- 14) Engenheiro mecânico. Morando próximo ao Centro. Solteiro. Estudando (faculdade ou curso técnico na Exatus), trabalhando. Namorada quando estiver trabalhando em com estrutura.
- 15) Gostaria de fazer hípica no quartel e ter um salário que desse para viver bem ou ser da aeronáutica.

8ª encontro: Comportamento de risco e a adolescência

Comentários da atividade:

Os adolescentes debateram os diversos tipos de comportamento de risco que estão expostos.

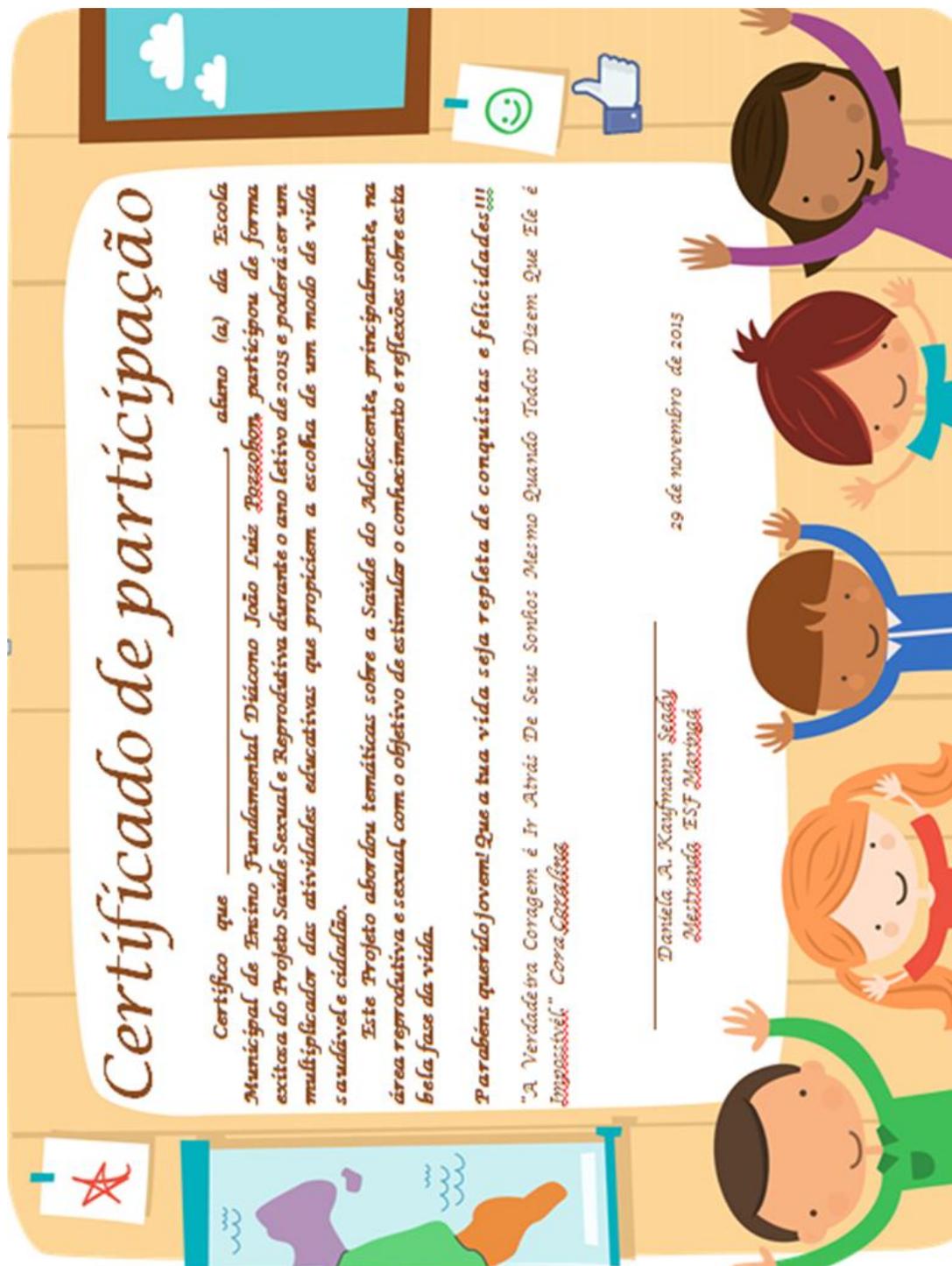
Após discutiram os filmes assistidos e deram a sua opinião como:

“Se faz o que se aprende”.

“A mãe não estimulou um futuro diferente para a filha porque ela só conhecia aquela realidade”.

“Várias gerações se passaram e a rotina continuava igual”.

Apêndice C – Certificado de Participação



Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar do Projeto de pesquisa intitulado “**Saúde sexual e reprodutiva: perspectivas e intervenção para adolescentes em escola municipal de Santa Maria, RS**” que tem como principal objetivo analisar os resultados de encontros de educação em saúde e o conhecimento sobre Saúde Sexual e Reprodutiva dos alunos que estudam na Escola Municipal de Ensino Fundamental Diácono João Luiz Pozzobon. Essa pesquisa é importante pela necessidade de obter informações sobre o conhecimento dos alunos sobre saúde sexual e reprodutiva. Isso pode trazer como benefícios futuros conhecimentos que auxiliarão professores e profissionais de saúde a desenvolver estratégias que promovam a Saúde do Adolescente, assim como dos alunos em sua própria educação.

Sua participação nesta pesquisa consiste em participar durante o ano letivo de 2013, a cada 15 dias, de encontros que serão realizadas na escola, além do preenchimento de um questionário no início do Projeto (março de 2013) e no final (dezembro de 2013). Os encontros e o questionário não oferecem maiores riscos, porém você poderá sentir um pouco de cansaço, modificação nas emoções, estresse, angústia, desconforto, entre outros. Seu nome não será divulgado, asseguramos ainda que você não terá nenhuma despesa pela sua participação e poderá receber esclarecimentos sobre a pesquisa a qualquer momento do trabalho.

Os dados pessoais não serão identificados em nenhuma hipótese. É garantida a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga algum prejuízo na escola ou desconforto. Não haverá despesas pessoais para o participante e nem compensação financeira relacionada à sua participação (você não receberá dinheiro ou prêmios para participar).

Eu, _____, concordo com minha participação no estudo e declaro que fui informado dos objetivos desta pesquisa de forma clara e detalhado. Considero-me igualmente informado sobre os procedimentos nos quais estarei envolvido e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com minha identidade e privacidade. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e sei que poderei solicitar novos esclarecimentos a qualquer momento.

Santa Maria _____ de _____ de 2013.

Assinatura do pai e/ou responsável
(Consentimento)

Assinatura do participante (aluno)
(Assentimento)

Prof^a. Dr^a. Maria Teresa de Campos Velho
Orientadora
Tel.: (55) 3220 8710

Daniela Aline Kaufmann Seady
Autora (mestranda)
Tel.: (55) 3223 2158

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM
Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.:
(55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Anexo 2 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: PERSPECTIVAS E INTERVENÇÃO PARA ADOLESCENTES EM ESCOLA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, RS

Pesquisador: Maria Teresa Aquino de Campos Velho

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13192413.8.0000.5346

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 203.837

Data da Relatoria: 19/02/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo qualitativo e quantitativo que tem como objetivo estudar os resultados de intervenções e a atuação de um profissional da saúde, como educador em Saúde do Adolescente, principalmente, na área reprodutiva e sexual em uma escola municipal de Santa Maria/ RS. A população de referência serão os estudantes matriculados na Escola com idade entre 12 e 14 anos. O período para sua realização será de março a dezembro de 2013. Para a coleta de dados será utilizado um questionário que será aplicado em dois momentos: no início e no final da pesquisa (pré e pós intervenções). O questionário aplicado no início da pesquisa terá apenas questões fechadas, enquanto o questionário aplicado ao final do Projeto terá as mesmas questões do questionário inicial, acrescido de questões abertas, que constituirão o material para análise qualitativa. O questionário analisará o conhecimento dos adolescentes sobre temas de Saúde Sexual e Reprodutiva e a atuação da profissional de saúde. Esta pesquisa visa preencher o requisito final de Conclusão do Mestrado Profissional em Ciências da Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

-Analisar os resultados de intervenções e a atuação de um profissional da saúde, como educador em Saúde do Adolescente, principalmente, na área reprodutiva e sexual, através de alunos de uma escola municipal de Santa Maria/ RS.

Objetivos Específicos

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900

UF: RS **Município:** SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



-Analisar o impacto obtido, a longo prazo, aproximadamente, um ano letivo, de intervenções, que abordarão temáticas relacionadas à Saúde Sexual e Reprodutiva entre os adolescentes de uma escola municipal de Santa Maria/ RS;

-Estudar o conhecimento/entendimento sobre Saúde Sexual e Reprodutiva de adolescentes antes e depois de uma intervenção proposta (pré teste e pós teste);

-Avaliar os resultados (quantitativamente) e compreender (qualitativamente) os efeitos e possíveis mudanças ocorridas através da atuação e inserção de um profissional da saúde, como o fisioterapeuta, que não possui no currículo do Curso tema específico sobre sexualidade, como um agente de saúde/ educador em Saúde do Adolescente;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão bem descritos no projeto:

Este estudo apresenta como possíveis riscos: desconfortos, um pouco de cansaço, modificação nas emoções e estresse, angústias, dentre outros. Em geral, é um Projeto de risco mínimo, pois tratará, de forma delicada e cuidadosa, temas aos quais os adolescentes já estão expostos através da mídia ou vivências pessoais e cotidianas.

Como benefícios diretos os participantes poderão obter informações e esclarecimentos sobre a Saúde do Adolescente, no que tange a saúde sexual e reprodutiva.

O benefício indireto consistirá no possível acréscimo aos conhecimentos científicos sobre a temática estudada.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta adequada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão adequados.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900

UF: RS Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 23 de Fevereiro de 2013

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi **CEP:** 97.105-900
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com