

**Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas René Rachou
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde**

**SEXUALIDADE E GÊNERO NA ADOLESCÊNCIA: UMA PERSPECTIVA
EDUCACIONAL**

por

Maria José Nogueira

**Belo Horizonte
Julho/2008**

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

“Sexualidade e Gênero na Adolescência: Uma Perspectiva Educacional”

por

Maria José Nogueira

Belo Horizonte

Julho/2008

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

“Sexualidade e Gênero na Adolescência: Uma Perspectiva Educacional”

por

Maria José Nogueira

**Tese apresentada com vistas à obtenção
do Título de Doutora em Ciências da
Saúde na área de concentração Saúde
Coletiva.**

Orientação: Profa. Dra. Virgínia Torres Schall

Belo Horizonte

Julho/2008

Catálogo-na-fonte
Rede de Bibliotecas da FIOCRUZ
Biblioteca do CPqRR
Segemar Oliveira Magalhães CRB/6 1975

N778s
2008

Nogueira, Maria José.

Sexualidade e Gênero na Adolescência: Uma Perspectiva Educacional

Maria José Nogueira – Belo Horizonte, 2008.

XVI, 235 f: il.: 210 x 297 mm.

Bibliografia: f. 206 – 212

Anexos: 213 – 251

Tese (doutorado) – Tese para obtenção do título de Doutor(a) em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou. Área de concentração: Saúde Coletiva.

1. Saúde sexual reprodutiva 2. Educação em Saúde 3. Adolescência 4. Materiais Educativos. I. Título. II. Schall, Virginia Torres (Orientação).

CDD – 22. ed. – 571.8

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS RENÉ RACHOU
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

“Sexualidade e Gênero na Adolescência: uma perspectiva educacional”

por

Maria José Nogueira

Foi avaliada pela banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Virgínia Torres Schall (Presidente)

Profa. Dra. Betânia Diniz Gonçalves

Profa. Dra. Maria Beatriz Almeida Sathler Bretãs

Profa. Dra. Sandra Maria da Mata Azeredo

Prof. Dr. Antônio Ignácio de Loyola Filho

Suplentes: Profa. Dra. Maria Flávia Gazzineli

Tese de doutorado defendida e aprovada em: 11/07/2008



*Sexualidade e Gênero na
Adolescência: Uma
Perspectiva Educacional*

por
Maria José Nogueira

Agradecimentos

A Deus, por guardar-me em seu coração nos momentos mais difíceis da vida.

À minha família, por estar por perto, em todos os momentos. Em especial aos meus pais que apesar da pouca escolaridade, com grande sabedoria, introduziram-me e guiaram-me no caminho do saber. Ao Marco Túlio, um irmão especial, com quem sempre aprendo uma maneira diferente de ver a vida, meu carinho.

À minha orientadora, Dra. Virgínia Torres Schall um ser iluminado, que apostou e acreditou no meu trabalho, meu agradecimento todo especial.

À Dra. Celina Modena, uma amiga, interlocutora fiel de minhas angústias intelectuais e pessoais, que me ajudou a crescer intelectualmente e pessoalmente, meu muito obrigado!

Ao professor João Bosco com quem tive o prazer de passar momentos agradáveis e rir de suas provocações de cunho machista.

Aos colegas do Laboratório de Educação em Saúde pela convivência respeitosa e amiga, meu carinho especial.

Ao Frederico, Samuel, Amanda e Alberto, queridos alunos de Iniciação Científica que me possibilitaram o rico exercício de compartilhar o saber.

Aos amigos Héilton Barros e Samuel Barcelos que dividiram comigo as idas e vindas à Vila Cafezal, um beijo no coração.

À Denise e Érica (Amiguinhas) que apesar da distância sempre se fizeram presentes para dividir as poucas angústias e compartilhar as muitas alegrias.

Um agradecimento especial ao Samuel. Amigo, companheiro, crítico e quase sempre bem humorado, com quem exerci a capacidade de aprender e ensinar.

À Aline e Amanda pela presteza, boa vontade e dedicação na solução dos muitos problemas.

À Dra. Simone Teixeira, Judith Lessa e Ilzivete (Ziza), que fazem do exercício da profissão um ato de amor. Obrigada pelo carinho, a dedicação e a disponibilidade

À toda a equipe do Centro de Saúde da Vila Cafezal: Bernadete, Jota, Maria Helena, Gal, Álvaro, Regina e tantos outros que com palavras, gestos e olhares compreenderam e aceitaram o trabalho.

Meu carinho especial a todos os adolescentes do Projeto Amigos do Cafezal: Alexia, Aline, Davidson, Kátia, Leidiane, Marcos Vinicius (MV1), Marcos Vinicius (MV2), Lorraine, Joyce, Flávia, Jonathan, Evandro, Lilian, Rosana, Juliene, Taissa, Naiara, Kamila, com quem e para quem este trabalho foi realizado.

À minha querida amiga Jacqueline, por estar sempre por perto nos momentos em que precisei de um ombro amigo.

Ao Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR) em viabilizar recursos humanos, materiais e financeiros em prol da realização dessa tese, em especial a Biblioteca do CPqRR em prover acessos gratuitos às informações científicas comutáveis nacionais e internacionais integrantes do rol de referências desta tese.

À Fundação de Amparo à Pesquisa (FAPEMIG), pela concessão da bolsa que me permitiu dedicação a este estudo.

Sumário

LISTA DE FIGURAS	VIII
LISTA DE ABREVIATURAS	IX
RESUMO	X
ABSTRACT	XII
APRESENTAÇÃO	XIV
1 INTRODUÇÃO	18
1.1 Saúde e Risco na Adolescência	18
1.2 Princípios do SUS e o direito à saúde na adolescência	22
2 OBJETIVOS	27
2.1 Objetivos Gerais	27
2.2 Objetivos Específicos	27
3 REFERENCIAL TEÓRICO	29
3.1 Abordagem Sócio-Histórica: A construção social do conhecimento	30
3.2 Perspectiva de Gênero: Um debate entre as posturas do essencialismo e do construtivismo	35
3.2.1 Sexo e Gênero: Uma distinção conceitual	38
3.2.2 Sexualidade e gênero	39
3.2.3 Sexo, Sexualidade e Gênero: a experiência adolescente	41
3.3 Interações Comunicacionais, saúde e educação: Diálogos desejáveis, necessários e possíveis.	45
4 METODOLOGIA	53
4.1 Uma abordagem qualitativa	53
4.1.2 A Pesquisa Participante, Grupos operativos e Oficinas	55
4.2 Local de Investigação	57
4.2.1 A Vila Cafezal – Uma breve caracterização	60
4.3 O Programa Saúde da família e sua interface com o estudo	63
4.4 Seleção do Grupo.....	66
4.5 Procedimentos metodológicos – Desenho de pesquisa	67
5 RESULTADOS	72
5.1 Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no Município de Belo Horizonte MG..	73
5.2 Políticas Públicas voltadas para adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Belo Horizonte/MG: uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde.	95
5.3 Materiais Educativos impressos sobre saúde sexual e reprodutiva utilizados na atenção básica em Belo Horizonte, MG: caracterização e considerações.	110
5.4 O que se sabe e o que se faz: a gravidez precoce e contracepção na visão de pais e mães adolescentes de baixa renda em Belo Horizonte, Brasil.....	129
5.6 Transação: preâmbulo ao jogo da sexualidade	167
5.7 Criação compartilhada de um jogo: um instrumento para o diálogo sobre sexualidade desenvolvido com adolescentes da Vila Cafezal, em Belo Horizonte Minas Gerais.....	170
5.8 “Dó, Ré, Mi, Fá. zendo” arte com massinhas: Oficinas educativas com adolescentes da Vila Cafezal – Belo Horizonte/MG.	190
5.9 Qualé, Papai! Ensaio fotográfico que propõe uma leitura dos temas relacionados à paternidade adolescente	198
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	200

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	206
ANEXO 1 – Ficha de Cadastro de Adolescentes na Região da Vila Cafezal	214
ANEXO 2 – Termos de Consentimento Livre e Esclarecido.....	215
ANEXO 3 – Autorização do Uso de Imagem.....	217
ANEXO 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	218
ANEXO 5 – O processo: Descrevendo e Analisando os Encontros.....	219
ANEXO 6 – Roteiros dos Vídeos Animassinhas:	243
ANEXO 7 – Roteiro de Perguntas do Ensaio Fotográfico com Pais Adolescentes	249

Lista de Figuras

Figura 1 – Mapa do Distrito Sanitário Centro-Sul de Belo Horizonte – MG

Figura 2 – Distribuição da população por faixa etária, na área de abrangência do CS Cafezal – BH

Figura 3 – Distribuição da renda familiar da população adstrita ao CS Cafezal – BH / MG

Figura 5 – Taxa de Mães Adolescentes 2000-2004

Figura 6 – Distribuição da população por Equipe de Saúde da Família na área do CS Cafezal – BH

Figura 7 – Desenho da intervenção realizada com adolescentes da Vila Cafezal – BH / MG

Lista de Abreviaturas

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CERSAM	Centros de Referência em Saúde Mental
DATASUS	Banco de dados do Sistema Único de Saúde
DHS	Demography Health Survey.
DISACS	Distrito Sanitário Centro-Sul
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Equipe Saúde da Família
FAFICH	Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	Índice de Vulnerabilidade à Saúde
LOAS	Lei de Assistência Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAM	Postos de Assistência Médica
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS	Pesquisa Nacional de Desenvolvimento Social
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SINASC	Sistema Nacional de Informações Sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TEF	Taxa Específica de Fecundidade
TFT	Taxa de Fecundidade Total
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

Resumo

Segundo dados do IBGE (2001), 21% da população brasileira encontra-se na faixa dos 10 aos 19 anos, sendo 50,4% do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino. Apesar do número elevado, estudos apontam que muitos desses jovens ainda não têm acesso a informações e serviços adequados no âmbito da saúde sexual e reprodutiva que garantam, aos mesmos, o exercício da sexualidade de maneira segura e responsável. No âmbito da educação, embora a Orientação Sexual na escola seja prática defendida e orientada pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), a literatura aponta a dificuldade que escolas e famílias ainda apresentam para abordar o tema da sexualidade com as crianças e jovens. No âmbito da saúde verifica-se na atenção primária a baixa procura dos adolescentes aos centros de saúde e baixa adesão dos mesmos aos programas e ações desenvolvidas nestes locais. Reconhece-se como grande desafio a elaboração de programas, ações, estratégias e materiais educativos capazes de atender às necessidades e especificidades deste público.

Diante a essa realidade, buscando uma interface entre a educação e a promoção da saúde na atenção primária, foi elaborado um processo de intervenção com o objetivo de desenvolver de forma participativa, uma estratégia e materiais educativos que potencializem a criação de um espaço para a construção do conhecimento acerca de sexo e sexualidade para adolescentes. Objetivou-se também contribuir para criar ou reforçar os laços entre os adolescentes, profissionais de saúde, pais e educadores.

O referencial teórico que orientou o estudo foi balizado no tripé: (1) abordagem sócio-histórica (Vygotsky, 1896-1934) que enfatiza o papel da comunidade na construção do conhecimento; (2) perspectiva de gênero ancorada no paradigma do construtivismo social, na qual sexo, gênero, sexualidade e identidade sexual são vistos como uma construção social e histórica; (3) paradigma das interações comunicacionais que postula um modelo de comunicação horizontal, participativa, dialógica e comunitária.

A abordagem qualitativa, na perspectiva da pesquisa participante, balizou o estudo. Para construção da intervenção foi utilizado o referencial teórico-metodológico dos grupos operativos (Pichon-Rivière, 2002) e das oficinas (Afonso, 2003). A pesquisa foi realizada na Vila Cafezal, que faz parte do aglomerado da Serra, localizado na região centro-sul de Belo Horizonte/MG. O estudo foi dividido em três etapas: Diagnóstico, intervenção social por meio das oficinas em grupos operativos e criação compartilhada de materiais educativos. Na fase de diagnóstico, por meio do georeferenciamento dos endereços das mães adolescentes, elaborou-se um estudo espacial referente aos nascidos vivos no Município de Belo Horizonte/MG. O objetivo foi conhecer a distribuição espacial do fenômeno da gravidez adolescente no município e localizar possíveis “clusters” do fenômeno, correlacionando-os com variáveis sócio-demográficas. Paralelamente foi realizado um levantamento das ações e estratégias dos Centros de Saúde para atendimento ao público adolescente, por meio de entrevistas semi-estruturadas. Para completar a fase de diagnóstico foi realizada a análise de materiais educativos impressos utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no sentido de informar temas ligados à saúde sexual e reprodutiva que pudessem prevenir, de maneira direta ou indireta, a gravidez precoce e as DST.

Na fase de investigação participativa, com base no conhecimento da realidade local, possível pelo levantamento de dados secundários de vários órgãos (URBEL, IBGE, SINASC), foram realizados: (1) encontros com os profissionais de saúde (Enfermeira, Médica Ginecologista e ACS) e (2) entrevistas semi-estruturadas com os pais e mães adolescentes, no sentido de investigar as atitudes, crenças e comportamentos, no que se referem à experiência da gravidez, papéis de gênero, dentre outros.

A última fase constou da realização das oficinas em grupo operativo na Vila Cafezal. Esse processo foi direcionado ao público adolescente (10 a 14 anos) da área adstrita da Equipe da Saúde da Família – ESF, composto por 16 participantes. Foram realizados 35 encontros no Posto de Saúde, às sextas-feiras, das 14h00min às 17h00min, no período de abril de 2006 a março de 2007. Adotou-se a perspectiva de Afonso (2003), estabelecendo, em cada encontro, momentos específicos: aquecimento, reflexão do tema gerador, atividade lúdica, avaliação e planejamento.

Os resultados da fase de diagnóstico apontam que as ações e estratégias de atendimento ao público adolescente nas UBS de Belo Horizonte ainda são incipientes, pontuais, voltadas para o aspecto curativo em detrimento de uma abordagem educativa. A distribuição dos eventos da gravidez na adolescência sinaliza a presença de conglomerados com altas proporções de mães adolescentes em associação com piores condições socioeconômicas. Há diminuição da proporção de mães adolescentes em setores de melhores condições, nos quais o maior número de nascimentos ocorre nas faixas de 20 a 29 anos e acima de 30 anos. No que se refere aos materiais analisados, destaca-se que os mesmos são produzidos de forma vertical, tratando o público alvo como categorias estanques e homogêneas, prevalecendo a temática das DST/AIDS. Alguns dos materiais que focalizam a AIDS demonstram boa qualidade, apresentando uma linguagem objetiva, clara e ilustrações pertinentes. Contudo, na maioria, prevalece a abordagem da dimensão do corpo biomédico, em detrimento de uma abordagem mais ampla da sexualidade.

O trabalho em oficinas resultou na elaboração de um jogo educativo e quatro vídeos de animação. O jogo é constituído de baralho de perguntas com 80 cartas que incluem temas como sexo, sexualidade, DST/AIDS, gravidez e métodos contraceptivos, baseadas nas questões dos próprios adolescentes participantes do projeto; baralho de reflexão que traz as temáticas cotidianas para debate ao longo do jogo: ciúmes, traição, drogas, etc.; baralho de cartas locais que destacam pontos da Vila Cafezal citados pelos adolescentes, numa perspectiva de resignificação do local de moradia, através de textos e imagens criados por eles mesmos. Em grupos de dois ou três foram criados 11 roteiros de vídeos com temas diversos: uso de preservativo, uso de drogas, namoro, primeira relação sexual, etc. Criaram, em massinha de modelar, os personagens e cenários; e para finalizar participaram da edição dos vídeos.

O processo e os materiais produzidos podem ser utilizados por profissionais de educação e saúde como alternativas para criar um ambiente saudável e interativo para refletir com os adolescentes os temas referentes a sexo e sexualidade. Ambos encontram-se afinados com a perspectiva requerida pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) e pelas demandas do Serviço Único de Saúde (SUS). Os primeiros resultados são positivos, uma vez que durante as atividades, bem como ao após o término, os adolescentes estreitaram os vínculos com o Centro de Saúde, sendo relatados por parte da equipe que os mesmos estão mais presentes, procurando o mesmo para tarefas escolares e serviços de prevenção. É necessário destacar que além de políticas públicas específicas para o adolescente no âmbito da sexualidade, faz-se necessário uma discussão mais ampla em outras esferas (família, escola, trabalho, educação etc.). Para temas como a sexualidade, que requerem não só domínio do conhecimento biológico, mas, reflexão sobre a vida e o ambiente em que se vive, a construção de novos conhecimentos demanda processos singulares e criativos, pautados em premissas mais dialógicas, reflexivas e horizontais.

Abstract

According to data from the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE, 2001), 21% of the Brazilian population ranges from 10 to 19 years old, of which 50.4% is male and 49.6% is female. Studies show that many adolescents still do not have access to information and adequate health services in terms of sexual and reproductive health that guarantees the expression of sexuality in a safe and responsible manner. From the educational approach, even though Sexual Orientation in schools is a practice oriented and supported by the Brazilian National Curricular Parameters, the literature points out that schools and families still have difficulty in dealing with the subject of sexuality among children and adolescents. Basic health care at municipal level verifies the low level of participation of adolescents at health centers and low compliance in programs developed at this level. A great challenge still remains to create programs, actions, strategies and educational material capable of attending the needs and specificities of this public.

In face of this reality and aiming for an interface between education and health promotion an intervention process was elaborated. It purposed the development, in a participatory manner, of a strategy and creation of educational materials which encourages the construction of knowledge about sex and sexuality for adolescents. The creation or reinforcement of bonds between adolescents, health professionals, parents and educators was also intended.

The reference which guides this study is based on three approaches: (1) social-historical (Vygotsky, 1896-1934) which emphasizes the role of the community in the construction of knowledge; (2) gender perspective, anchored on the social constructivism paradigm in which sex, gender and sexual identity are seen as a social and historical construction; (3) the paradigm of communicational interactions which postulates an horizontal, participatory and dialogical model of communication.

The qualitative approach, in the perspective of participatory research, marked this study. Developing the intervention, the methodological reference of Pichon-Rivi re (2002), and the workshops (Afonso, 2003) were used. The research was carried on in the Vila Cafezal, which is part of the "Agglomerado da Serra", a slum area located at the central area of Belo Horizonte / MG. The study had three stages: diagnosis; social intervention through workshops; and shared creation of educational materials.

In diagnosis, the addresses of adolescent mothers were georeferenced. After, a spatial study of live births from the municipality of Belo Horizonte was analyzed. The goal was to identify the spatial distribution of the teenage pregnancy phenomenon in the municipality and locate possible clusters, relating them with socio-demographic variables. An analysis of the actions and strategies of the health center was also prepared, through semi-structured interviews. An analysis of printed educational materials used by the Municipal Health Secretariat of Belo Horizonte was performed. This material is used in order to inform issues related to sexual and reproductive health that could prevent, directly or indirectly, the early pregnancy and STD.

In the stage of social intervention and participatory investigation, based on the local reality, made possible the upcoming events: (1) meetings with health professionals (nurses, gynecologist, Community Health Agents) and (2) semi-structured interviews with adolescent fathers and mothers were made in order to investigate the attitudes, beliefs and behaviors related to the experience of pregnancy, gender roles within others. This was given possible gathering secondary data from local institutions (URBEL, IBGE, SINASC).

The last stage was the workshops in operative groups in Vila Cafezal. This process was directed at adolescents from 10 to 14 years old in the area of the Brazilian Family Health Program, with 16 participants. 35 meetings were held in the health center, every Friday, from 02:00 pm to 05:00 pm, from April/2006 to March/2007. The perspective of Afonso (2003) was adopted, establishing in each meeting specific moments: beginning, considerations about the subject, playful activities, evaluation and planning.

The results of the diagnosis point out that the strategic actions for the attendance of the adolescents in the Basic Health Units of Belo Horizonte are still incipient, specific and directed to more curative aspects

in detriment of an educative approach. The distribution of events in pregnancy call attention to the presence of high proportions of adolescent mothers associated with worst socioeconomic conditions. There was a reduction of teenage pregnancy in the sectors with better conditions, in which the bigger number of births occurs in the ages of 20 to 29 and above 30 years old. The materials analyzed are produced in a vertical way, treating the audience as limited categories and homogeneous units, giving only importance to themes like AIDS and other few STD. Some of the materials focused on AIDS show good quality, presenting an objective language, clear and relevant illustrations. However, in most of them prevails the approach of the biomedical body size, rather than talk about a broader perspective of sexuality.

The workshops resulted in the elaboration of an educative game and four animation videos. The game is made of 80 questions-answers cards which include themes related to sex, sexuality, STD/AIDS, pregnancy and contraceptive methods, based on questions adolescents elaborated by the participants themselves. The cards of reflection bring themes of the everyday lives of the participants: jealousy, betrayal, drugs. And the Deck of Places in Vila Cafezal, cited by the adolescents. This is an attempt to try to change de significance of the place they live through texts and images created by themselves. The videos were made in groups of two or three. 11 scripts were written with diverse themes: the use of preservatives, use of drugs, dating, the first sexual relation, etc. They created the characters and scenarios with mass model and edited the videos with the help of a professional.

The process and the educational material produced can be used by health and education professionals. These professionals can use these materials as an alternative for the creation of a healthy environment, interactive and propitious for adolescents to talk about sex and sexuality. They are in tune with the required perspectives of the Brazilian National Curricular Parameters (PCN) and the demands of the Brazilian Health Service (SUS). The first results were positive. In the beginning and after the activities, the adolescents strengthened their ties with the Health Center. The health professionals informed that the adolescents' participation in the center has increased and now they search the center for information to school activities and prevention services. It is necessary to point out that public policies need to be specific to adolescents in the scope of sexuality. It is also necessary to have a more ample discussion about these themes in spheres like family, schools, work, etc. For a subject like sexuality, which requires not only biological knowledge, but also considerations about life and environment, the construction of new knowledge requires unique and creative processes, based on more dialogical, reflexive and horizontal premise.

Apresentação

Em minha dissertação de mestrado, junto ao Programa de Pós-graduação em Sociologia na Universidade Federal de Minas Gerais debruçei-me sobre os números, taxas e estatísticas, além de um estudo quantitativo da análise dos dados da pesquisa DHS, que pudessem ajudar-me a compreender o fenômeno da maternidade adolescente em sua transversalidade com as variáveis socioeconômicas. Um importante achado foi à forte associação entre diálogo com a mãe e/ou com profissionais de saúde como variável correlacionada significativamente ao aumento de uso de preservativo na primeira relação, bem como redução das chances de uma gravidez precoce. Os dados revelam que, independente do nível de escolaridade da adolescente, no caso da pesquisa sobre uso do preservativo, o fato de conversar com a mãe sobre planejamento familiar aumenta a probabilidade de um primeiro intercurso com proteção. Os dados me possibilitaram lançar um novo olhar sobre as questões que anteriormente havia problematizado e, para além das indagações, pude adicionar à lista de respostas dadas pela literatura, outra perspectiva: a do diálogo, da comunicação, do afeto, da verbalização e explicitação de discursos sobre o sexual que, no lugar do caráter punitivo, coercitivo, moralista e conservador, pudesse assumir os atributos de “abertos”, “informativos” e “democráticos”.

Foi nesse cenário que meu olhar sociológico misturou-se aos conceitos da educação e da saúde na busca de questões, respostas e hipóteses para analisar as peculiaridades desse fenômeno. Ao ingressar no doutorado, trazia comigo a vontade e o desejo de lançar um olhar investigativo sobre as questões da saúde sexual e reprodutiva na adolescência - gravidez na adolescência, paternidade, materiais educativos, políticas públicas, dentre outros – na busca de compreender o fenômeno em sua dimensão sócio-cultural. São questões que não pretendo discutir exaustivamente neste estudo, mas que me levam a acreditar e a apostar na necessidade de tornar mais abertos os discursos sobre sexo e sexualidade seja no âmbito da família, da escola ou da saúde.

Além do exposto, os dados do aumento da participação do grupo de adolescentes na composição da taxa de fecundidade total nos últimos anos e o quadro alarmante da epidemia da AIDS que apontava para a feminilização, pauperização e juvenilização da mesma, ajudaram-me a consolidar a minha escolha. As estatísticas demonstravam um crescente aumento de casos entre as mulheres jovens, em muitos casos em relações estáveis, rompendo com o conceito de “grupo de risco” e dando ênfase no quadro da vulnerabilidade.

Várias pesquisas apontam que os jovens e adolescentes estão informados quanto à utilização de métodos contraceptivos ou prevenção. Porém, a realidade traduzida nas altas taxas de gravidez na adolescência, bem como da AIDS e outras DST, nos faz pensar em uma lacuna entre o conhecimento e a adoção de medidas preventivas. Voltei-me para a seguinte indagação: Quais fatores e variáveis poderiam explicar a lacuna entre informação e adoção efetiva? O desejo de ser mãe, ou seja, a

maternidade social; a falta de oportunidades educacionais e trabalhistas; as relações assimétricas de gênero, em sua transversalidade com outras variáveis, tais como classe social, nível educacional, o uso incorreto de métodos preventivos; a qualidade das informações, seja no que diz respeito ao conteúdo ou à forma, são algumas hipóteses apontadas e sugeridas em estudos e pesquisas no sentido de explicar tal lacuna.

Desse modo, sem desconsiderar a importância das informações referentes a sexo e sexualidade, tais como uso do preservativo, métodos contraceptivos, prevenção às DST, dentre outros. E já com uma inclinação tanto teórica quanto intuitiva para perceber que a informação, apesar de útil, não é suficiente para modificar comportamentos, avantei a possibilidade de trabalhar no sentido de agregar às informações o espaço da afetividade, do vínculo e do diálogo. Desse modo, optei por investir na necessidade de criar ou reforçar os vínculos dos adolescentes nas várias esferas, família e ambientes da saúde e da educação. Criar espaços, momentos de reflexão e discussão que pudessem contribuir de forma efetiva para o início de uma vida sexual mais orientada, no qual o exercício da sexualidade possa ser feito de forma prazerosa e responsável por meninos e meninas.

Entre os debates travados pelas abordagens quantitativas e qualitativas, para alguns, traduzido em termos de **Soft Sciences** em contraponto às **Hard Sciences** ou “objetividade x subjetividade”, “ficção x ciência”, escolha ou dúvida não foram tão angustiantes. Sem desconsiderar a utilidade das expressões numéricas dos fenômenos, estava mais inclinada para o desejo de entender o mundo da experiência vivida, em que mergulhados em uma cultura e imbuídos de valores os indivíduos agem.

A tentativa de associar teoria e prática, buscar uma maior interação entre os universos do conhecimento (universidade e sociedade), buscar uma ciência social comprometida com a realidade e a crença na ciência como fator de mudança social me fez optar por um trabalho de pesquisa-ação. Se meu objetivo estava delimitado por uma construção compartilhada de conhecimento, encontrei nos pressupostos teórico-metodológicos de Vygotsky, Pichon-Riviére e Paulo Freire, a perspectiva que iria abraçar. As aproximações dessas perspectivas me fizeram dialogar (para ser bem Freiriana) com essas vertentes para ancorar a realização do trabalho de campo. Em Pichon-Riviére, encontrei os ecos dos pressupostos construtivistas, na idealização e condução dos grupos operativos, bem como as influências da idéia de grupo de Lewin. Em Freire, busquei uma aplicação criativa dos pressupostos construtivistas de Vygotsky: as palavras geradoras, a importância do contexto de aprendizagem dos pesquisados, a relação dialógica. Revisitei as teorias de gênero, no acirrado debate entre o essencialismo e construtivismo, sem desconsiderar a necessidade de refletir sobre a capacidade das oposições em nos oferecer um terreno fértil para a compreensão da sociedade na modernidade tardia. O conceito de gênero revela-se como categoria analítica relevante, sobretudo na década de 80, para o entendimento da realidade social, sem desconsiderar que a mesma é atravessada por outras variáveis,

como raça/etnia, idade, classe social, dentre outros. Nascemos “machos” e “fêmeas” e tornamos “homens” e “mulheres. Assim, enquanto categoria social, o gênero ocupa lugar central para o entendimento das questões referentes à sexualidade .

Traduzir uma vontade, uma paixão em um objeto de estudo, em uma pesquisa científica, foi um rico percurso, um processo de aprendizagem que será descrito nas páginas que se seguem. Na primeira parte do trabalho, apresento as questões introdutórias, traço um quadro da saúde e risco na adolescência, dando ênfase às temáticas da saúde sexual e reprodutiva. A seguir apresento os objetivos do estudo. No capítulo descrevo as linhas teóricas que balizaram a pesquisa. A seguir apresento o quadro metodológico: conceitos, métodos de investigação, técnicas de coleta e análise dos dados. No capítulo cinco os resultados estão apresentados em forma de artigos científicos, divididos em três eixos. No Primeiro eixo apresento os resultados da fase de diagnóstico que inclui três artigos:

1) Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no Município de Belo Horizonte – Minas Gerais.

2) Políticas Públicas voltadas para adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Belo Horizonte/MG: uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde.

3) Análise de Materiais Educativos impressos utilizados na atenção Básica voltados para o âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

O segundo eixo traz os resultados da fase de construção da intervenção descritos nos artigos:

1. Uma análise das representações sociais de pais e mães adolescentes em relação à gravidez e adoção de medidas contraceptivas na Vila Cafezal, Belo Horizonte/MG.

2. Interface entre Educação e Saúde: Descrevendo uma estratégia educativa propícia ao diálogo, reflexão e troca de experiência sobre sexualidade com adolescentes.

Finalmente, no último eixo apresento dois artigos referentes aos materiais educativos e seus respectivos processos de elaboração bem como, a proposta de um ensaio fotográfico.

1. Criação compartilhada de um jogo: um instrumento para o diálogo sobre sexualidade desenvolvido com adolescentes da Vila Cafezal – Belo Horizonte – Minas Gerais/Brasil

2. “Dó, Ré, Mi, Fá... zendo arte com massinhas: Oficinas educativas com adolescentes da Vila Cafezal

Após a apresentação dos resultados seguem-se os pontos para discussão e algumas considerações finais. O trabalho assim delineado se fez de incursões na literatura, mas também se valeu do lado intuitivo. Com todas as suas limitações e imperfeições, acredito que esse estudo possa ser descrito não em uma realidade pronta e acabada, mas antes, um “vir a ser”.

“Eu gostei do projeto desde que eu cheguei. Quando eu bati o olho em vocês eu já sabia que o projeto era muito legal. Eu gostei das conversas que nós estávamos conversando. Eu adorei o vídeo que vocês fizeram com a gente. Eu continuei adorando o projeto, que pena que vai acabar. Eu esperava ver vocês de novo em breve, logo, logo. Mande um beijo pra namorada do Héilton, eu não conversei muito com ela, mas eu gostei muito dela. Eu não queria que o projeto acabasse cedo. Eu gostei do conhecer vocês e nunca vou esquecer. Eu gostei de passar todas as horas que mais curti muito. Foi muito legal conhecer todos. Espero um dia, ver vocês aqui no Aglomerado da Serra. Um beijo para vocês. Eu não posso ir hoje, mas com certeza eu estou lá com vocês na última despedida do projeto. Beijo para vocês. Um abraço, muito obrigado por ter ensinado para nós isso”. (feminino 13 anos)

1 Introdução

1.1 Saúde e Risco na Adolescência

No Brasil, segundo dados do IBGE (2001), 21% da população brasileira encontra-se na faixa dos 10 aos 19 anos, sendo 50,4% do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino. Em termos mundiais, detêm a quinta maior população jovem (10 a 24 anos): são aproximadamente 52 milhões de pessoas, 30% de toda a população brasileira. Apresenta uma proporção significativa de adolescentes negros sendo que apenas 18% destes vivem em lares com renda mensal superior a cinco salários mínimos. Esta proporção é de 40% no caso dos adolescentes brancos. Tal fato repercutirá na vulnerabilidade social e na situação de saúde dos jovens e adolescentes negros. Segundo dados do XIII Boletim Epidemiológico (2006), percebe-se um crescimento da proporção de óbitos por AIDS nas categorias de raça/cor “preta” e “parda”, em ambos os sexos, o que pode ser reflexo da iniquidade no acesso aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento precoces das populações menos favorecidas socioeconomicamente.

Quanto à fecundidade deste grupo específico, dados do DATASUS (Brasil, 2008) apontam que 13% das brasileiras de 15 a 19 anos têm pelo menos um filho, o que representa um total de 1,1 milhão de mulheres/mães. Ao lado da mortalidade e da migração, a fecundidade é um importante componente da dinâmica demográfica, sendo esta última a grande definidora da estrutura etária de uma população. No caso brasileiro, alguns autores (Rios Neto, 2000; Frias e Oliveira, 1991) apontam claramente a forte correlação entre a taxa de fecundidade e a dinâmica demográfica. Apesar da divergência em torno do padrão da fecundidade vigente no país, no período anterior a 1960, é consensual entre os autores uma queda pronunciada da mesma em todas as regiões do Brasil a partir da década de 1970. Segundo Frias e Oliveira (1991, p.93):

(...) contrariamente à idéia de constância do nível da fecundidade no Brasil em períodos anteriores a 1960 (...) Em termos regionais, de forma flagrante, os níveis da fecundidade não teriam permanecido constantes (...). Notadamente, as regiões menos desenvolvidas experimentaram elevações pronunciadas, enquanto que o Sudeste e o Sul do país mostraram tendências efetivas de queda. O ponto comum entre todas as regiões concentra-se no acentuado declínio dos níveis da fecundidade a partir de meados da década de 60.

As PNAD da década de 1970 evidenciam tal fato mostrando que o declínio da fecundidade no país iniciou-se pelas regiões mais desenvolvidas e grupos sociais de nível mais alto, estendendo-se às demais regiões e camadas sociais. Pode-se considerar que se assistiu não só ao declínio da

fecundidade como também a um rejuvenescimento da maternidade, com um importante aumento da fecundidade na adolescência. Ao considerar as taxas específicas de fecundidade por idade, os estudos apontam para um maior aumento da participação da fecundidade jovem para a composição da Taxa de Fecundidade Total, demonstrando que uma proporção importante da fecundidade brasileira está situada, cada vez mais, na população jovem (15 a 24 anos). Em 1970, a participação da fecundidade jovem era de 30% da fecundidade total, chegando, em 1998, a 45% (Rios Neto, 2000). Camarano (1998) aponta como tendência geral, o aumento da fecundidade entre as adolescentes de 15 a 19 anos no período compreendido entre 1965 e 1995. Este fenômeno, no Brasil, não ocorre somente porque as mulheres mais jovens (de 15 a 24 anos) estão tendo mais filhos, mas também porque as mais velhas apresentam uma parturição menor, se comparadas às mulheres da mesma idade ou grupo etário, em décadas passadas.

A autora destaca que tal fenômeno não acontece de forma homogênea, mas difere por regiões e grupos sociais. As maiores taxas de fecundidade adolescente aparecem nas regiões mais pobres, nas áreas rurais e em mulheres menos escolarizadas. No Brasil, no estrato de renda familiar menor do que um salário mínimo, 26% das adolescentes entre 15 e 19 anos tiveram filhos, e no estrato de renda mais elevado, somente 2,3% eram mães (IBGE, 1988).

Outra ameaça para a saúde das mulheres, que contribui para as elevadas taxas de mortalidade materna na adolescência, é a prática do aborto. Quando o mesmo é a única solução para pôr fim a uma gravidez não planejada/desejada, as mulheres se expõem a riscos médicos. Em países onde o aborto é proibido, ou o acesso ao mesmo é difícil, a saída encontrada é o aborto clandestino, realizado, na maioria dos casos, em situações precárias de higiene e por profissionais pouco qualificados, o que resulta em agravos à saúde da mulher. Devido à ilegalidade do aborto no Brasil, a adolescente em muitos casos recorre a meios clandestinos para a sua realização, o que implica sérios riscos de complicações associadas.

O número de meninas que engravidam em idade cada vez mais precoce denuncia, em última instância, a prática de relações sexuais desprotegidas que expõe as adolescentes a outro problema não menos grave e não menos comum: a contaminação pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Pesquisas mostram que a epidemia da AIDS tem sido disseminada, principalmente entre as mulheres. Nos Estados Unidos e na América Latina, a taxa de contaminação pelo HIV tem crescido rapidamente na população feminina. Nos países da África Subsaariana, a taxa de contaminação entre as mulheres é superior à registrada entre os homens.

No caso do Brasil, observa-se que o maior registro é ainda entre a população feminina. Segundo o XIII Boletim Epidemiológico (2006), no Brasil. Desde 1996, a AIDS cresceu entre mulheres e ficou estável entre homens. Em 1985, havia 15 casos em homens para um em mulher; em 2006,

essa razão passou a 1,5. Entre adolescentes de 13 a 19 anos, a razão se inverteu, desde 1998 há 1,6 casos entre as mulheres para cada um entre os homens. A taxa de incidência na população masculina nessa faixa etária manteve-se em torno de 2,0 no período de 1996 até 2006. Entre as mulheres, no mesmo período, a taxa passou de 1,6 em 1996 para 2,7 em 2006, alcançando valores de 3,3 entre os anos de 2000 e 2003.

Segundo o UNAIDS¹ (2001), 40% das novas infecções ocorridas diariamente no mundo acontecem entre mulheres na faixa de 15 a 25 anos. Dados de 1998 revelam que, na faixa etária de 15 a 24 anos, a proporção entre homens e mulheres infectados era de um por um, sendo que a média nas outras faixas etárias era de dois homens infectados para cada mulher. Percebe-se um aumento significativo, uma vez que, em 1986, a razão entre homens e mulheres era de 16 para um, ou seja, para cada caso na população feminina tínhamos 16 casos entre os homens. A prevalência de AIDS em mulheres na faixa etária de 15 a 19 anos era de 0,6% até 1990 chegando a 2,0% no ano de 2000. Na faixa de 10 a 24 anos a prevalência passou de 2,4% para 10,5%. Após vinte anos com a doença no mundo, o relatório aponta que milhões de jovens ainda sabem pouco ou nada sobre a epidemia. Em alguns países, muitos nunca ouviram falar da AIDS e sobre como o HIV é transmitido (UNAIDS 2001).

As questões de gênero devem ser consideradas ao avaliar tal quadro. A assimetria de poder nas relações entre homens e mulheres coloca as mesmas em situação de maior vulnerabilidade para gravidezes não planejadas bem como a exposição às DST/AIDS. Segundo Mariângela Simões, coordenadora do programa de DST/AIDS do Ministério da Saúde, "As meninas usam menos e exigem menos de seu parceiro o uso de preservativo".

Na mesma perspectiva Carvalho (2003, pág. 21) pontua que "a crescente presença feminina nas estatísticas da AIDS pode ser relacionada, em parte, com o modo com que, a partir da função imaginária dos ideais do Eu, os modelos sociais de gênero e os ideais românticos de amor colocam a mulher em lugar de vulnerabilidade para a exposição ao vírus". Na análise do discurso de suas informantes, Carvalho identifica a prevalência do relacionamento amoroso como ordenador do funcionamento da vida e dos projetos sociais, como um dos principais pilares de sustentação da identidade feminina e como um dos principais fatores contribuindo para a exposição à infecção pelo vírus HIV.

Os dados de 2002 (IBGE, 2003) mostram um aumento do número de internações para atendimento obstétrico nas faixas de 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos. As internações por gravidez, parto e puerpério representaram 37% das internações entre as mulheres de 10 a 19 anos no SUS em 2003. De acordo com os dados do DATASUS (2004), em média, 700 mil meninas de 10 a 19 anos são atendidas para procedimentos de parto na rede pública de saúde.

¹ UNAIDS, órgão da Organização Mundial de Saúde que se dedica ao estudo e combate à epidemia do HIV.

No ano de 2002, foram registrados 1.650 óbitos de mulheres por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, sendo que deste total 16% encontravam-se na faixa de 10 a 19 anos. Na faixa de 10 a 14 anos, a primeira causa de internações no SUS refere-se ao parto (PNAD, 1996). No período de 1993 a 1998, os dados revelam aumento de 31% dos casos de meninas grávidas entre 10 e 14 anos. Conforme dados do Ministério da Saúde, 0,6% dos bebês nascidos vivos em Minas Gerais no ano de 2004 são filhos de mães entre 10 e 14 anos, o que corresponde a 1.631 crianças e 12,7% são filhos de mães entre 15 e 18 anos. Conforme estudo de Cavasin (2004), o índice de gravidez na adolescência na faixa de 10 a 14 anos está relacionado à exploração sexual de adolescentes e jovens, prática disseminada no Brasil, atingindo cidades grandes, médias e pequenas conforme relatório do grupo e pesquisa sobre violência e exploração sexual (2005). Conforme dados do DATASUS, a concentração (85,3%) das vítimas de exploração sexual comercial está na faixa etária de 12 a 17 anos.

A violência pode ser apresentada como outro aspecto da vulnerabilidade dos jovens. Segundo dados do DATASUS (2005), dos óbitos ocorridos entre jovens de 15 a 19 anos, 72% são por causas externas (homicídios, suicídios e mortes por acidentes de trânsito), o que reduz em pelo menos três anos a expectativa média de vida dos homens brasileiros. O uso abusivo de álcool e outras drogas, o envolvimento com o tráfico de drogas e falta de oportunidades no mercado de trabalho, também são causas desencadeadoras de vulnerabilidades. Dados de 2005 apontam que cerca de 40% das pessoas desempregadas no Brasil têm entre 18 e 24 anos de idade.

Somados ao quadro descrito acima, estudos apontam (Claro et al., 2006; Horta 2006) que muitos desses jovens ainda não têm acesso a informações e serviços adequados no âmbito da saúde sexual e reprodutiva que garanta aos mesmos o exercício da sexualidade de maneira segura e responsável. Pelo menos duas questões ainda são tratadas de forma incipiente na literatura da área. Primeira, a relação dos adolescentes com os serviços de saúde, que é uma temática pouca investigada no Brasil (Palazzo et al., 2003; Claro et al., 2006). Segunda, a maioria dos estudos e pesquisas escolhe como objeto de instigação o público feminino, sendo os adolescentes do sexo masculino negligenciados tanto no âmbito das políticas públicas como nos estudos acadêmicos (Dias e Aquino, 2006; Suarez et al., 2002). Desse modo, reconhece-se como grande desafio a elaboração de programas que sejam capazes de atender às necessidades e especificidades desse público (Claro et al., 2005; Ayres, 2002; Horta, 2006). No próximo tópico, serão traçadas algumas considerações acerca da saúde da mulher e do adolescente no contexto do SUS.

1.2 Princípios do SUS e o direito à saúde na adolescência

Em um contexto de mudanças sócio-econômicas, tecnológicas e culturais que se difundiram e se aprofundaram no Brasil, a partir da década de 1970, a identidade de homens e mulheres foi bastante atingida. Segundo Afonso (2001, p.221), "(...) a partir dos anos sessenta, o questionamento dos valores tradicionais e hierárquicos sobre as relações de gênero e a vida reprodutiva provocou um desmapeamento das regras e expectativas e instigou o aparecimento de novas representações". A flexibilidade na dicotomia funções públicas/masculinas x privadas/femininas ganha destaque em contraste à rigidez anterior. Uma vez alçadas ao mundo público, as aspirações das mulheres não se restringiam mais ao casamento e aos filhos, abalando assim, o individualismo patriarcal e colocando como possibilidade social a igualdade entre homens e mulheres (Vaitsman, 2001).

Assim, as questões referentes ao âmbito da sexualidade ganham a esfera pública e o Estado passa a interferir, cada vez mais, nas questões ligadas à reprodução. Do mesmo modo, a mídia exerce forte influência na publicização do sexo. Neste cenário, as representações e identidades de gênero oscilam entre o tradicional e o moderno. Este último pauta-se em representações modernizantes do masculino e do feminino à medida que questiona a divisão de papéis, a dupla moral sexual, a proibição da contracepção e a hierarquia presentes na representação tradicional. Coloca-se em evidência a igualdade de direitos entre os sexos, o reconhecimento da sexualidade de crianças e jovens, a queda do tabu da virgindade, bem como o direito à informação (Afonso, 2001). A Igreja reafirma o discurso tradicional, a mídia enuncia um discurso modernizante e igualitário. A masculinidade hegemônica (branca, heterossexual) e dominante é questionada por mulheres e homossexuais. O movimento feminista denuncia a discriminação e empreende uma luta por igualdade de direito entre os sexos, tanto na esfera pública (no âmbito das relações de trabalho, saúde e educação) quanto na privada (planejamento familiar, relações parentais etc.). O movimento gay exige novas reflexões sobre as identidades sexuais.

Na prática, o movimento feminista passa a trabalhar de maneira planejada e organizada as questões relativas à saúde da mulher, contribuindo para a elaboração, em 1983, do PAISM². Na

² "Programa de Assistência Integral à Saúde Mulher (PAISM) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, sendo anunciado como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher. Paradoxalmente, o PAISM constitui-se também na primeira vez em que o Estado brasileiro propôs explicitamente, e implantou, embora de modo parcial, um programa que contemplava a regulação da fecundidade. Isso suscitou suspeitas acerca de possíveis intenções ocultas de controle da natalidade. Porém, analisando brevemente a história desse Programa e seu significado social, conclui-se que o PAISM foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres, no âmbito da atenção integral à saúde, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar. Por isso mesmo, os movimentos de mulheres, de imediato, passaram a lutar por sua implementação. Seu conteúdo inclui plenamente a definição de saúde reprodutiva adotada pela Organização Mundial da Saúde em 1988, ampliada e consolidada no Cairo em 1994 e em Beijing em 1995. Conseqüentemente, a adoção do PAISM representou, sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta". Duarte Osis 1998, pg 25.

perspectiva das feministas, a assistência integral à saúde pode e deve apoiar as pessoas no sentido de ampliar suas prerrogativas sexuais e reprodutivas (Corrêa e Ávila, 2003).

O PAISM rompe com a visão tradicionalista que considerava as mulheres apenas em função da maternidade (Castilhos 2003) e, no atendimento à saúde integral da mulher, são inseridas ações de acompanhamento do pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DST) e planejamento familiar. Nota-se que o mesmo passa a ser não mais o único, mas um dos aspectos a serem considerados no atendimento à saúde da mulher. Um novo padrão de assistência social, no qual a proteção à família à maternidade e à adolescência aparece como áreas substanciais de intervenção da política assistencial.

O PAISM preconiza que os indivíduos sejam atendidos nas suas demandas específicas de saúde reprodutiva, de forma a minimizar riscos para a saúde decorrentes da procriação. Prevê, ainda, além da abordagem para a anticoncepção, tratamento para os casos de infertilidade, sempre contextualizados no conceito da integralidade assistencial. No entanto, apesar do consenso e dos avanços conquistados em torno desta questão, a situação da saúde reprodutiva das mulheres brasileiras ainda está longe de um quadro considerado como aceitável (Duarte Osis, 1998, p.28)

A partir daí, amplia-se o debate e a integralidade surge ao lado da equidade e da universalidade como um princípio constitucional (SUS, 1988). Os princípios organizacionais do SUS apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde, que deixam de ser restritos (antes, apenas os trabalhadores com carteira registrada tinham direito a esses serviços) e passam a ser universais (toda a população brasileira passa a ter esse direito). Da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a ser norteados pela descentralização da prestação de serviços na vertente municipalista. Essa tem por objetivo capacitar os estados e municípios a assumirem suas responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, bem como desenvolver ações que dêem prioridade à prevenção e à promoção da saúde, baseando-se nos princípios da integralidade (de sistema e serviços), universalidade e equidade.

No quadro das políticas setoriais na área da saúde, o Ministério da Saúde elaborou e implementou, em 1989, o PROSAD³, com o objetivo de garantir a promoção da saúde integral do jovem para favorecer o processo geral de seu crescimento e desenvolvimento, buscando reduzir, assim, os índices de mortalidade. A preocupação com o controle da fecundidade, exposição às DST/AIDS, violência e maus tratos ao grupo, dão a tônica das medidas propostas. As tecnologias desenhadas circunscrevem-se às medidas de aconselhamento sexual, incluindo informações e oferta de meios de controle da contracepção e prevenção das DST/AIDS, ações de detecção e tratamento de infecções genitais e controle de agravos no ciclo grávido-puerperal. Com base no princípio da integralidade das

³ O Programa Saúde do Adolescente - PROSAD é dirigido a todos os jovens entre 10 a 19 anos e é caracterizado pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo e educativo. O PROSAD visa garantir aos adolescentes o acesso à saúde, com ações de caráter: multiprofissional; intersetorial e interinstitucional.

ações de saúde, formalmente, são priorizadas ações básicas dirigidas aos adolescentes de ambos os sexos, indicando-se a sua vinculação às ações direcionadas à saúde feminina e saúde familiar.

No Brasil, os preceitos constitucionais da assistência à criança e ao adolescente foram regulamentados no plano federal, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e posteriormente pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). O ECA redefine o conteúdo, o método e a gestão das políticas de atendimento à criança e ao adolescente, definidos agora como sujeitos de direito⁴, rompendo com o modelo anterior assistencialista e repressor. Como sujeitos de direitos, os adolescentes não devem mais ser tratados como seres passivos de controle da família, do Estado e da sociedade. O município passa a ser o responsável pela execução das políticas referentes à criança e ao adolescente, sendo preconizada a participação da sociedade civil na formulação, execução e fiscalização das políticas voltadas para o público infantil e adolescente, por meio dos conselhos nacionais, estaduais e municipais.

Apesar dos avanços na área da saúde de jovens e adolescentes o cenário brasileiro, no que diz respeito aos serviços de saúde para este público, ainda é marcado pela diversidade e desigualdade. O relatório do Ministério da Saúde (Brasil, 2006) destaca que, além do contexto mais amplo que envolve as questões da situação sexual reprodutiva de jovens e adolescentes – questões de gênero, as desigualdades de raça/etnia etc. – faz-se necessário incorporar o contexto específico de adolescente em situação de privação de liberdade, os portadores de deficiência física e mental, bem como levantar informações e investigar a vida sexual dos jovens gays, bissexuais, lésbicas, transgêneros e travestis, no sentido de incorporar suas necessidades específicas na área de saúde.

Outra característica importante refere-se à frequência dos adolescentes aos centros de saúde que ainda é pequena e fortemente marcada pela perspectiva de gênero. Sendo mais recorrente nas situações de agravos, lesões ou acidentes no caso do sexo masculino e os eventos relacionados à gravidez, ao parto e ao puerpério, para as mulheres. Pesquisa da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura – UNESCO aponta que os adolescentes brasileiros não reconhecem o espaço dos serviços de saúde como lugar privilegiado para obtenção de informações acerca de sexualidade (Castro et al., 2004). Alguns fatores podem ser tomados como explicativos de tal realidade, dentre eles as relações desiguais de poder que marcam a relação dos adolescentes com os profissionais de saúde. Tal fato terá eco nas práticas prescritivas sobre o comportamento e atitudes destes. Outro fator que pode explicar este divórcio entre serviços de saúde e juventude refere-se à

⁴ Esta foi a grande mudança de paradigma que estabeleceu obrigações diferenciadas para o Estado, para as famílias e para a sociedade em geral, configurando a denominada Doutrina da Proteção Integral. Fruto de uma construção coletiva, que incluiu adolescentes e jovens no processo, as ações de saúde voltadas para os adolescentes e jovens são desenvolvidas de forma integrada a política de interface do Ministério da Saúde e amplia o seu foco de integração para outros setores governamentais e não governamentais, fundamentais para a atenção integral à saúde deste grupo populacional. Traz um novo olhar sobre o este segmento etário e apresenta, também, uma concepção mais abrangente de saúde. Esta inclui uma combinação de intervenções práticas, capazes de promover o desenvolvimento saudável desta população e um arcabouço teórico que estimula a reflexão e o desenvolvimento de novos conhecimentos sobre a sua saúde.

própria nomenclatura dos serviços. Algumas críticas são feitas ao uso da expressão “planejamento familiar”, uma vez que a mesma remete-se diretamente à idéia de “ter” ou “não ter” filhos, constituir ou planejar a família. (Brasil, 2006). O simbolismo associado à mesma não faz parte do repertório adolescente, uma vez que nessa etapa da vida, o imediatismo do fazer, sentir, experimentar não incorpora a idéia de planejar. Por outro lado, a expressão está fortemente associada ao universo feminino, dificultando assim que os homens se apropriem desse espaço e possam efetivamente participar das ações relacionadas ao campo da saúde sexual e reprodutiva.

Destaca-se um quadro brasileiro de grande investimento na área científica no que se refere à saúde do adolescente, principalmente com o enfoque de gênero, vertente cada vez mais presente na literatura. Apesar deste aumento na perspectiva acadêmica, no âmbito das políticas públicas, ainda são tímidas as iniciativas que incorporam a perspectiva de gênero. Ao avaliarem experiências de gestão local inovadoras, Suárez et al., (2002) mostram que apenas 37% consideram a simples diferença entre mulheres e homens e que apenas 25% contribuem para promover a igualdade entre os gêneros. Suárez et al. (2002, p. 71) destacam ainda que “(...) as iniciativas públicas que podem dispensar a consideração de sexo/gênero entre homens e mulheres e ainda serem bem sucedidas existem, porém são raras”.

Machado e Knauth (2005) destacam que, antes de excluir os homens das categorias de cuidado e saúde, faz-se necessário pensar nas significações que essas categorias adquirem no universo masculino. Para as autoras, “incluir os homens nos estudos deve propiciar uma mudança de perspectiva e não apenas de universo de investigação”. Schraiber (2005) salienta que essa inclusão deve ser pautada na noção de direito dos indivíduos do sexo masculino.

Nascimento (2001) destaca que, ao se falar sobre “participação masculina” ou “envolvimento masculino”, deve-se considerar que os serviços de saúde, de uma forma geral, e o campo da saúde sexual e reprodutiva, em particular, estão estruturados refletindo a organização com base no gênero. O enfoque, marcadamente materno-infantil da atenção básica em saúde, faz com que serviços, muitas vezes deficitários para identificar as especificidades das mulheres, sequer reconheçam os homens como sujeitos de sua atenção. Essa perspectiva contribui para reforçar o discurso naturalista que desestimula os homens a procurarem os serviços de saúde, uma vez que reconhecem as mulheres como essencialmente cuidadoras e as únicas responsáveis pela esfera da saúde.

Apesar da crescente inserção do enfoque da paternidade (Levandowski e Piccini 2002; Toneli, 2006; Orlandi, 2004), em revisão bibliográfica sobre o tema Levandowski (2001) destaca a escassez de estudos, tanto no Brasil como internacionalmente, que tenham a temática paternidade como objeto de estudo. Tal fato já havia sido relatado por Lyra (1997), que destaca a recusa social em reconhecer a paternidade adolescente. Meandro e Trindade (2002) destacam que esse ocultamento não é apenas

em relação aos adolescentes, mas alarga para a paternidade adulta. A forte identificação entre gravidez adolescente e mães adolescentes, pobres e solteiras, reforça o ocultamento da figura masculina, bem como os diferenciais de classe que caracterizam o fenômeno (Heilborn, 2006).

A partir dessas considerações pautadas elaborou-sei um projeto de intervenção e pesquisa para o aprofundamento das questões referentes à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes no Município de Belo Horizonte. Acredita-se ser um desafio a elaboração e implementação nos espaços da atenção primária, principalmente nos centros de saúde, de ações e estratégias educativas mais adequadas e atrativas para o público adolescente. São de suma importância a presença e a participação dos mesmos nestes espaços no sentido da prevenção e promoção à saúde.

2 Objetivos

2.1 Objetivos Gerais

Desenvolver de forma participativa uma estratégia e materiais educativos que potencializem a criação de um espaço para a construção do conhecimento acerca de sexo e sexualidade e contribua para criar ou reforçar os laços entre os adolescentes, profissionais de saúde, pais e educadores.

2.2 Objetivos Específicos

- Mapear a ocorrência da gravidez na adolescência no município de Belo Horizonte/MG, por meio da análise espacial do fenômeno.
- Mapear os programas realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Belo Horizonte/MG, voltados para o público adolescente, verificando sob a ótica dos profissionais de saúde, como os adolescentes têm sido inseridos nas políticas públicas municipais, principalmente no que se refere aos aspectos da saúde sexual e reprodutiva.
- Analisar os materiais impressos utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS–BH) para abordar questões sobre gravidez, sexualidade e DST'S na adolescência.
- Investigar as representações sociais de pais e mães adolescentes de uma área de abrangência do serviço de saúde local, no que se refere ao comportamento sexual, experiência da gravidez, papéis de gênero etc.
- Elaborar de forma compartilhada, estratégias e materiais educativos para trabalhar com os adolescentes, os temas ligados à saúde reprodutiva e sexualidade tais como: métodos contraceptivos, gravidez, co-responsabilidade paterna e materna, família, e outros.
- Realizar um ensaio fotográfico para dialogar com as questões da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes, principalmente, no que se refere à paternidade.

“O projeto foi e sempre será um meio de aprendizado para mim. Eu gostei do projeto porque as coisas que nesse momento não teria coragem de conversar com algum familiar eu conversei no projeto e de um jeito legal e bem compreensível. Além de tudo isso, o assunto sexo e sexualidade, têm o animassinha e o jogo. Os coordenadores, Maria, Samuel e Ziza, são atenciosos e alegres e o projeto teve seus momentos bons e ruins. As coisas boas passam, as ruins ficam, mas a Amizade é imortal. Aprendemos também a importância do Posto de Saúde. Que no posto há todas as informações e prevenções como camisinhas femininas e masculinas, o DIU, pílula. Obrigado por tudo. (A. feminino)

3 Referencial Teórico

A opção teórico-metodológica foi escolhida a partir de algumas premissas básicas:

- As dificuldades de atendimento ao público adolescente, além daquelas inerentes ao próprio sistema de saúde (recursos econômicos escassos, infra-estrutura deficiente, escassez de programas de capacitação profissional etc.), perpassam outras esferas da sociedade como, por exemplo, o âmbito da educação e pela dimensão cultural. Desse modo, as políticas de intervenção que tenham por objetivo alterar o comportamento individual devem incorporar aspectos da dimensão social e cultural das práticas cotidianas.
- Na elaboração de estratégias educativas deve-se considerar que, ao tomarem suas decisões, os indivíduos não se baseiam somente no cálculo racional, mas antes são influenciados pelas condições materiais e simbólicas do contexto no qual estão inseridos. Desse modo, o conhecimento deve ser produzido na interação dos sujeitos comunicantes; os símbolos (palavras, gestos, objetos) utilizados nos materiais educativos bem como as ações e estratégias no âmbito da educação e saúde devem ser contextualizadas no sentido de refletir os anseios, preocupações e dúvidas do público alvo.
- As questões referentes ao sexo e sexualidade (gravidez, contracepção, parto etc.) devem ser vistas como um processo relacional e não como um evento isolado na vida de homens e mulheres. A maternidade não deve ser focalizada como marca exclusiva do gênero feminino, excluindo a cumplicidade e a participação dos homens no processo reprodutivo. Embora sejam escassas as informações referentes à paternidade adolescente, acredita-se que a inclusão dos homens no âmbito das políticas públicas voltadas para a saúde sexual e reprodutiva pode trazer ganhos significativos para homens e mulheres;
- O comportamento preventivo, por meio da educação sexual, deve estar mais presente no início da vida sexual. As políticas públicas, na perspectiva da gravidez precoce e não planejada, precisam ter como alvo o período anterior às primeiras relações sexuais;
- A participação de integrantes da ESF (médico, enfermeiro e ACS) poderá contribuir no sentido de estreitar os laços entre os adolescentes e o Centro de Saúde, atribuindo, ao mesmo, um novo valor simbólico: o espaço da saúde, não da doença; da prevenção e promoção, não apenas das práticas curativas; o lugar do diálogo e não do discurso normativo.
- A intervenção foi ancorada em alguns pressupostos teóricos que podem ser sintetizados no tripé: abordagem sócio-histórica, perspectiva de gênero e paradigma das interações comunicacionais.

3.1 Abordagem Sócio-Histórica: A construção social do conhecimento

A abordagem sócio-histórica será utilizada como pano de fundo para ancorar a pesquisa qualitativa. Trabalhando na busca por uma interpretação Marxista do processo educativo, o psicólogo e filósofo russo Lev Vygotsky (1896-1934) enfatizou o papel da comunidade na construção do conhecimento, por meio de um processo chamado sócio-histórico. O aspecto social do trabalho de Vygotsky afirma que, embora o ser humano tenha potenciais inatos de conhecimento e cognição, as funções psicológicas superiores tipicamente humanas, "que envolvem o controle consciente do comportamento; a ação intencional e a liberdade do indivíduo em relação às características do momento e espaço presentes" (Oliveira, 1997) decorrem, em sua maior parte, de um processo de aprendizagem e desenvolvimento social.

A argumentação vygotskiana baseia-se, fundamentalmente, no conceito de mediação simbólica: uma evidente aproximação com o Interacionismo Simbólico desenvolvido por Margaret Mead nos Estados Unidos. O Interacionismo Simbólico enfatiza os aspectos "encobertos" e subjetivos do comportamento humano, possibilitando a compreensão do significado que os seres humanos constroem a partir das interações estabelecidas no meio social.

Tal abordagem privilegia a interação como elemento constituinte dos comportamentos. A natureza dos objetos do mundo é social, uma vez que seus significados são formados a partir da interpretação de formas ditadas pela sociedade e da interpretação dos sujeitos, moldadas no cotidiano. Desse modo, a compreensão do outro passa pela consideração dos significados que esse outro atribui às suas ações e experiências. Blumer, (1980) desenvolvendo os pressupostos do Interacionismo Simbólico, elabora três premissas: a) O comportamento humano fundamenta-se nos significados dos elementos do mundo; b) A fonte dos significados é a interação social; c) A utilização dos significados ocorre através de um processo de interpretação.

Tal postura pressupõe um tipo de investigação que conduz à análise de casos concretos, uma aproximação das correntes interpretativas da fenomenologia e da etnometodologia que influenciaram a abordagem qualitativa de pesquisa. Os interpretativistas, ao contrário dos positivistas, destacam o componente da experiência dos indivíduos no meio social.

Tal premissa aparecerá no pensamento de Vygotsky (2003), em suas considerações a respeito da produção do conhecimento. Segundo o autor, por meio da linguagem e de suas diversas formas de comunicação verbais e extra-verbais os sujeitos interagem uns com os outros e com o mundo que os rodeia. Por intermédio desses diferentes momentos interativos, o conhecimento é produzido. Para o autor, a cognição superior do homem surge (ou é potencializada) apenas através da interposição de

instrumentos (jogos, brinquedos, família, cultura, símbolos e linguagem) ou signos (marcas, desenhos, gráficos, etc.). Posto que estes mediadores sejam construídos em sociedade, e que estes são fundamentais para o desenvolvimento dos processos cognitivos superiores, deduz-se que, na ausência destes instrumentos, não ocorrerá desenvolvimento de capacidades cognitivas tipicamente humanas.

Os elementos centrais da obra de Vygotsky (2003), do ponto de vista pedagógico, são:

- A comunidade onde o estudante está inserido tem papel central na construção do entendimento, e influencia fortemente a forma como este vê o mundo;
- A natureza das "ferramentas" cognitivas (jogos, brinquedos, família, cultura, símbolos e linguagem) com as quais o estudante interage determina o padrão e o ritmo de desenvolvimento do aprendizado;
- As habilidades necessárias à solução de problemas com os quais o estudante se depara situam-se em três categorias: (a) as que já são internalizadas pelo estudante; (b) as que ainda não são internalizadas pelo estudante, e que não podem ser empreendidas mesmo com o auxílio de adultos e; (c) as que são intermediárias entre estes dois extremos e podem ser empreendidas apenas com o auxílio ou acompanhamento de outras pessoas.

Nesta perspectiva, o aprendizado é uma atividade colaborativa e social, o próprio sujeito construirá o entendimento na situação de interação. Desse modo, é importante considerar que o aprendizado deve ocorrer dentro do contexto (social, econômico, etc.), já que as ferramentas cognitivas das quais o sujeito dispõe são originadas desse contexto. Supõe-se que a ação de aprender, ensinar ou construir conhecimento será calcada nos significados que as pessoas imprimem naquilo que estão fazendo. Não se pode desconsiderar as aproximações com o ponto de vista interpretativista, que diferencia a ação humana do movimento dos objetos pelo fato desta ser inerentemente significativa. O investigar deve buscar compreender o significado desta ação. Desse modo, o processo ensino-aprendizagem é concebido como um processo global de relação interpessoal que envolve ao mesmo tempo alguém que aprende, alguém que ensina e a relação ensino-aprendizagem. Numa abordagem vygotskiana, essa concepção inclui dois aspectos: a presença do outro social e a necessidade da linguagem como elemento fundamental nesse processo.

Pichon-Rivière e Paulo Freire podem ser citados com autores que praticam os postulados construtivistas na educação. Embora apresentem visões distintas Paulo Freire e Pichon-Rivière se aproximam à medida que compartilham de um modelo educativo e de um processo ensino-aprendizagem. Pichon-Rivière (2000) ao articular o materialismo dialético e a psicanálise, apresenta uma discussão importante sobre grupos operativos e educação. Postula uma didática que emerge do campo da psicologia social, destinada não só a comunicar conhecimentos, mas a desenvolver e modificar atitudes. Freire, na perspectiva pedagógica, traz os pressupostos de uma educação

conscientizadora e problematizadora, na qual palavras geradoras, círculo de cultura e diálogo são conceitos fundamentais.

Para ambos, a aprendizagem é vista como um caminho para a mútua transformação entre o homem e mundo, na qual os papéis de educando e educador não são estáticos, mas, antes, alternantes. Freire ressalta a necessidade de romper com idéia clássica da prática educacional como um ato de transferência de conhecimento. Na obra de Pichon-Rivière (2000), a noção de aprendizagem está relacionada à apropriação instrumental da realidade, por meio dos conceitos teóricos, para apreendê-la e modificá-la, uma relação dialética mutuamente modificante e enriquecedora entre o sujeito e o mundo.

A concepção da aprendizagem como práxis permite-nos a possibilidade de conceber tal processo como um aprender a aprender e um aprender a pensar – concepção de caráter instrumental que se apóia em uma teoria do pensamento e do conhecimento, que opera em um contexto social. (...) a aprendizagem estrutura-se como um processo contínuo, com oscilações articulando-se os momentos do ensinar e do aprender, que acontecem no aluno e no docente, como um todo estrutural e dinâmico: (Pichon-Rivière, 2000, p.158)

Como em Freire (1974), o ensinar e o aprender constituem uma unidade, na qual os papéis de aluno e professor são funcionais e complementares. Pichon-Rivière (2000, p.131) ressalta que:

Devemos identificar, basicamente, o ato de ensinar e aprender com o ato de inquirir, indagar ou investigar, e caracterizar a unidade ensinar e aprender como uma contínua e dialética experiência de aprendizagem em espiral, na qual, em um clima de plena interação, descobrem, ou redescobrem, aprendem e se ensinam.

Desse modo, os autores percebem os indivíduos como sujeitos de conhecimento, ou seja, possuidores de saberes valiosos e capazes de transmitir conhecimento. Como diria Freire (1974), compartilhar uma “leitura do mundo”, ou nas palavras de Pichon-Rivière (2000), realizar uma “leitura da realidade”. Rompe-se, assim, com a visão reducionista do ensinar como ato de comunicar saberes e alarga-se a significação do mesmo, sendo entendido como um processo que leva os indivíduos à reflexão, ao ato da pergunta e do questionamento.

Outro ponto de convergência entre os autores refere-se à importância do cotidiano, uma vez que o mesmo adquire um lugar central em termos de objeto de conhecimento. Na tarefa de alfabetização de adultos, Freire (1976) ressalta a importância de buscar no cotidiano dos “alfabetizandos” as palavras geradoras, por meio das quais iniciarão o processo de alfabetização. Segundo o autor,

(...) a primeira exigência prática que a concepção crítica da alfabetização se impõe é que as palavras geradoras, com as quais os alfabetizandos começam sua alfabetização como sujeitos do processo, sejam buscadas em seu universo vocabular mínimo, que envolve sua temática significativa (Freire, 1976, p.18).

Na prática defendida por Freire (1976), as palavras geradoras não devem ser escolhidas simplesmente por sua combinação fonética, nas quais cartilhas são produzidas sem levar em consideração as diferenças sócio-culturais, desconsiderado a capacidade dos indivíduos de significar e re-significar. O autor defende uma prática de alfabetização, na qual as palavras geradoras são as “palavras do povo” e, ao contrário da postura mecanicista – na qual tais palavras serviriam apenas para estabelecer uma conexão entre sílaba, palavra e frase – as palavras do povo “(...) são postas em situações problemas (codificações), como desafios que exigem resposta dos alfabetizandos” (Freire, 1976, p.19).

Articulando a psicanálise com a psicologia social, Pichon-Rivière (2000) aponta para uma psicologia social inscrita na crítica da vida cotidiana. O cotidiano é apresentado como um campo rico de conhecimento, que nada tem de óbvio, natural ou histórico. Desse modo, emerge uma concepção de sujeito descentrado, intersubjetivo, um sujeito configurado em um espaço e tempo, ou seja, um sujeito histórico e social. O sujeito pichoniano é entendido imerso em suas relações cotidianas estabelecendo com o mundo uma relação conflituosa e contraditória. A tarefa do psicólogo social “(...) pode ser definida como a tentativa de descobrir, entre outras coisas, certo tipo de interações que entorpecem o pleno desenvolvimento da existência humana” (Pichon-Rivière, 2000, p.119). O instrumento de trabalho seria o grupo operativo. Segundo Pichon-Rivière (2000, p.143):

(...) o grupo operativo é um grupo centrado na tarefa que tem por finalidade aprender a pensar em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal, e não no campo de cada um de seus integrantes (...). Também não está centrado exclusivamente no grupo (...), mas sim em cada aqui–agora–comigo na tarefa que se opera em suas dimensões, constituindo, de certa forma, uma síntese de todas as correntes.

Para o autor, para ser “operativo” é preciso que o grupo equilibre seus objetivos e suas relações internas, permitindo o fluir da interação e da comunicação para fomentar o pensamento e a criatividade, ou seja, precisa ser dinâmico e reflexivo. Segundo Pichon-Rivière (2000, p.159):

(...) todo conjunto de pessoas ligadas entre si por constantes de tempo-espaço, e articuladas por uma mútua representação interna (dimensão ecológica), configura uma configuração grupal (...). É nesse processo que deverá surgir o reconhecimento de si e do outro, no diálogo e no intercâmbio permanente.

Neste aspecto o papel do coordenador é criar um vínculo entre o grupo e o campo de sua tarefa. “(...) o coordenador, com sua técnica, favorece o vínculo entre o grupo e o campo de sua tarefa, em uma situação triangular. O vínculo transferencial deve ser sempre compreendido neste último contexto.” (Pichon-Rivière, 2000, p.132).

Esta noção de vínculo e comunicação permeia também toda a obra de Freire, aparecendo de maneira mais clara na obra "Pedagogia da Pergunta". Nessa obra o autor demonstra a importância de se trabalhar o vínculo no processo de aprendizagem, bem como ressalta a importância do diálogo e do protagonismo dos sujeitos, na busca de uma educação libertadora, em contraponto à educação domesticadora. Segundo o autor: "A educação para a domesticação é um ato de transferência de conhecimento, enquanto a educação para a libertação é um ato de conhecimento e um método de ação transformadora que os seres humanos devem exercer sobre a realidade" (Freire, 1976, p.90).

O autor reflete, ainda, a relação professor e aluno defendendo uma concepção libertadora da educação em detrimento de uma concepção domesticadora, na qual:

(...) o educador faz "depósitos" de conteúdos que devem ser arquivados pelos educandos. Desta maneira a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante. O educador será tanto melhor educador quanto mais conseguir "depositar" nos educandos. Os educandos, por sua vez, serão tanto melhores educados, quanto mais conseguirem arquivar os depósitos feitos". (Freire, 1985, p.66)

Defende, portanto, que pela problematização da realidade é possível uma concepção libertadora na relação professor e aluno.

Como situação gnosiológica, em que o objeto cognoscível, em lugar de ser o término do ato cognoscente de um sujeito, é mediatizador de sujeitos cognoscentes, educador, de um lado, educandos, de outro, a educação problematizadora coloca, desde logo, a exigência da superação da contradição educador x educando. Sem esta, não é possível a relação dialógica, indispensável à cognoscibilidade dos sujeitos cognoscentes, em torno do mesmo objeto cognoscível. (Freire, 1985, p.78)

Para os autores, o docente não tem uma função passiva. Pichon-Rivière utilizará o termo co-pensar se remetendo à atitude de "pensar com o outro", o que serve para ilustrar a sua idéia de não passividade. Em Freire, aparece a idéia do professor que pensa com o aluno e não aquele que pensa para o aluno. O aprendizado no grupo também é reforçado nas idéias de Freire por meio do círculo de cultura, ou seja, o aprender em grupo no contexto do grupo. O Círculo de Cultura, juntamente com o Centro de Cultura foram lançados como instituições básicas de educação e de cultura popular, em lugar da escola que, segundo Freire, é um conceito demasiado carregado de passividade. No Círculo de Cultura, "(...) em lugar de professor, com tradições fortemente 'doadoras', o Coordenador de Debates. Em lugar de aula discursiva, o diálogo. Em lugar de aluno, com tradições passivas, o participante do grupo". (Freire, 1974, p. 103).

O Círculo de Cultura seria o espaço do diálogo, uma estratégia da educação libertadora, na qual se rompe com a relação vertical entre educador e educandos. Na pedagogia dialógica, ambos são

sujeitos do ato cognoscente. Para Freire, o diálogo é um importante instrumento para a superação da consciência ingênua. Ele proporciona um processo de ação-reflexão que possibilita compreender o real que se coloca como algo objetivado.

Para o autor, para ser “operativo” é preciso que o grupo equilibre seus objetivos e suas relações internas, permitindo o fluir da interação e da comunicação para fomentar o pensamento e a criatividade, ou seja, precisa ser dinâmico e reflexivo. Ainda segundo Pichon-Rivière (2000), o papel do coordenador é criar um vínculo entre o grupo e o campo de sua tarefa. O grupo operativo se distingue do grupo focal, basicamente, por seu caráter educativo no qual se estimula a comunicação entre os membros, a criatividade e a autonomia do grupo.

3.2 Perspectiva de Gênero: Um debate entre as posturas do essencialismo e do construtivismo

As questões de gênero ganharam centralidade nos debates teóricos, principalmente nas décadas de 1980, evidenciando a definição conceitual do termo. Os estudos pioneiros de gênero têm em comum o fato de demarcarem uma distinção precisa entre atributos biológicos e prescrições sociais. Na perspectiva de Rubin (1975) *apud* Vilela & Arilha (2003), as masculinidades e as feminilidades não derivam simplesmente da condição biológica (machos e fêmeas), mas emergem do processo de significação cultural da diferença entre os sexos.

Desse modo, nos anos setenta, nos debates acerca de sexo e gênero, as discussões tomavam como suposto a universalidade da dominação masculina e se debruçavam na busca das causas e origens de tal fato. As dicotomias natureza/cultura, privado/público eram utilizadas como categorias analíticas para elaborar hipóteses que dessem conta de explicar a condição subordinada da mulher. O principal objetivo era tentar desviar das teorias que explicavam tal fenômeno sob o prisma do determinismo natural/biológico. É válido destacar que esta preocupação está inserida em um projeto político de emancipação da mulher. As feministas cobravam da academia uma explicação científica para o fato da predominância da dominação masculina. Foi com o objetivo de tentar responder a tal indagação que Rosaldo e Lamphere publicaram uma coletânea na década de 1970 (Lasmar, 1997).

Segundo as autoras, a idéia da coletânea objetivou fazer uma revisão crítica da universalidade da subordinação feminina, uma vez que tal divisão deve ser entendida como um produto cultural (Rosaldo e Lamphere, 1979). Rosaldo (1979) empreende esforços para explicar a origem daquilo que ela compreende como "(...) desigualdade universal nas avaliações culturais dos sexos". Segundo a

autora, mesmo em sociedades nas quais é creditado poder e prestígio às mulheres em relação aos homens, as mesmas sempre são avaliadas secundariamente.

Ao tomar como base a dominação masculina, a autora se preocupou em conceituá-la partindo das concepções weberianas de poder e autoridade. Desse modo, sustentou a idéia do domínio masculino como universal sob três pilares: a) a autoridade (poder formal) está concentrada nas mãos dos homens; b) o exercício do poder por parte das mulheres repousa, culturalmente, como subversivas, desviantes e anômalas; c) representações culturais da mulher como um ser perigoso e impuro. Uma vez traçada a idéia da subordinação social da mulher era necessário investigar suas causas e origens.

Dois aspectos importantes devem ser destacados: embora reconheça o fato universal da autoridade masculina, a autora não nega a importância feminina, destacando os tipos de poder que estão à disposição das mulheres, explicita também as razões pelas quais eles têm sido tradicionalmente ignorados. Da mesma forma, a autora não desconsidera os aspectos biológicos, reconhecendo que a sociedade esteja constringida e dirigida em seu desenvolvimento por fatores da natureza física. Mas pondera:

(...) a posição da mulher não é biologicamente determinada, então é um produto cultural que pode ser alterado. Dizer que o status secundário da mulher é universal não significa ser necessário ou justo. Ao contrário, segundo a biologia, a mulher dá a luz e amamenta os filhos. Mas as conseqüências culturais e sociais deste fato – a mulher ser considerada como esposa e mais especificamente como mãe, ter sua vida definida em termos das funções reprodutoras e ter sua personalidade formada através dos laços com a "mãe" que por sua vez é mulher – todos esses, são produtos humanos que sentimos serem responsáveis pelo status secundário da mulher, além disso, propomos que ela esteja sujeita e passível de mudança (Rosaldo, 1979, p. 131)

Uma vez que considera insustentáveis os relatos que tentam explicar as relações desiguais entre os sexos como um fato universal e necessário, a autora buscará, na oposição entre a esfera doméstica e pública, a chave para o entendimento do universalismo da dominação masculina.

Rosaldo (1979) toma essa dicotomia como uma realidade quase universal, na qual o fato das mulheres dedicarem grande parte da vida adulta à geração e à criação dos filhos determinará diferenças das atividades nas esferas domésticas e públicas que, em última instância, servirá para traçar o contorno de vários aspectos – culturais, psicológicos, sociais e econômicos – da estrutura social, no que se refere às questões de gênero.

O papel de mãe prenderia as mulheres – física e psicologicamente aos filhos e ao lar – restringindo a participação das mesmas em atividades econômicas e políticas (espaço público). Os homens, por sua vez, ao passo que não teriam um único comprometimento tão duradouro, como o da mulher com seus filhos pequenos, estariam livres para ocupar o espaço público (Rosaldo, 1979).

Embora não faça uma apologia à necessidade desse arranjo, a autora acredita que o mesmo é capaz de oferecer a estrutura necessária para estudar papéis femininos e masculinos em toda a sociedade.

Da mesma forma, Chorodow (1979) desenvolve uma teoria, sob uma perspectiva psicanalítica, que aponta para o fato de que o papel universal das mulheres, de mães e responsáveis pelos cuidados dos filhos pequenos seria um fator decisivo na experiência discriminativa no desenvolvimento masculino e feminino. A autora mostra como o contato com a figura feminina irá refletir de maneira distinta na experiência dos sexos: há continuidade da experiência do crescimento feminino, já que a menina torna-se mulher ao seguir os passos da mãe; no caso masculino, o que marca esta experiência é a descontinuidade (Chorodow, 1979).

No que diz respeito à origem da dominação masculina, Rosaldo (1979) creditava à divisão da vida social entre público/privado a responsabilidade da posição subordinada da mulher. Ortner (1979) compartilha da ideia da posição secundária das mulheres e constrói sua teoria com base nessa suposição, avançando nos estudos que tentam dar conta da posição hierarquizante explícita na separação entre os domínios públicos e privados. Para a autora, a própria natureza fisiológica feminina serviria para identificá-la ou associá-la simbolicamente ao âmbito da natureza, em posição ao homem que estaria ligado à ideia de cultura. Desse modo, "(...) uma vez que o plano da cultura é sempre submeter e transcender a natureza, se as mulheres são consideradas parte dela, então a cultura achará "natural" subordiná-las, para não dizer oprimi-las" (Ortner, 1979, p.95).

Percebe-se que o argumento de Ortner (1979) e Rosaldo (1979), longe de alcançar uma explicação para a dominação masculina, fora da perspectiva biológica do sexo, reforça tal ideia.

Na perspectiva de Lasmar (1997, p.82), a hipótese de Ortner (1979)

"(...) leva à conclusão de que as diferenças biológicas entre os sexos estariam na raiz da subordinação feminina, ainda que a cultura atue como intermediária entre os fatos brutos da biologia e as concepções ideológicas legitimadoras da dominação".

Na década de oitenta, o eixo do debate se desloca do universal para o particular. A perspectiva relativista ganha espaço em detrimento das teorias universalistas que sofrem duras críticas. A noção de dominação masculina como fato universal é posta em xeque, ganhando espaço as vertentes teóricas que buscavam explicações para a diferença considerando contextos particulares. Na década de oitenta, as teorias que propunham a universalidade simbólica entre mulher e natureza, e que teve em Ortner (1979) seu principal expoente, sofre duras críticas. A primeira delas, de caráter epistemológico, colocou à prova a própria utilização dos conceitos de natureza e cultura, como categorias analíticas, uma vez que as mesmas não deveriam ser utilizadas analiticamente sem referência aos contextos que lhes confere significado (Lasmar 1997).

De modo análogo, o uso da dicotomia público/privado que foi enfatizado na década anterior como chave para os estudos de gênero é, agora, alvo de críticas. A própria Rosaldo (1980) *apud* Lasmar (1997), em uma revisão de seus estudos anteriores, nos quais havia proposto a utilização de tal dicotomia para se entender as questões de gênero, abandona tal perspectiva, reconhecendo que a postura anterior não permitia enxergar as singularidades culturais. Esta revisão teórica permite a ênfase no ator social como objeto de estudo, permitindo a análise de sociedades particulares e evitando questões universais. Essa perspectiva abre espaço para a agência e a intencionalidade, incorporando a mudança social como tema de análise e redimensionava a questão da dominação masculina (Lasmar, 1997). A flexibilidade na dicotomia funções públicas/masculinas e privadas/femininas ganha destaque em contraste com a rigidez anterior.

3.2.1 Sexo e Gênero: Uma distinção conceitual

Deve-se destacar o debate teórico marcado pela oposição entre a perspectiva do essencialismo e do construtivismo. Em um primeiro plano, estabelece-se uma distinção clara entre as duas posturas, na qual

(...) nas trincheiras do essencialismo viceja a convicção de que há algo inerente à natureza humana, inscrito nos corpos na forma de um instinto ou energia sexual, que conduz as ações (...). O construtivismo social reúne abordagens que buscam problematizar a universalidade deste instinto sexual (Heilborn, 1999, p.09)

Em um segundo momento, o construtivismo social como postura metodológica apresentará variantes internas que podem tomar a forma de uma abordagem cultural mais moderada ou mais enfática. Nesse estudo partiu-se de uma perspectiva construcionista – sem entrar nas tensões internas do paradigma do construtivismo social, – na qual sexo, gênero, sexualidade e identidade sexual são vistos como uma construção social e histórica. Sendo assim "(...) a sexualidade não possui uma essência a ser desvelada, mas é, antes, um produto de aprendizado de significados socialmente disponíveis para o exercício dessa atividade". (Heilborn, 1999, p.137)

O primeiro ponto que se deve salientar é a necessidade de estabelecer um conceito, bem como uma fronteira entre o sexo e gênero. O uso de sexo e gênero como sinônimos poderá reforçar a crença de que o sexo biológico é responsável pelos atributos de homens e mulheres, portanto, para entender o conceito de gênero deve-se desvinculá-lo da esfera do biológico. Pois, "(...) gênero se refere

à construção social do papel da mulher e do homem e as relações estabelecidas entre eles". (Bandeira, 1999, p.185).

O sexo pode ser visto como um dado da natureza biológica que dicotomiza o gênero humano entre fêmeas e machos e que se circunscreve aos órgãos de reprodução humana (Bandeira, 1999), sendo os homens sujeitos capazes de fecundar e as mulheres sujeitos capazes de procriar. Os atributos psicológicos e sociais são também dicotomizados com o objetivo de delimitar a esfera do masculino e do feminino, e tidos como consequência natural da ordem biológica. Desse modo:

A fêmea ficou restrita à relação de complementaridade, designada como natural, uma vez que ligada à reprodução vale dizer, à procriação da espécie, que limita, reduz ou classifica as relações entre os sexos como sendo do domínio da heterossexualidade procriativa. Portanto, desse tipo de complementaridade anatômica e psicológica fundadora, decorreu naturalmente, um conjunto vasto de outras complementaridades, tanto de ordem histórica, política, ética, psicológica quanto sociocultural. (Bandeira, 1999, p.182)

O conceito de gênero, por sua vez, nasce da crítica à idéia de naturalidade do que é ser homem ou mulher. Essa crítica ao essencialismo permite pensar que os gêneros são construídos socialmente, a construção da identidade de gênero é distinta do sexo biológico, enfatiza o caráter cultural e simbólico das idéias de feminino e masculino.

3.2.2 Sexualidade e gênero

A partir das mudanças ocorridas ao longo do século XX, é possível identificar fatores decisivos que contribuíram para reforçar a não identificação entre sexo e sexualidade, e possibilitar o reconhecimento de outros espaços para o exercício da sexualidade para além dos casamentos legais. Primeiramente, o advento da pílula, que permite o sexo sem procriação, e, por outro lado, o aparecimento e desenvolvimento de novas tecnologias reprodutivas (bebês de proveta, banco de espermatozoides, mães de aluguel) que permitem a "reprodução" sem sexo. A desvinculação do sexo em relação à reprodução remete ao conceito de sexualidade plástica de Giddens (1993), abrindo possibilidades de reconhecer que pessoas não legalmente casadas possam ser sexualmente ativas (Grandino e Nogueira, 1987). Por outro lado, aparecem novos arranjos familiares e os direitos sexuais passam a ser discutidos (Villela e Arilha, 2003).

Percebe-se que a anatomia sexual deixa de ser um destino, perdendo espaço na determinação das experiências afetivas, eróticas e reprodutivas. A sexualidade, entendida como formulações mentais em torno dos atos corporais relativos à reprodução e ao prazer, ganha a esfera pública para se

explicitar como uma prática social. Tal prática atende mais as demandas sócio-culturais e menos as vicissitudes do desejo. A experiência subjetiva do sexo (atos, sensações, modos de ser, de dar e obter prazer) é atravessada pela cultura, ou seja, muito do que se sente e fala-se no campo do erótico e sexual é reflexo do que se pensa e se fala (ou não se fala) a este respeito. Neste sentido, a sexualidade está relacionada menos aos atos sexuais e, sobretudo as fantasias e idéias que se elaboram a respeito de atos e sensações como fonte de prazer. Finalmente, a sexualidade encontra-se ancorada em três pilares: as sensações corporais, o discurso em torno das mesmas, bem como nas normas que regulam (permitem ou interditam) o ato que provoca a sensação (Villela e Arilha, 2003).

Percebe-se então, que as atitudes de homens e mulheres em nossa sociedade, no que diz respeito a sexo e sexualidade, são demarcadas pela construção histórico-cultural em torno de gênero e sexualidade. A sexualidade pode ser tomada como um componente universal da experiência humana no sentido de existência, mas seu exercício não se dá segundo modalidades universais, sua expressão é sempre situacional, variando em diferentes contextos culturais. Segundo Parker (1999), a experiência subjetiva da vida sexual é o produto dos símbolos e significados intersubjetivos vinculados à sexualidade em espaços sociais e culturais variados. Na mesma perspectiva, Bandeira (1999) aponta para o fato de que as relações que medeiam às práticas da sexualidade são criações culturais, visando não apenas a obtenção do prazer, mas também e, principalmente, a sustentação da identidade de gênero e das aspirações de poder (Bandeira, 1999).

A distinção entre a sexualidade masculina e feminina na cultura ocidental está fortemente impregnada no nosso imaginário, traduzindo-se em preconceitos e discriminações nas relações sociais entre homens e mulheres. O estereótipo masculino em nossa cultura concebe os homens como ativos, agressivos e objetivos; as mulheres são tidas como passivas. Tal fato repercutirá na valoração diferenciada dos gêneros, na construção da identidade individual e grupal e no desempenho de homens e mulheres. Referente às questões de gênero em nossa sociedade, a construção social em torno do masculino e feminino ainda está fortemente demarcada. Segundo Afonso (2001, p.226):

(...) a flexibilização das representações e papéis de gênero não anula necessariamente uma ordem hierárquica onde as identidades de gênero são construídas. Também a dupla moral pode se modificar em direção a uma maior tolerância de práticas sexuais podendo, ou não, acompanhar mudanças substanciais na relação de hierarquia.

Se, por um lado, temos a associação da mulher à esfera privada, familiar, ligada à reprodução, portanto à maternidade, do outro, temos o masculino, que tem sua identidade assentada na esfera pública, do homem provedor e protetor da família. A mulher é socializada para casar e ter filhos, a função da sexualidade reduz-se à esfera da procriação, e o homem é reconhecido como aquele que exerce o papel dominante (Bandeira, 1999). As relações estabelecidas entre homens e mulheres em

nossa sociedade têm-se firmado na base da desigualdade e da iniquidade, estando às mulheres, na maioria das vezes, subordinadas às decisões dos homens. Segundo Vaitsman (2001, p.20), na condição contemporânea,

(...) Por um lado, a dicotomia público/privado e a associação mulher/natureza/procriação/esfera doméstica vem se tomando, teoricamente, "desfuncionais" não só devido ao lugar que as mulheres passaram a ocupar no mundo do mercado e da política, mas também devido à própria situação de domínio da biologia, da natureza. Por outro lado – mesmo nas condições do capitalismo avançado – na prática as mulheres ainda têm sido as principais responsáveis pela procriação e pela esfera da reprodução doméstica.

Corroborando Vaitsman (2001) e Diaz & Díaz (1999) destacam que, apesar de já vislumbrarmos mudanças, ainda é recorrente a associação entre masculino/superior e feminino/inferior, fazendo com que se perpetuem "(...) de geração em geração, as relações desiguais de poder em torno de quatro eixos: a sexualidade, a reprodução o trabalho e o poder público" (Díaz & Díaz, 1999, p.227).

A emergência do mundo moderno deslocou as atribuições de manutenção da vida (produção de alimentos e reprodução da espécie), antes restritas ao universo da família (privado) para o espaço público. Neste sentido, os universos da produção e da reprodução abandonaram a esfera estritamente familiar e passaram a ser objeto de interesse coletivo. As questões, antes pertinentes à esfera privada da família, transformaram-se em interesse coletivo (Arendt, 2000).

3.2.3 Sexo, Sexualidade e Gênero: a experiência adolescente

Segundo Caridade (2002, p.04): "A sexualidade vivida pelo adolescente ganha a feição do contexto cultural em que ele se insere. A sexualidade é plasmada pela linguagem e pelos valores vigentes nessa época. Não há uma determinação biológica que mantenha um definitivo acerca do sexual".

A postura adotada pelas sociedades quanto à atividade sexual entre pessoas não unidas pelo casamento, em especial entre adolescentes, interfere na adoção de práticas contraceptivas. A atitude de tolerância ou condenação em muitas sociedades é feita de maneira distinta entre os sexos, o que irá refletir no comportamento sexual de homens e mulheres. Em sociedades que condenam as relações sexuais de mulheres solteiras, muitas vezes o mesmo comportamento nos homens é tolerado e em muitos casos incentivado, sendo associado ao símbolo de virilidade ou masculinidade (Parker, 1999; Desser, 1996).

Segundo a autora, liberdade e direitos são mais restritos para as adolescentes do sexo feminino, principalmente no campo da sexualidade. Se, para os adolescentes do sexo masculino, a exploração heterossexual é considerada não apenas normal, mas até mesmo desejável, para as adolescentes mulheres o exercício da sexualidade está associado ao momento da descoberta do "grande amor" ou do "homem com o qual se quer casar" (Desser, 1996). Desse modo:

"(...) enquanto é socialmente admitido ao homem adolescente experimentação e erro ("coisas da idade"), nos quais ele pode treinar e experimentar sua criatividade, à mulher adolescente multiplicam-se os discursos e práticas que treinam sua aptidão ao papel que deve, sobretudo, assumir na sociedade: mãe e esposa, isto é, reprodutora – da vida e do social, antes que produtora – da vida e do social." (Desser, 1996, p.18)

A persistência de valores tradicionais que resistem à modernização, como, por exemplo, a interdição do sexo para mulheres solteiras, principalmente adolescentes, obriga as mesmas a encontrarem formas de moralizar sua sexualidade. O principal recurso de normalização/moralização que as adolescentes lançam mão é a "produção da inocência" e a "não-premeditação" da relação sexual. Sendo assim, a justificativa para o intercurso sexual, principalmente quando resulta em uma gravidez, repousa na "inocência", "amor e concessão ao parceiro", "exigüidade do número de parceiros", "não-premeditação da atividade sexual" e, finalmente, "fortuitude das circunstâncias" em que se deu o envolvimento sexual.

A necessidade de moralização, sinalizada pela não premeditação da atividade sexual, interfere no comportamento das mulheres, principalmente no que diz respeito ao uso de medidas contraceptivas. Desser (1996, p.60) aponta que para as adolescentes "(...) o uso de contracepção desmoralizaria sua vida sexual, mesmo depois do desvirginamento, uma vez que implicaria consciência, premeditação, antes que cessão e sedução". Assim, a adolescente se reconhece como ligada a um grupo social que tem direito a uma sexualidade legítima, mas ao mesmo tempo orienta o exercício de sua sexualidade por meio de normas que suspendem o exercício consciente e programado da sexualidade.

Em pesquisa realizada entre adolescentes de 14 a 20 anos em Belo Horizonte, Afonso (2001, pág. 215) destaca que:

"(...) as mulheres mostram scores de informação mais altos do que os homens, talvez por que sejam, em nossa cultura, consideradas responsáveis pela questão da concepção e da contracepção. Quando se desmembra a informação, pode-se ver que existe uma setorialização desta, na medida em que as mulheres respondem melhor às questões sobre contracepção e os homens a questões sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Na verdade, esta divisão de informações é o reflexo da divisão de papéis na sociedade. À mulher, uma vez vinculada ao espaço da casa, caberia a responsabilidade pelo uso de métodos

contraceptivos, por isso seu maior conhecimento, embora o conhecimento não seja traduzido em uso efetivo. Por sua vez, o maior conhecimento de doenças sexualmente transmissíveis pelos homens pode ser explicado pelo fato de que uma parte da atividade sexual dos mesmos seja exercida no espaço da "rua".

Destaca-se que na sociedade brasileira, enquanto na esfera pública – ingresso no mercado de trabalho e participação política – o questionamento dos valores tradicionais se faz de forma mais explícita e as mulheres já se encontram em posições mais igualitárias, no âmbito do privado, os novos valores sobre o masculino e feminino ainda são obscuros. No campo da sexualidade e da reprodução, as mulheres ainda têm pouco poder de decisão, uma vez que a relação é fortemente marcada pelas assimetrias de poder entre os sexos, persistindo a postura hierarquizante e tradicional. Segundo Afonso (2001, p.225):

(...) as representações de gênero entre os adolescentes mostram uma geração dividida entre o discurso igualitário e o tradicional, onde há maior tendência para se defender o igualitarismo em proposições gerais e restringi-lo em proposições particulares (...). Enquanto a postura igualitária tende a ser majoritária – e mais homogênea – quando se trata de proposições gerais relativas à esfera pública, a esfera da família continua sendo objeto de disputa (...). A não-coerência entre as posições igualitárias (ou mesmo entre as posições tradicionais) mostra uma geração dividida entre dois discursos e tentando soluções de compromisso entre eles.

A persistência de valores tradicionais no que diz respeito à superioridade do homem em relação à mulher, principalmente no âmbito da sexualidade, faz com que as mulheres ainda se encontrem em posição de submissão em relação ao sexo oposto. Esta falta de poder estende-se muitas vezes às questões ligadas à anticoncepção, na qual as mulheres têm poucas possibilidades de discutir e decidir com seus parceiros o uso ou o não uso de um método contraceptivo, bem como qual método utilizar e quando interromper o seu uso. Na maioria das sociedades, as questões ligadas à reprodução são vistas como sendo, exclusivamente, da esfera feminina. Dificultando, assim, que os homens assumam responsabilidades no que se refere à contracepção.

Desser (1996) conclui que a percepção da adolescência como um período de trânsito para uma vida adulta – com maior responsabilidade e maior liberdade – é consensual entre as adolescentes. Para as mesmas, a identidade de mulher adulta é formada pelo padrão da "mulher independente" e profissionalizada. Tal projeto seria alcançado via do estudo formal e da profissionalização. No entanto, vale destacar que, se por um lado a aspiração é consensual, a efetiva possibilidade irá variar segundo o nível sócio-econômico e ambiente cultural no qual está inserida a adolescente. Tal fato pode ser ilustrado a partir da conclusão dos estudos de Desser (1996, p.24):

(...) diferentemente das adolescentes dos estratos médios para quem este projeto está relativamente assegurado, as adolescentes dos estratos operários têm que alocar grande parte de suas energias para assegurá-lo, o que é tanto mais difícil quanto mais precárias as

condições de existência da família. (...) Esse projeto é, também, tanto mais difícil de ser atualizado quanto mais a visão de mundo da adolescente diferir daquela dos seus pais a respeito do papel da mulher na sociedade e na família.

Outra diferenciação encontrada no estudo refere-se às adolescentes que pertencem a famílias chefiadas por mulheres com inserção instável no mercado de trabalho (lavadeiras, diaristas, biscateiras de outros tipos). Do mesmo modo que as anteriores, estas adolescentes aspiram ao aumento de autonomia em relação à família. O ponto que difere estas adolescentes das anteriores diz respeito à auto-percepção que as mesmas têm em relação à adolescência como um período anterior à constituição de suas famílias. Aqui prevalece a identificação com o papel tradicional feminino de esposa/mãe, em detrimento da identidade de "mulher independente". A construção de uma família autônoma e a afirmação da identidade mãe/família finalizariam o período da adolescência. Desse modo, a adolescência seria um compasso de espera entre a infância e a construção da própria família (Desser, 1996).

Um projeto modernizante de identidade feminina assentada na autonomia e na profissionalização estaria mais disponível para as adolescentes das classes médias e altas, e se mostra reduzido para os estratos economicamente menos favorecidos, nos quais predominaria a identidade tradicional de esposa e mãe (Monteiro, 2002). Nas camadas baixas, nas quais o fracasso escolar e o abandono da escola são freqüentes, a gravidez precoce seria a busca do *status* adulto. Segundo Dadooriam (1996, p.50),

"(...) Nas classes populares o intercurso da gravidez na adolescência é um fato rotineiro e comum (...). Consta-se uma valorização da maternidade, onde ser mãe equivale a assumir um novo status social, o de ser mulher (...). A afirmação social neste meio se expressa na maternidade, o que possibilita dizer que trata-se, neste caso, de uma gravidez social, isto é, maternidade social"

Os adolescentes se descobrem vivendo em uma sociedade na qual os indivíduos são obrigados a contemplar e consumir tudo o que lhes falta na vida real. De acordo com Debord (1998), a vida se torna, assim, uma imensa acumulação de espetáculos e, na medida em que assiste passivamente aos espetáculos, o indivíduo aliena-se, não vive, consome imagens e ilusão: "(...) Quanto mais ele contempla, menos vive; quanto mais aceita reconhecer-se nas imagens dominantes da necessidade, menos compreende sua própria existência e seu próprio desejo" (Debord, 1998). O autor nos chama atenção para o fato de vivermos em uma sociedade que se baseia no "ter" em detrimento do "ser" e que parece deslocar simplesmente para a esfera do "parecer". Segundo Caridade (2002), nesse contexto do aparente, do revelado, do espetacular, a sexualidade é mostrada e vendida também como mercadoria, compondo nossa cesta básica de ilusões. Segundo a autora:

(...) o adolescente contemporâneo vive sua sexualidade em meio às referências que invadem seu imaginário. Ele é ator integrante do espetacular de nossa cultura. Como tal, é continuamente convocado a consumir imagens mais que a refletir, a elaborar, ou a pensar. Com isso é empurrado a permanecer na periferia de si mesmo, e nesse embotamento reflexivo, é difícil construir projetos pessoais, que lhe possibilitem reconhecer-se como alguém de valor (Caridade, 2002, p. 08)

3.3 Interações Comunicacionais, saúde e educação: Diálogos desejáveis, necessários e possíveis.

O paradigma das Interações Comunicacionais deve ser entendido como um modelo em construção. Seus pressupostos estão sendo desenhados a partir do diálogo com várias vertentes na área da comunicação, dentre eles; A Escola Francesa, a Escola de Birmingham, as formulações de McLuhan, a hipótese do **Agenda Setting**, o Interacionismo Simbólico e a Semiótica. O ponto de ruptura pode ser traduzido na tentativa de superar o caráter restritivo e formalizador que a noção de comunicação adquiriu com a utilização do Paradigma Clássico.

A reflexão de vários autores ressalta a necessidade de apontar a natureza interacional do processo comunicativo. O “modelo praxiológico” de Louis Quere (1991), o “enfoque triplice” de John B. Thompson (1995) e o “paradigma do hipertexto” de Pierre Levy (1999) são algumas das formulações teóricas que têm contribuído para a construção do Paradigma das Interações Comunicacionais. No paradigma praxiológico, ao reconhecer a importância da construção compartilhada, Quere (1991) evidencia o caráter dialógico, em oposição ao caráter monológico, que não serve mais para explicar o processo comunicativo. Não se trata mais de produzir representações similares junto ao comunicador e seu destinatário, é preciso compartilhar para interagir. Nesse momento, o papel do outro passa a ser fundamental. Para o modelo praxiológico não mais existe o mundo pré-definido, passível de representação. Ao contrário, a determinação só é possível a partir de uma ação comunicativa construída na relação com o outro.

O lugar do outro faz surgir o sujeito dialógico, que comunica ao interagir e constrói, na relação, sua prática comunicativa. Pensar a comunicação a partir da existência de sujeitos monológicos ou dialógicos levar-nos-á, sem dúvida, a atribuir-lhes lugares totalmente diversos. É a busca da globalidade do ato comunicativo – e, portanto, sua inserção no terreno do social – que caracteriza da melhor forma o objetivo do paradigma das interações comunicacionais. De acordo com Araújo (1996):

As implicações metodológicas da utilização deste paradigma se verificam na construção de um objeto de estudo que acontece concretamente, tem uma materialidade. Está enraizado num determinado panorama socio-cultural, em dimensões de tempo e espaço definidas. E ocorre entre sujeitos reais, interlocutores que têm objetivos, desejos, necessidades, valores,

expectativas em relação ao outro, bagagem cultural – os interlocutores não são neutros, vazios, “occos” em relação ao outro; nem exercem apenas um papel determinado, mas possuem toda uma gama de papéis possíveis dentro da relação que se estabelece”.

Destaca-se as imbricações do Interacionismo Simbólico e do paradigma interacional. Na perspectiva interacionista, postula-se a agência do ser humano e a natureza da ação humana resultante do processo de interpretação. A interação social forma os comportamentos e fornece significados para a construção, por parte dos sujeitos agentes, dos objetos. Ao considerar a sociedade humana interativa, observa-se que existe uma influência recíproca, isso é, a ação de cada sujeito altera o quadro de representação dos demais. (Blumer, 1980).

Desse modo, os modelos lineares e unidirecionais se desfazem diante de sujeitos agentes capazes de interpretar os significados que o mundo lhes apresenta. Rompe-se com as idéias de transmissão (Araújo, 1996).

É possível perceber as implicações metodológicas do Interacionismo Simbólico, no campo da comunicação, principalmente, através da realização de estudos empíricos. Os modelos prontos não eram mais condizentes com os novos postulados. Ressalta-se a necessidade de se considerar os processos interpretativos pelos quais os significados sociais passam do nível dos sujeitos, que são agentes e, portanto, ativos no processo comunicativo. O processo interativo (indivíduo/sociedade) é a base para compreender os fenômenos comunicativos, uma vez que é nesse processo que os indivíduos atribuem sentidos, interpretam e, desse modo, estabelecem ações simbolicamente significantes (Araújo, 1996; França, 1994).

Em meados da década de 1970 e 1980, no contexto da América Latina, visualiza-se estudos de comunicação voltados para as questões políticas, ideológicas e educacionais. Destacam-se dentre eles o artigo de Luís Ramiro Beltrán, *Adeus a Aristóteles: comunicação horizontal*, de 1978 e as publicações sobre comunicação e educação de Paulo Freire em 1977. Em contraponto ao paradigma tradicional balizado na relação linear entre emissor e receptor, no qual este último é entendido como simples depositário das idéias do emissor, o paradigma proposto postula um modelo de comunicação horizontal, participativa, dialógica e comunitária.

Considerando a interface entre saúde, educação e comunicação, percebe-se que a crença na associação direta e linear entre informação e mudança de comportamento pode estar relacionada à concepção de saúde/doença adotada. Historicamente, os materiais educativos, as ações pedagógicas e as intervenções no âmbito da saúde guardam estreita relação com os conceitos de saúde e doença, seja na elaboração das mensagens, na escolha do meio de transmissão das informações ou nos conteúdos. Segundo Stoltz (1993), principalmente no campo da medicina preventiva, a forte influência

do modelo biomédico terá ressonâncias nas ações educativas, que serão concebidas na lógica da educação instrutiva (passiva), pautadas na transmissão de conhecimento especializado, que a “gente detém e ensina” para uma “população leiga”, cujo saber é desvalorizado, ou simplesmente desconsiderado (Meyer, et al., 2006).

Na década de 1970, dados epidemiológicos serviram para evidenciar a forte relação entre melhoria na saúde e fatores sócio-culturais. Tal fato repercutirá, em última instância, na estruturação de novas práticas pedagógicas, não mais ancoradas em uma forma de comunicação de caráter cognitivo racional, que tem como suposto o fato de as informações técnico-científicas adequadas serem suficientes para melhorarem os agravos à saúde dos indivíduos ou dos grupos. À dimensão biológica do processo saúde/doença somam-se os fatores sócio-culturais e ambientais, conferindo privilégio aos espaços coletivos e enfatizando a necessidade de reconhecer o caráter histórico e os condicionantes sociais, políticos e econômicos do processo saúde/doença (Monteiro, 2006). A mudança na percepção ou o alargamento do conceito de saúde quebra a linearidade entre informação e mudança de comportamento.

As teorias da comunicação dominantes dos anos de 1970 e início de 1980, ancoradas nesse paradigma, fundamentaram análises concentradas no texto, não permitindo visualizar a possibilidade de outras leituras das mensagens que não fossem as sugeridas pelos significados dominantes que estruturavam seu sentido. Os interlocutores eram apreendidos como agentes técnicos, isolados e de fora da relação. No entanto, a partir do final dos 80, a premissa de um receptor ativo irá balizar os estudos de recepção, centrados em um sujeito-receptor que ressignifica as mensagens, ou seja, a recepção é tida como lugar de produção de sentido (Barbero, 1995).

Agora se considera um leitor com capacidade interpretativa e cuja relação com o texto, de natureza simbólica, encontra-se delimitada pelo estoque cultural e pela posição dos usuários no cenário social (Monteiro, 2006), diferenciando-se da lógica linear dos processos comunicativos: uma mensagem, um único efeito.

No caso da epidemia de HIV, é notória a transição de uma abordagem à outra. Na década de 1990, as abordagens educativas de prevenção ao HIV, centradas na informação e na responsabilidade individual, ancoradas no modelo hegemônico tradicional, foram gradualmente sendo substituídas por modelos multidimensionais, orientados pela concepção de mobilização comunitária e “empowerment coletivo” (Parker, 1999). Mas até que ponto as práticas educativas no âmbito da saúde em geral (seja no contexto da comunicação de massa, ou nas interações cotidianas) se distanciaram de uma concepção mecanicista e instrumental do processo saúde/doença?

Segundo Meyer (2006), os projetos educativos em saúde, em sua maioria, estão inscritos na ótica de transmissão de conhecimento especializado, estritamente relacionados com as práticas sanitárias hegemônicas ao longo do século XX, pautadas na universalidade, objetividade e neutralidade do conhecimento científico.

Na mesma vertente, Vasconcellos-Silva et al., (2003) apontam que “os folhetos informativos utilizados no ambiente hospitalar têm sido produzidos e veiculados de maneira instrumental e monológica, para transmitir informações unilateralmente definidas como relevantes e sem estudos de recepção posterior”. De acordo com Rozemberg et al., (2002).

“Parece não existir ainda um reconhecimento formal, por parte das instituições, de que, apesar de se ocuparem aparentemente da mesma temática, profissionais e clientela são núcleos discursivamente distintos, elaborando significados segundo experiências e mundos identitários próprios”.

A discussão acerca da não linearidade entre informação e mudanças de comportamento aparece de forma recorrente em vários estudos no campo da antropologia, sociologia e psicologia (Monteiro et al., 2006; Vargas e Siqueira, 1999; Rozemberg et al., 2002).

No caso específico do comportamento sexual, o fenômeno denominado “**Know-do gap**” (WHO, 2008) pode ser percebido nas pesquisas que apontam que os adolescentes têm conhecimento acerca dos métodos contraceptivos e, em muitos casos, sabem como utilizá-los. No entanto este conhecimento não se traduz em uso efetivo, uma vez que as DST – principalmente AIDS – e a gravidez têm aumentado na faixa etária de 10 a 19 anos (IBGE 2001, SINASC 2004).

Desse modo, o acesso à informação é necessário, mas não suficiente para colocar o conhecimento em prática. A informação científica é um dado fundamental para o desenvolvimento de atitudes preventivas, mas não o suficiente para mudar comportamentos de risco (Abduch, 1999).

Um exemplo desse reducionismo é o estudo de Chung et al, (2000). Os autores tentam correlacionar a baixa adesão aos exames para detecção precoce do câncer de boca à escassez e à inadequação do material impresso disponível, desconsiderando a complexidade de fatores subjetivos e culturais que quebram esta linearidade. A consideração de fatores subjetivos, bem como a incorporação de variáveis externas, por meio do reconhecimento do contexto sócio-cultural, possibilita compreender melhor a lacuna entre conhecimento-informação e uso, prática ou adoção.

Segundo Vargas e Siqueira (1999), a produção de materiais educativos deve estar pautada na premissa de um receptor ativo, uma vez que, ao receber uma mensagem, o indivíduo irá interpretar e resignificar o seu conteúdo de acordo com seu lugar na sociedade. Em avaliação de vídeos educativos no campo da sexualidade, junto a profissionais de saúde, os autores apontam que aqueles podem

estar cumprindo uma função de ilustração dos discursos que informam as práticas no campo da saúde, em detrimento da exploração do imaginário social que perpassa de forma diferenciada o comportamento preventivo dos sujeitos pertencentes a grupos culturalmente definidos.

No que se refere às demandas, Ayres (2002) acentua que a interpretação das mesmas, em sua dimensão sócio-cultural, é condição necessária para que as ações e as estratégias no campo da saúde possam ser adequadas ao público que se destina. O autor chama atenção para um novo desenho no campo da saúde que busca a partir de identidades subjetivas – mulheres, idosos e adolescentes – elaborar os programas e as ações educativas.

Apesar de tais considerações, estudos apontam (Kelly-Santos et al., 2005) uma grande tendência de considerar o público de maneira homogênea, o que nos remete à idéia de “público elástico” (Fausto-Neto, 1999). Em última instância tal idéia esta associada à tendência distributiva por parte do pólo emissor, ou seja, considerar um “público elástico” significa ampliar indistintamente a divulgação sem preocupação com a negociação de seus significados junto do pólo emissor. (Rozemberg et al., 2002; Vasconcelos-Silva et al., 2003). Deve-se considerar que a segmentação do público, apesar de desejável, não é suficiente “(...) mesmo que se dirijam as ofertas de mensagem a um público específico, isso não significa contemplar totalmente seu ponto de vista sobre os temas, apenas favorece maior aproximação com as temáticas ofertada e possibilita a produção de novos espaços de interlocução entre os pólos comunicativos” (Kelly-Santos et al., 2005).

Outro aspecto fundamental na elaboração e utilização de recursos pedagógicos nas intervenções educativas é a importância de se considerar “o lugar de interlocução ou lugar de fala”. Segundo Araújo (2003), “lugar de interlocução designa o lugar que cada um ocupa na cena discursiva e na cena social”. O direito de falar e a legitimidade da fala dependerão da posição social e institucional dos interlocutores, ou seja, do contexto situacional – pertencimento a grupos, profissões etc.

Segundo a autora, é a partir desse lugar que são produzidos os sentidos em qualquer prática comunicativa. Portanto, é pertinente considerar o contexto existencial dos receptores na elaboração de materiais educativos, uma vez que a não observância do mesmo é responsável por parte dos equívocos e iniciativas mal sucedidas. Segundo Monteiro (2006), “concebendo os materiais educativos como produtos culturais e de comunicação, destaca-se, como uma das vias de análise, a compreensão de que no uso de tecnologias educacionais estão implicados não somente conteúdos e/ou formas, mas, dentre outros, elementos estruturantes da identidade social”.

Deve-se considerar que o sujeito do discurso (pólo emissor) também é situado histórica e socialmente. Em estudo que investigou os processos comunicativos mediados por impressos na saúde do trabalhador, Kelley-Santos et al., (2005) destacam que o material educativo acaba por representar

um instrumento político administrativo em prol dos interesses dos técnicos de Saúde, podendo funcionar como instrumentos de informação ou simplesmente de reprodução ideológica do poder hegemônico na legitimação das políticas públicas de saúde. Tal consideração pode ser ampliada para diversas áreas que adotam uma visão instrumental das práticas de comunicação, como mecanismo de reprodução ideológica.

Mas como representar o outro? Como construir imagens e mensagens em materiais educativos que não reduzam a alteridade e as especificidades deste outro? Na relação entre diferentes formas de representações e de construções de materiais educativos, a educação em saúde pode influenciar – incentivando o conhecimento ou reproduzindo estereótipos e preconceitos – dependendo do enfoque apresentado.

Segundo Monteiro (2006), “no campo específico da educação em saúde, é necessária a problematização da relação entre o uso de tecnologias educacionais e as diferentes concepções pedagógico-didáticas subjacentes à sua abordagem”. A autora destaca a importância de uma permanente reflexão sobre os fundamentos que definem o modo de se conceber os fenômenos educativos de caráter preventivo, possibilitando uma melhor caracterização das interfaces entre tecnologia, saúde e educação.

Destaca ainda a necessidade de uma reflexão conceitual sobre a utilização dos chamados materiais educativos na área da saúde, visto que o desenvolvimento e uso de tais recursos encontram-se sempre apoiados em um determinado referencial teórico-educacional, nem sempre explicitados. Dito de outra forma, pouco se tem avançado teoricamente nas análises sobre a produção. O uso de recursos educativos e suas relações com as concepções educativas preventivas estão mais inseridos em contextos de intervenção educativa do que de reflexão acadêmica. As implicações da falta de articulação entre uma sistematização teórico-metodológica e os chamados materiais educativos usados como suporte das ações educativas foram também evidenciados por Vargas e Siqueira (1999).

Dessa maneira, as práticas educativas no campo da saúde serviriam para mediatizar a dominação exercida pelo discurso médico hegemônico, já que se limitam à simples passagem de informação para a população sobre determinados procedimentos, com caráter normativo, no qual se evidencia um traço normativo e prescritivo, apesar da intencionalidade expressa de difusão de informações visando à melhoria da qualidade de vida (Kelley-Santos et al., 2005).

Em suas análises (Luz et al., 2003), revelam que as formas de significação e utilização da imagem em materiais impressos reduzem o portador de leishmaniose ao mero status de “doente”. As imagens sobre as conseqüências físicas da doença são, muitas vezes, utilizadas como recurso de “alerta” à população. A mensagem veiculada alerta a população quanto à necessidade de se cuidar,

“senão você poderá ficar assim”. Observa-se a utilização de recursos de imagens grotescas e exageradas da doença nestes materiais. Clinicamente, a doença raramente se manifesta de forma tão alarmante, contudo prevalece a utilização de recursos de espetacularização e sensacionalismo da doença, comumente utilizados nas campanhas e nos materiais educativos em saúde (Luz et al., 2003; Pimenta et al., 2002).

Vargas e Siqueira (1999) pontuam que, partindo da premissa de um receptor ativo, pode-se considerar que a relação dos sujeitos com as imagens em vídeo é de natureza simbólica, definida pelo estoque cultural e pela posição que cada usuário ocupa no cenário social, modeladores de sua subjetividade. Contudo, se pretende avançar na compreensão de que o sentido não se encontra restrito ao campo da mensagem em si, em termos de seus conteúdos, mas enfeixado em relações sociais concretas. Além de tratar da difícil contextualização do objeto “vídeo educativo”, as autoras passam, explanatoriamente, pela questão da escassez de material reflexivo e da problematização acadêmica sobre o tema.

Desse modo, o objetivo do presente estudo foi elaborar materiais educativos, bem como ações e estratégias na área de educação e saúde, pautados em processos comunicacionais dialógicos que levem em consideração o contexto sociocultural dos indivíduos, a partir do qual interpretarão e utilizarão a informação. O material educativo, o jogo, não é tido como um fim em si mesmo, mas, antes, um instrumento para potencializar a comunicação e a reflexão entre adolescentes e os profissionais de saúde, os pais e os educadores. Tal potencialidade estaria ligada menos ao caráter informativo do material produzido, mas, sobretudo, na dialogicidade, tanto no âmbito do processo de produção quanto no uso do material – que atuaria no sentido de reforçar o vínculo entre profissionais de saúde e usuários, no caso específico, os adolescentes.

No próximo capítulo será apresentado o arcabouço metodológico que balizou o estudo, tentando manter a coerência entre a perspectiva teórica, a estratégia metodológica e os objetivos.

“Eu adorei o projeto porque nele eu aprendi muitas coisas, por isso agora já sei como me prevenir para não engravidar muito cedo e como fazer para não pegar uma DST. Agora posso ensinar para outro jovem que ainda não sabe. Também gostei muito de ter participado do jogo e de ter capacidade de criar umas histórias com o que aprendi”. (feminino)

4 Metodologia

Partindo dos pressupostos teóricos expostos nos capítulos anteriores e ancorados no princípio da relação dialógica implicada no ato de aprender e no enfoque sócio-histórico da aprendizagem, optou-se pelo modelo participativo de investigação, que possibilita, a partir do conhecimento pré-existente, construir novos conhecimentos.

4.1 Uma abordagem qualitativa

Quase sempre vista e descrita como uma abordagem totalmente antagônica à postura empiricista/positivista, a pesquisa qualitativa começou a ser mais bem discutida na academia em meados da década de 1970. Grande parte da explicação para a acolhida deste tipo de pesquisa pode ser buscada dentro da discussão que se fazia na época, no campo das ciências sociais. Naquele momento, as abordagens de cunho empiricista/positivista estavam sendo extremamente contestadas. Criticava-se o caráter anti-histórico ou atemporal dos procedimentos metodológicos (quantitativos) que visavam captar a realidade social. Segundo Thiollent (1987), o que os sociólogos empiricistas buscavam era, na verdade, tentar tirar uma “fotografia instantânea” de uma realidade social que é extremamente mutante. Simplificando-a desta forma, corria-se o risco de se chegar a conclusões equivocadas sobre esta mesma realidade. Fazia-se necessário, portanto, a utilização de procedimentos metodológicos que pudessem captar a dinâmica social em sua essência.

“Numa relação de investigação convencional pretende-se, em nome da objetividade, fechar ao máximo o mecanismo de captação, para que as respostas das pessoas interrogadas sejam emitidas sem efeito de aprendizagem e sejam diretamente ‘encaixáveis’ naquilo que o investigador deseja mostrar ou justificar. Assim, perde-se de vista a questão da aprendizagem e da criação ao nível das pessoas ou grupos implicados na situação”. (Thiollent. 1987, p.97)

Segundo Reyes (1999, p.74-76), enquanto na abordagem quantitativa se aspira à reunião de “(...) un conjunto de números o un grupo de temas, ligeramente relacionados (...)”, na abordagem qualitativa “(...) el investigador está interesado en entender y describir una escena social y cultural

desde adentro, desde la perspectiva del que la vive”. Para Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2001, p.129), é neste contexto de críticas “(...) que começam a ganhar força, nas ciências sociais, os modelos alternativos ao positivismo, posteriormente reunidos sob o rótulo de paradigma qualitativo”.

A definição do que venha a ser uma pesquisa qualitativa é, no entanto, bastante complexa. Enquanto alguns autores como Reyes (1999, p.17) tendem a conceituar as abordagens qualitativas como “(...) cualquier tipo de investigación que no depende de medios de cuantificación o procedimientos estadísticos para generar sus hallazgos”, outros autores, como Bryman (1992) e Alves-Mazzotti e Gewandsznajder (2001) tendem a delimitar apenas suas características.

A pesquisa qualitativa tem como um de seus principais aspectos a inserção do pesquisador no universo a ser estudado e a priorização da percepção do sujeito em detrimento do dado objetivado. A partir desses dois fatores, há a emergência da subjetividade como um elemento fundamental no processo de pesquisa. Outra característica importante a ser colocada é a de que pesquisas qualitativas priorizam o processo, ou seja, o desdobramento de eventos no tempo. Nesse sentido, elas tendem a acompanhar os fenômenos a serem estudados e seus desdobramentos futuros. Retira-se, portanto, o caráter atemporal ou anti-histórico tão criticado nas pesquisas quantitativas. Outro aspecto importante é o de que os problemas de investigação não são ditados por uma disciplina em particular, mas emergem de experiências cotidianas. A abordagem qualitativa deve ser extremamente flexível para dar conta de captar a realidade pesquisada.

Tendo em vista o que foi discutido acima, não se deve, no entanto, cair na falsa suposição de que as duas metodologias citadas acima (quantitativa/qualitativa) são mutuamente excludentes ou que uma é mais importante que a outra. Grande parte dos autores ressalta este aspecto ao dizer que são apenas formas diferentes de captar uma mesma realidade (Bryman, 1992; Reyes, 1999). Enquanto a primeira prioriza o dado objetivado em detrimento da percepção do sujeito, a segunda percebe a realidade exatamente do ponto de vista daquele que a vive. “A escolha de uma ou de outra abordagem reside, necessariamente, na formação do investigador, sua preferência e a natureza do problema (Reyes, 1999)”. Segundo Minayo (2005):

“A interdisciplinaridade como estratégia de abordagem de objetos complexos aponta para avanços na construção de uma práxis científica capaz de apreender as dimensões objetivas e subjetivas da realidade e de superar a falsa dicotomia entre sujeito e objeto da pesquisa. O enfoque simultaneamente hermenêutico e dialético nos mostra formas de superar a mútua exclusão entre as filosofias materialistas e subjetivistas, que desde Descartes assombram a razão ocidental”.

A combinação de várias racionalidades (campos disciplinares) ou o emprego de uma variedade de técnicas de coletas de dados ou a multiplicidade de observadores reflete uma tentativa de compreender em profundidade um fenômeno. A diferenciação entre a abordagem quantitativa e qualitativa não nos remete à validação de uma em detrimento de outra. Sem o teste da aplicação, nenhuma abordagem (quantitativa ou qualitativa) é capaz de verificar a utilidade e a validade de suas teorias (Grenwood e Levin, 2006).

4.1.2 A Pesquisa Participante, Grupos operativos e Oficinas

As pesquisas participativas surgem como um movimento frente às pesquisas tradicionais, trazendo pressupostos vinculados à problematização das relações – entre o investigador e o que é investigado, sujeito e objeto, teoria e prática, empírico e laboratório, realidade simples ou complexa – com a perspectiva do estabelecimento de condições para captação/elaboração da informação no cotidiano das culturas, grupos e organizações populares. (Grenwood e Levin, 2006).

Isso significa que as práticas que constituem o social e os referenciais que lhe dão sentido vão se produzindo concomitantemente, uma vez que o conhecimento e a ação sobre a realidade são constituídos no curso da pesquisa de acordo com as análises e decisões coletivas, dando à comunidade participante uma presença ativa no processo.

Para Brandão (1985), a pesquisa participante é “um enfoque de investigação social por meio do qual se busca plena participação da comunidade na análise de sua própria realidade, com objetivo de promover a participação social para o benefício dos participantes da investigação”.

Na presente pesquisa, a participação foi estimulada através do grupo operativo, alternativa utilizada como um espaço para que os adolescentes pudessem discutir as temáticas ligadas à pesquisa e, também, os assuntos de interesse levantados pelos mesmos.

Segundo Abduch (1999), com os adolescentes, a técnica de grupos operativos tem sido indicada como instrumento para desenvolvimento dos fatores básicos e elementares de prevenção, que são: **auto-estima, juízo crítico, plano de vida e criatividade**. Capacidades essas que, se desenvolvidas grupalmente, tornam-se fatores protetores aos riscos que nossos jovens estão

expostos atualmente, como morte por causas externas, gravidez acidental, contaminação com o vírus da imunodeficiência, adição a drogas, entre outros. A técnica de grupos operativos representa uma alternativa eficiente por tratar-se de uma didática horizontal. Sua horizontalidade (o grupo em si) não se caracteriza pelo somatório das verticalidades (história de cada componente do grupo), mas antes pela interação que ocorre entre os indivíduos, promovendo a construção de um elemento o grupo.

Essa horizontalidade torna o indivíduo agente ativo, responsável e engajado no processo de mudança, na medida em que suas necessidades pessoais e comunitárias são levadas em consideração. As oficinas temáticas foram utilizadas para viabilizar e dinamizar o processo de grupo. A escolha das mesmas deveu-se ao fato da potencialidade de tal instrumento em criar situações de aprendizado e produção de conhecimento em consonância com nossa perspectiva teórica e atendendo aos objetivos do estudo

As oficinas de trabalho surgiram, no Brasil, na década de 1970, no seio do movimento feminista, objetivando fomentar um espaço de reflexão sobre a condição feminina. Ao longo dos tempos, encontramos várias denominações para propostas de oficinas como processo educativo ou ferramenta de trabalho, bem como sua expansão para diversas áreas, seja na intervenção educativa em grupos ou na área de investigação.

Afonso (2003) destaca as oficinas como técnicas de intervenção psicossocial, uma ferramenta de trabalho na área de educação em saúde, que possibilita superar o caráter vertical de transmissão de conhecimento tão recorrente nas práticas pedagógicas tradicionais. É válido destacar que o alcance dos resultados está condicionado à “forma” e ao “conteúdo”. Não se pode creditar ao emprego da técnica, por si só, a efetividade dos resultados, o que Catharino (2004) denomina de “fetichização” da técnica de oficinas, ou seja, o emprego das mesmas, desprovido de uma dimensão política. Na mesma vertente, Rozemberg et al.,(2002) destacam que as reuniões representam apenas “ chances” de comunicação, ou seja, o simples fato de reunir não garante o reconhecimento de modos cognitivos e simbólicos diferenciados, uma escuta não direcionada ou a promoção do diálogo. Assim, as estratégias utilizadas nas oficinas (jogos, brincadeiras, dramatização etc.) devem superar o seu caráter simplesmente pedagógico e serem usadas como recurso estratégico para propiciar a comunicação e o diálogo, implementando um processo de reflexão.

Chiesa e Westphal (1995) destacam a possibilidade da construção de relações horizontais no interior dos grupos, nos quais o espaço de discussão objetiva resgatar os conhecimentos existentes, permitindo a expressão da subjetividade, facilitando a comunicação e interlocução entre os membros. Amaral & Fonseca (2006) destaca as oficinas como espaço que propicia a negociação e o enfrentamento de conflitos, possibilitando a mudança de comportamento dos participantes por meio da revisão de valores, atitudes e normas até então aceitos e introjetados pelos indivíduos no processo de socialização. As oficinas se apresentam como recurso metodológico que viabiliza a “dinâmica do grupo”, o processo do grupo, e oferecem condições para construção de uma consciência de grupo – sentimento de pertença – tão importante no desafio de rever valores, atitudes, normas, enfim, atuar em nível de mudança de comportamento.

No campo da sexualidade, pode-se utilizar o recurso de oficinas para problematizar e polemizar a respeito das práticas e vivências dos adolescentes situando-as como sendo um espaço para a construção compartilhada do conhecimento (espaço de sócio construção do conhecimento) e da possibilidade da instauração de novos vínculos (profissionais da saúde e adolescentes).

4.2 Local de Investigação

O estudo foi realizado no município de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, que, em 2001, contava com uma população de 2.238.526 hab., distribuídos em uma área de 330,23 km². (IBGE, 2001). A organização territorial dos serviços de saúde do município encontrava-se, em 2006, subdividida em nove distritos sanitários, que correspondem às administrações regionais da Prefeitura de Belo Horizonte e têm definido certo espaço geográfico, populacional e administrativo. São 144 unidades básicas de saúde, cujas áreas de abrangência (129) são estabelecidas com base nos 2.564 setores censitários definidos pelo IBGE.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMSA-BH), órgão da administração direta da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, tem, por missão institucional, o objetivo de estruturar a atenção à saúde no município, buscando cumprir os princípios do SUS: universalidade, integralidade e

equidade na atenção à saúde da população. Para esta finalidade, a Prefeitura de Belo Horizonte/MG reestruturou e criou 09 distritos Sanitários. De acordo com Rouquayrol (1999), o distrito sanitário:

(...) representa uma proposta, para o município, que visa organizar serviços e estabelecimentos numa verdadeira rede, com mecanismos de comunicação e integração, destacando-se os procedimentos de referência e contra-referência e a instauração de modelos assistenciais alternativos (de base epidemiológica). O distrito sanitário tem sido reconhecido como unidade operacional e administrativa mínima do sistema de saúde, definida com critérios demográficos, populacionais, epidemiológicos, administrativos e políticos, onde se localizam recursos de saúde, públicos e privados, organizados através de mecanismos políticos e institucionais com a participação da sociedade organizada para desenvolver ações integradas capazes de resolver a maior quantidade possível de problemas de saúde" (Rouquayrol, 1999, p.532).

Cada um dos nove Distritos Sanitários – que correspondem às administrações regionais da Prefeitura de Belo Horizonte – tem definido certo espaço geográfico, populacional e administrativo de sua abrangência. Em média, 15 a 20 unidades ambulatoriais fazem parte de 01 Distrito, constituído de unidades básicas (Centros de Saúde), unidades secundárias como os PAM (Postos de Assistência Médica) e Centros de Referência em Saúde Mental (CERSAM), unidades de urgência/emergência (UPA – Unidade de Pronto Atendimento), além da rede hospitalar pública e contratada. A área do estudo, a Vila Cafezal, faz parte do distrito centro-sul.

O Distrito Sanitário Centro-Sul abrange uma área de 32,60 Km², onde reside uma população de 266.003 habitantes (IBGE, 2000), resultando numa concentração demográfica de 7.871 hab./Km². Dessa população, 20%, 53.200 habitantes, mora em área de risco e 12%, ou seja, 31.920 habitantes têm mais de 59 anos de idade. Apresenta uma média anual de 3.600 nascidos vivos. Excluindo-se os óbitos fetais, apresenta uma média anual de 1.600 óbitos. Devido à alta concentração de estabelecimentos comerciais, bancários, de lazer e outros serviços, e à sua inserção central na malha viária, o Distrito Sanitário Centro Sul (DISACS) apresenta também uma expressiva população flutuante. Conta com 11 unidades básicas de saúde (Figura 1), duas policlínicas – sendo a Policlínica Centro-Sul referência nacional para DST/AIDS –, um laboratório de bromatologia e um laboratório distrital. Localizam-se, na região, 22 clínicas com internação e 31 hospitais, entre públicos, particulares e conveniados com o SUS.

Figura 2 – Mapa do Distrito Sanitário Centro–Sul de Belo Horizonte–MG



A regional Centro-Sul é dividida em 13 Unidades de Planejamento (UP). As UP são unidades espaciais que reúnem um ou mais bairros e favelas, com características homogêneas de ocupação de solo e respeitando-se os limites das barreiras físicas, naturais ou construídas.

As Unidades de Planejamento são assim divididas: Aglomerado Santa Lúcia, Aglomerado da Serra, Anchieta/Sion, Barro Preto, Belvedere, Centro, Francisco Sales, Mangabeiras, Prudente de Moraes, São Bento/Santa Lúcia, Savassi, Santo Antônio e Serra. O Aglomerado da Serra ocupa uma área de 1.495.579 m², sendo constituído por seis vilas: Aparecida, Cafezal, Conceição, Fátima, Marçola e Novo São Lucas. O aglomerado é o maior conjunto de favelas da região, com a menor renda *per capita* do município. As vilas diferenciam-se, sobretudo, no tempo de ocupação, no nível de identidade com o espaço físico-social, no nível de organização interna e nas condições socioeconômicas.

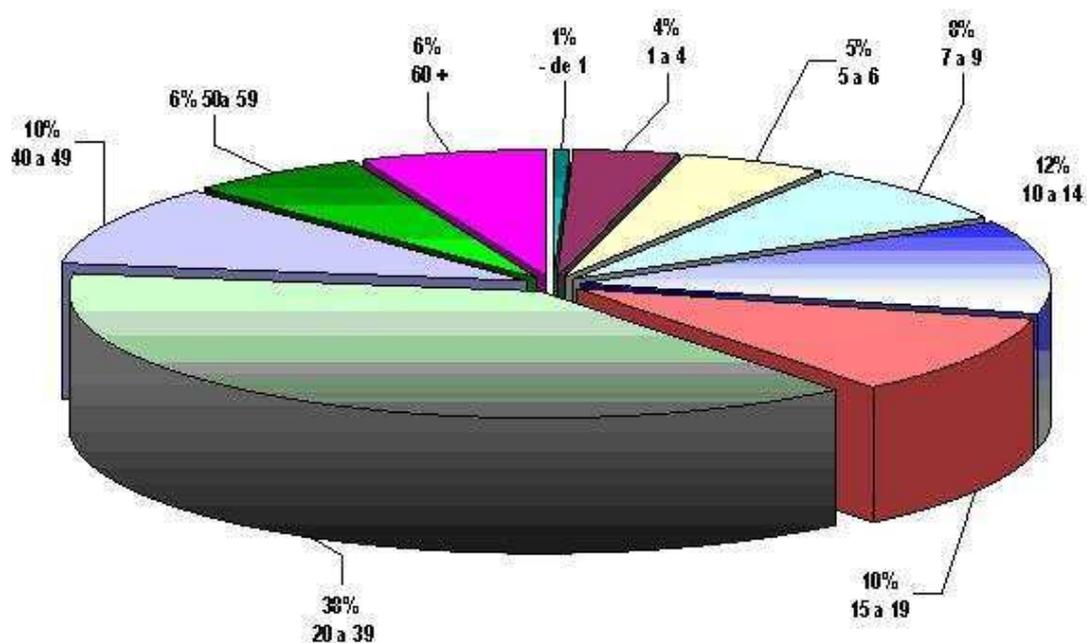
Segundo dados da Companhia Urbanizadora de Belo Horizonte (URBEL), a formação do aglomerado começou há cerca de 50 anos. A Vila Aparecida é a mais antiga (50 anos) e a Novo São Lucas é a mais recente (19 anos).

4.2.1 A Vila Cafezal – Uma breve caracterização

A Vila Cafezal possuía, em 2001, uma população de 10.481 habitantes, sendo 92,6% cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Vila Cafezal (UBS Cafezal). Do total da população cadastrada, 49,1% são homens e 50,9% são mulheres, sendo 54% de pessoas adultas entre 20 e 59 anos. O percentual de adolescentes na área de abrangência do centro de saúde Cafezal chega a 22%.

(Figura 2)

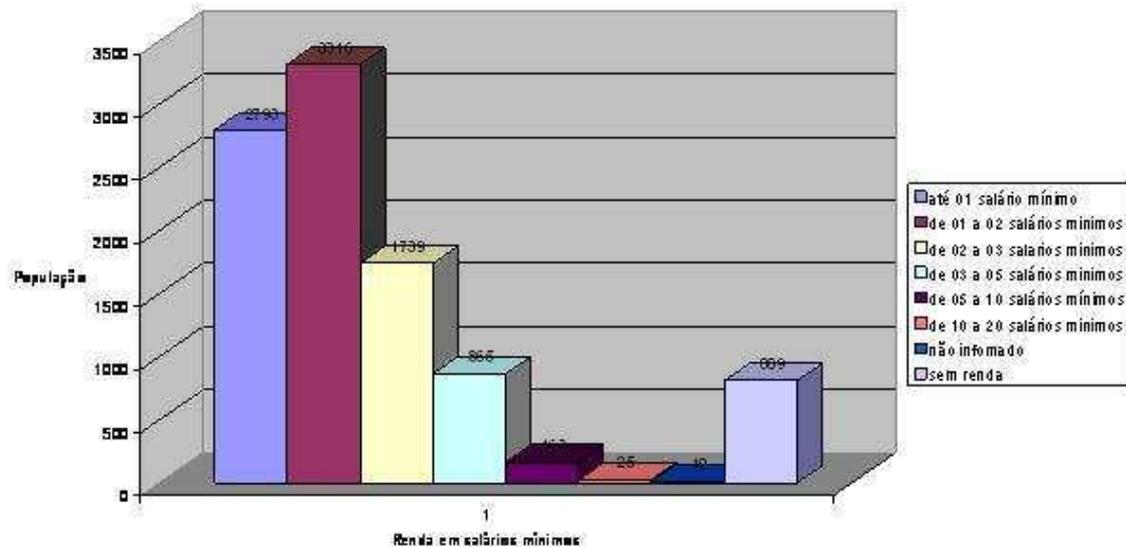
Figura 2 – Distribuição da população por faixa etária, na área de abrangência do CS Cafezal – Belo Horizonte - MG



Fonte: Censo Social 2006

A unidade lida com uma população da área de abrangência com grande número de jovens (até 19 anos) com Ensino Fundamental incompleto, sem plano de saúde, com renda familiar até três salários mínimos.

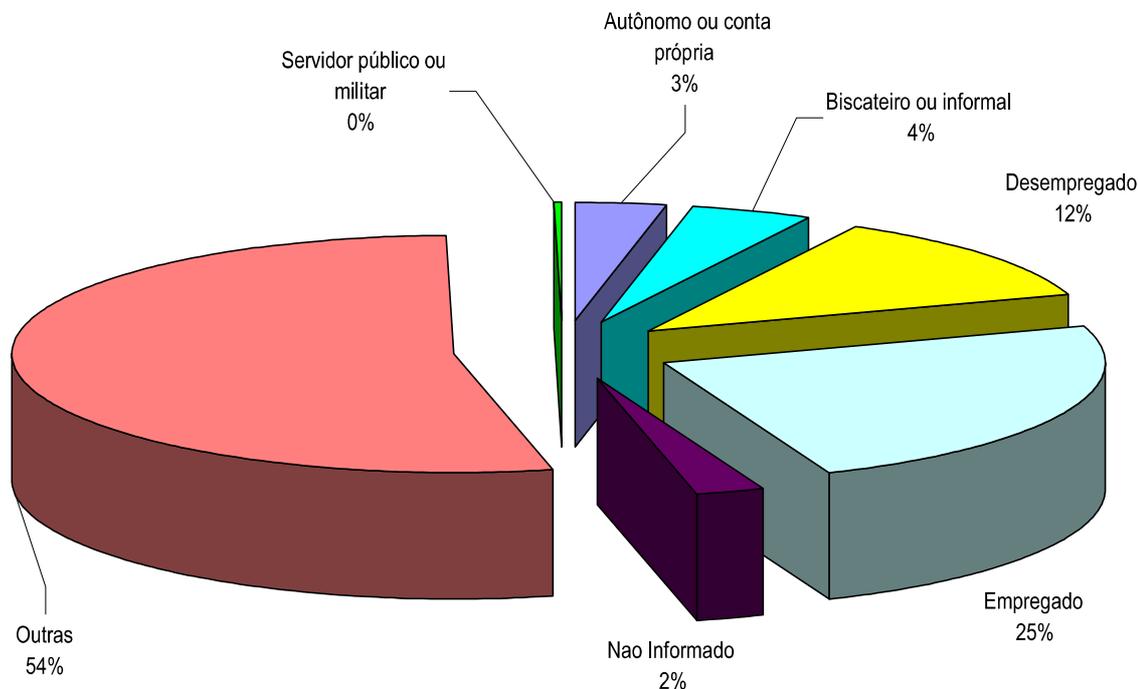
**Figura 3 – Distribuição da renda familiar da população adscrita ao CS Cafezal
Belo Horizonte - MG**



Fonte: Censo Social 2006

Quanto à inserção no mercado de trabalho, verifica-se, pela figura 4 que apenas 25% da população está empregada.

Figura 4 - Distribuição da população de abrangência do Centro de Saúde Vila Cafezal, Belo Horizonte – MG, conforme situação no mercado de trabalho



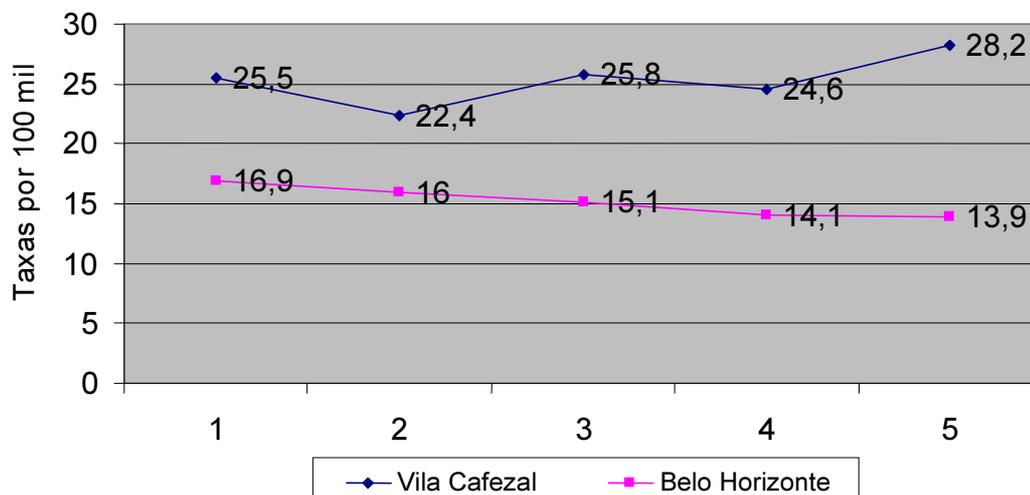
Fonte: Censo Social 2006

A região é conhecida pelos altos índices de violência e encontra-se dentro dos critérios de alto risco estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA–BH) no Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS)⁵.

No que se referem à fecundidade, os dados de 2004 revelam que do total de nascidos vivos neste ano, 28,16% são filhos de mães adolescentes (Figura 5).

⁵ Índice de Vulnerabilidade Social (IVS – da Fundação SEADE). O IVS está composto por 11(onze) indicadores, que enfocam a população do lugar, buscando quantificar seu acesso à 5(cinco) dimensões de cidadania: a) Ambiental (acesso à habitação e acesso à infra-estrutura básica); b) Cultural (acesso à escolaridade); c) Econômica (acesso à renda e acesso ao trabalho); d) Jurídica (acesso à assistência jurídica); e) Segurança de Sobrevivência (acesso à saúde, à segurança alimentar e à previdência social).

**Figura 5 – Taxa de Mães Adolescentes
2000-2004**



Fonte: SINASC 2004

No levantamento realizado por Moraes (2003), junto às equipes de Saúde da Família no Aglomerado da Serra, foi mostrado que os determinantes específicos da gravidez na adolescência são: influência da mídia, modismo, iniciação sexual precoce, vida sexual ativa, imediatismo, falta de compromisso, falta de limites, falta de respeito, perda de valores, ausência de projeto futuro, falta de envolvimento dos pais, falta de escola lazer e cultura, “pressa em amar”, baixa afetividade. Relata também que, na maioria das vezes, eles estavam sob o efeito de drogas, incluindo bebidas alcoólicas (Moraes, 2003).

4.3 O Programa Saúde da família e sua interface com o estudo

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi implantando em 1994, no Brasil, e surge com a perspectiva de mudança de paradigmas no trato com a saúde pública, na tentativa de consolidar os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização, descentralização, integralidade, equidade e participação social.

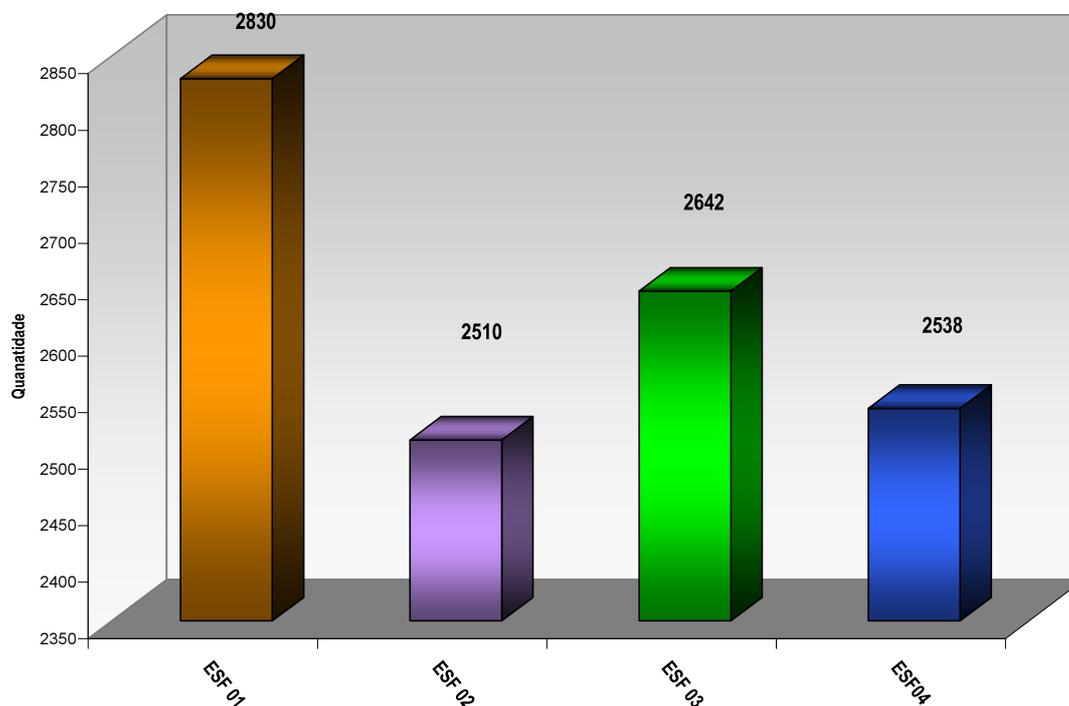
O PSF tem como principal objetivo reorganizar a atenção básica a partir de um novo processo de trabalho comprometido com a solução dos principais problemas de saúde da população, por meio de ações de caráter individual ou coletivo, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. Esse novo modelo assistencial cria as condições necessárias para um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e do meio ambiente.

O trabalho é realizado com um território de abrangência definido, onde a equipe do PSF é responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população adscrita a esta área. Cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a ACS. Outros profissionais – a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos – poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades.

Até outubro de 2002, haviam sido implantadas 2.181 equipes de Saúde da Família em Minas Gerais, o que corresponde a uma cobertura de 40,7% da população do Estado. O Programa de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte – BHVIDA – está sendo implantado desde fevereiro de 2002 e tem como objetivo a reorganização de todo o sistema de saúde a partir da atenção básica. As ESF estão sendo estruturadas prioritariamente nas áreas de elevado risco de adoecer e morrer, o que corresponde a uma cobertura de aproximadamente 500.000 habitantes do município.

A Vila Cafezal possui quatro ESF, onde cada uma cobre uma área com cerca de 2.800 a 3.000 pessoas, ou seja, aproximadamente 600 famílias por equipe. Cada ESF dessa área é formada por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de saúde e cinco ou seis agentes comunitários de saúde (ACS), recrutados na própria comunidade. (Figura 6)

Figura 6 - Distribuição da população por Equipe de Saúde da Família na área do CS CAFEZAL



Fonte: Censo Social 2006

Para a realização das atividades, contou-se com o apoio da ESF Roxa. O trabalho da ESF Roxa abrange uma área de aproximadamente 800.000 m² de uma região bastante acidentada no Aglomerado da Serra, bairro da Região Centro-Sul de Belo Horizonte 2.510 habitantes distribuídos em aproximadamente 600 famílias (Censo Social, 2006).

O cadastramento desta população foi inicialmente realizado no período de março a maio de 2002, por ocasião do início das atividades do programa. Paralelamente ao cadastro, a ESF Roxa realizou uma pesquisa com um grupo representativo da comunidade para levantamento dos problemas comunitários. A análise simultânea dos dados do cadastro e da pesquisa possibilitou o delineamento do panorama sócio-cultural da população e levantou dados interessantes para o diagnóstico da área.

Duas questões apresentaram-se como grandes desafios para a ESF: a violência, que perpassa todas as demais questões e é vista pela própria comunidade, quase unanimemente, como o seu maior problema; e a gravidez na adolescência, que se revela prevalente nos dados cadastrais e, curiosamente, não aparece na pesquisa de transcendência.

4.4 Seleção do Grupo

Foram realizadas reuniões no sentido de apresentar a proposta de intervenção e convidar a equipe para participar e colaborar na realização da mesma. Foram realizados três encontros com a participação de todos os ACS integrantes da equipe roxa, bem como a médica, a gerente e a enfermeira da equipe.

Na segunda reunião, foi pedido aos ACS que preenchessem a ficha cadastral (Anexo 01) de todos os moradores com idade entre 10 e 14 anos (nascidos entre) das famílias por eles atendidas. O trabalho foi realizado por meio de visitas domiciliares. Foram cadastrados 126 adolescentes de 10 a 14 anos (54 meninos e 72 meninas). Deste total, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão no grupo: (a) estar cadastrado no programa de saúde da família da equipe roxa na Vila Cafezal; (b) adolescentes de ambos os sexos na faixa etária de 10 a 14 anos; (c) não estar participando de outro projeto social; (d) estudar na parte da manhã. Após aplicação destes critérios pôde-se contar com 35 nomes.

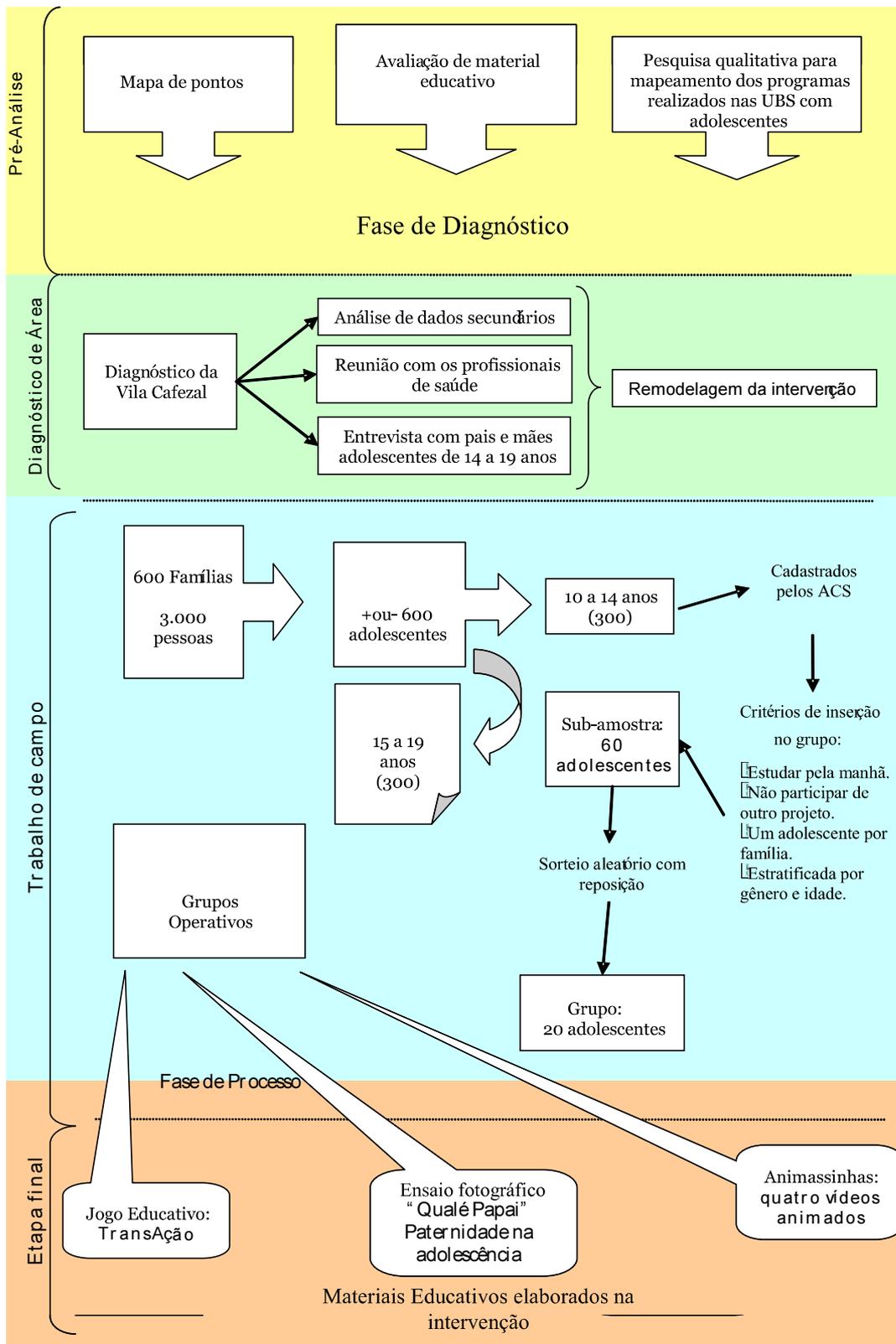
Realizou-se um sorteio aleatório e foram selecionados 20 adolescentes (10 meninos e 10 meninas). O sorteio foi realizado na presença dos ACS e da médica. Todos os ACS anotavam o nome dos adolescentes de sua área de atuação. Ao final, ouviu-se a opinião dos ACS, que apontaram para a exclusão de quatro adolescentes, uma vez que os mesmos estavam envolvidos com drogas e já não moravam com as famílias. Foi feita a reposição.

Desse modo, os agentes comunitários ficaram responsáveis por levar pessoalmente o convite para os pais ou responsáveis e para os adolescentes. Uma vez que aceitaram participar, foi assinado, pelos pais ou responsáveis, o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo 2). Os Adolescentes assinaram a declaração para uso de imagem. (Anexo 3)

4.5 Procedimentos metodológicos – Desenho de pesquisa

A figura 7 apresenta o desenho da pesquisa com adolescentes da Vila Cafezal para melhor compreensão das atividades que foram realizadas. O estudo foi dividido em três etapas: Diagnóstico, Processo de Construção da intervenção e realização da intervenção nas oficinas em grupo operativo. Neste tópico, pretende-se, de maneira sucinta, apresentar as atividades realizadas em cada etapa. É válido ressaltar que as metodologias específicas serão mais bem detalhadas nos artigos apresentados no item dos resultados.

Figura 7 – Desenho da intervenção realizada com adolescentes da Vila Cafezal – Belo Horizonte - MG



1ª Etapa: Diagnóstico

Por meio do georreferenciamento dos endereços das mães adolescentes, elaborou-se um estudo espacial referente aos nascidos vivos no Município de Belo Horizonte/MG. O objetivo foi conhecer a distribuição espacial do fenômeno da gravidez adolescente no município e localizar possíveis “clusters” do fenômeno, correlacionando-os com variáveis sócio-demográficas. Paralelamente realizou-se um mapeamento das ações e estratégias realizadas nos Centros de Saúde para atendimento ao público adolescente, através da realização de entrevistas semi-estruturadas. O objetivo foi verificar quais ações estavam sendo realizadas bem como considerar em quais perspectivas estavam sendo implementadas.

Para completar a fase de diagnóstico realizou-se a análise de materiais educativos impressos utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, no sentido de informar temas ligados à saúde sexual e reprodutiva que pudessem, de maneira direta ou indireta, prevenir a gravidez precoce e as DST.

As metodologias de análise de cada fase estão descritas nos artigos no item “resultados”.

2ª Etapa: Processo de Construção da Intervenção

O objetivo desta etapa consistiu basicamente no levantamento de dados secundários de vários órgãos (URBEL, IBGE, SINASC) para diagnóstico da área. Foi estabelecido o contato inicial com a gerência do Centro de Saúde, no sentido de discutir a viabilidade de uma intervenção junto ao público adolescente. Realizou-se encontros com os profissionais de saúde (Enfermeira, Médica Ginecologista e ACS) e entrevistas semi-estruturadas com os pais e mães adolescentes, para investigar as atitudes, crenças e comportamentos, no que se refere à experiência da gravidez, papéis de gênero, dentre outros. Nesta etapa foi realizado o cadastro dos adolescentes e a montagem do Grupo. Foi assinado o termo de consentimento livre e esclarecido pela gerência do Centro de Saúde. (Anexo 4)

3ª Etapa: Realização da intervenção nas oficinas em grupo operativo na Vila Cafezal

A intervenção foi dirigida para o público adolescente (10 a 14 anos) da área adstrita da Equipe da Saúde da Família – ESF⁶, composta por 16 participantes. Foram realizados 35 encontros no posto de saúde, às sextas-feiras, das 14h00min às 17h00min, no período de abril de 2006 a março de 2007. Adotou-se a perspectiva de Afonso (2003), estabelecendo, em cada encontro, momentos específicos: aquecimento, reflexão do tema gerador, atividade lúdica, avaliação e planejamento. Para cada encontro foi elaborado um planejamento minucioso de atividades, sempre tentando conciliar os recursos humanos e materiais disponíveis com uma metodologia pautada na participação. Os integrantes da equipe (ACS, Médica, Coordenador e bolsistas) utilizaram cadernos de campo para fazer anotações ao longo das atividades. A descrição detalhada do processo encontra-se no (Anexo 5).

⁶ Das 08 (oito) Equipes de Saúde da Família lotadas no Centro de Saúde Cafezal, 04 (quatro) respondem pelo atendimento da Vila Fátima e 04 (quatro) pelo atendimento da Vila Cafezal. Para facilitar a sua identificação pelos respectivos usuários as equipes foram nomeadas com cores diferentes.

“Eu gostei muito do projeto porque ele me ensinou muitas coisas. Eu também gostei muito da animassinha, do personagem e do texto. Eu gostei da Maria, do Samuel e do Héilton. Ele também não é muito presente no projeto, mas eu gostei muito dele. Eu também gostei muito das outras atividades. Foi tudo legal e também muito bom. Mas que pena que o projeto vai acabar muito cedo. A gente foi passear e eu vi os DNA e outras coisas. Eu também fiz a célula de jujuba e eu também fiz a nutricionista e mando um beijo para a namorada do Héilton. Um beijo bem gostoso”. Masculino

5 Resultados

5.1 “Artigo I”: Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no Município de Belo Horizonte. MG.

5.2 “Artigo II”: Políticas Públicas voltadas para adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Belo Horizonte/MG: uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde

5.3 “Artigo III”: Análise de Materiais Educativos impressos utilizados na atenção Básica voltados para o âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

5.4 “Artigo IV”: Uma análise das representações sociais de pais e mães adolescentes em relação à gravidez e adoção de medidas contraceptivas na Vila Cafezal, Belo Horizonte/MG.

5.5 “Artigo V”: Interface entre Educação e Saúde: Descrevendo uma estratégia educativa propícia ao diálogo, reflexão e troca de experiência sobre sexualidade com adolescentes.

5.6 Transação: Preâmbulo ao Jogo da Sexualidade

5.7 “Artigo VI”: Criação compartilhada de um jogo: um instrumento para o diálogo sobre sexualidade desenvolvido com adolescentes da Vila Cafezal – Belo Horizonte – Minas Gerais/Brasil.

5.8 “Artigo VII”: “Dó, Ré, Mi, Fá... zendo arte com massinhas: Oficinas educativas com adolescentes da Vila Cafezal – Belo Horizonte/MG.

5.9 Qualé, Papai! Ensaio fotográfico autoral que propõe uma leitura dos temas relacionados à paternidade adolescente.

5.1 Análise da distribuição espacial da gravidez adolescente no Município de Belo Horizonte

MG⁷

Resumo

O georeferenciamento dos eventos de saúde ganha relevância na análise e avaliação de riscos à saúde coletiva, na medida em que incorpora variáveis relacionadas com o meio ambiente e com o perfil socioeconômico da população. Partindo da premissa que a maternidade precoce não acontece de forma aleatória no interior da sociedade, mas, antes, tem determinação econômica, social, individual e cultural, nosso objetivo foi, a partir dos dados do SINASC 2005, correlacionar a gravidez na adolescência com aspectos socioeconômicos e de vulnerabilidade social no Município de Belo Horizonte assumindo a existência de uma dependência espacial entre esses fatores. Para tal, utilizou-se ferramentas do ESDA (*Exploratory Spatial Data Analysis*), isto é, técnicas para descrever e visualizar distribuições espaciais, identificar situações atípicas, descobrir padrões de associação espacial, agrupamento de valores semelhantes (clusters) e sugerir regimes espaciais ou outras formas de heterogeneidade espacial. Um dos resultados que se destaca é a correlação, estatisticamente significativa, entre vulnerabilidade social e taxa de nascidos vivos para mulheres com idade entre 12 e 19 anos e entre 20 e 29 anos. Constatou-se a presença de conglomerados com altas proporções de mães adolescentes em associação as áreas onde as condições socioeconômicas são piores e uma menor proporção de mães adolescentes em setores de melhores condições, nos quais o maior número de nascimentos se dá entre as mulheres com faixa etária de 20 a 29 anos e acima de 30 anos. Tal estudo aponta para a necessidade de subsidiar a organização e o planejamento das ações e estratégias na área da saúde sexual e reprodutiva para o público jovem e adolescente, sobretudo em regiões de elevada vulnerabilidade econômica e social.

Palavras chaves: Gravidez na Adolescência, Estudo Ecológico, Políticas Públicas.

Abstract

An Analysis of the spatial distribution of adolescent pregnancy in the city of Belo Horizonte

The geoprocessing of health data gets relevance as the analysis and assessments of risks to public health incorporate variables related to the environment and the socioeconomic profile of the population. Starting from the premise that early motherhood does not occur at random within the society, but is determined by economic, social, cultural and individual factors, the data of SINASC 2005 was used to present some models of spatial analysis in an ecological study which could be useful in outlining the phenomenon of teenage pregnancy in the city of Belo Horizonte. This work used the ESDA (*Exploratory Spatial Data Analysis*). This tool is defined in the literature as a collection of techniques which describes and visualizes spatial distributions, identifies atypical circumstances, discovers patterns of spatial association, makes clusters of similar values and suggests spatial schemes or other forms of spatial heterogeneity. One of the results highlighted is the statistically significant correlation between social vulnerability and the rate of live births for women between 12-19 and 20-29 years of age. The study identified: (a) the presence of conglomerates with high proportions of teenage mothers associated with poorer socioeconomic conditions; and (b) a decrease in the proportion of teenage mothers in areas of better conditions, in which the highest number of births occurred in the age group of 20-29 years and above 30. This study may subsidize the organization and planning of actions and strategies in the area of sexual and reproductive health for young and adolescent audiences.

Keywords: Pregnancy in adolescence, Ecological study, Public Politics,

⁷ Artigo submetido à Revista Brasileira de Epidemiologia.

Introdução

Nas últimas décadas vêm se ampliando no Brasil a utilização de bancos de dados originados pelos serviços de saúde, como subsídio para a elaboração de políticas de saúde, planejamento e gestão de serviços de saúde (Bittencourt et al., 2006). No âmbito da saúde pública, diversos estudos (Morenoff, 2003; Carvalho e Cruz, 1998; Câmara e Monteiro, 2001) mostram que a localização espacial dos eventos em saúde e os Sistemas de Informações Geográficas (SIG) têm papel destacado, sobretudo no que diz respeito a políticas públicas de caráter preventivo. Neste contexto, o georeferenciamento dos eventos de saúde torna-se um fator importante na análise e avaliação de riscos à saúde coletiva, (Souza e Torres, 2003; Bailey, 2001; Elliott e Wartenberg, 2004; Carvalho e Souza– Santos, 2005). Vários trabalhos (Friche et al., 2004; Leal e Wunsch, 2002; Lapa, 2003; Shimakura et al., 2001; Opromolla et al., 2005) evidenciam a aplicabilidade das análises espaciais para a compreensão da distribuição espacial dos eventos em saúde e suas relações com os determinantes socioeconômicos e ambientais.

A compreensão de como um contexto afeta a saúde de grupos populacionais por meio de seleção, distribuição, interação, adaptação e outras respostas, requer medir seus efeitos em nível de grupo, uma vez que medidas em nível individual não podem dar conta destes processos (Susser, 1994, Diez–Roux, 1998, Bailey, 2001). Padrões de mortalidade ou morbidade, propagação de epidemias, transmissão sexual de doenças ou a transferência de comportamentos ou valores não podem ser explicados sem uma abordagem que, além de considerar os grupos, estude o espaço e o tempo. Variáveis como raça, idade, estado civil, escolaridade, gênero dentre outras são de suma importância para análise e compreensão dos fenômenos ligados à saúde das populações.

No Brasil, a implantação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) permitiu a elaboração e implementação de indicadores de saúde materno e infantil além de potencializar as análises que visam estabelecer a relação de tais indicadores com variáveis sociodemográficas. (Bittencourt, 2006). Não obstante, inúmeros estudos procuram traçar o perfil epidemiológico dos nascidos vivos, conhecer o perfil da morbimortalidade da população materno–infantil bem como analisar fenômenos específicos como gravidez, e principalmente, a gravidez na adolescência (Mello Jorge et al., 1996; D`Orsi e Carvalho, 1998; Velasco, 1998; Friche et al., 2006).

No que diz respeito ao fenômeno da gravidez adolescente, uma série de fatores têm sido associados às suas causas e conseqüências, tornando o seu estudo ainda mais complexo. Entre o universo de variáveis relacionadas aos fatores sociais, ambientais, individuais e culturais são predominantes os indicadores de raça/etnia, status socioeconômico, escolaridade e a faixa etária da mãe (ou, menos comum, dos pares) em que ocorre a gravidez (10 a 14 ou 15 a 19) para a compreensão do fenômeno. Isto se torna mais importante se assume a não aleatoriedade espacial do mesmo no ambiente urbano, isto é, que a gravidez, como outros fenômenos sociais diferem-se por regiões e grupos. (Gama et al., 2002; e Sabroza et al., 2004; Ribeiro et al., 2000; Simões et al., 2003; Camarano, 1998).

No que se refere às conseqüências, a parentalidade na adolescência irá repercutir de forma distinta segundo a inserção socioeconômica dos indivíduos. (Heilborn et al., 2002; Esteves e Menandro, 2005; Costa et al., 2006). No estudo de Brandão e Heilborn (2006) as autoras destacam que nas classes populares é mais notória a mudança de **status** dos jovens pais, “simbolicamente há neste contexto certa ruptura a partir do evento da gravidez”. Nas camadas médias “a parentalidade na adolescência não altera o curso de vida”. Este fato pode até mesmo indicar certo determinismo da gravidez na adolescência nas camadas sociais menos abastadas, uma vez que neste ambiente social a gravidez implique em um mecanismo válido para conduzir à mobilidade social (Monteiro 2002. Desser, 1996).

Por outro lado, o estudo de César et al., (2000) aponta para uma relativização do efeito idade quando considera-se o **status** socioeconômico dos indivíduos. A autora realizou pesquisa em Belo Horizonte para testar a hipótese, segundo a qual a maior mortalidade neonatal de crianças filhas de mães adolescentes está relacionada ao baixo **status** socioeconômico destas mães, e não à idade das mesmas. Os aspectos fisiológicos que determinariam uma gravidez de alto risco entre adolescentes tais como peso, altura, estado nutricional e desenvolvimento do aparelho reprodutivo, são agravados pelas condições socioeconômicas e culturais nas quais a adolescente está inserida.

Partindo da premissa que a maternidade precoce não acontece de forma aleatória no interior da sociedade – antes determinada por fatores econômicos, sociais e culturais –, nosso objetivo é, a partir dos dados do SINASC (2005), identificar uma dependência espacial da gravidez na adolescência com aspectos socioeconômicos e de vulnerabilidade social.

Metodologia

Local de Investigação

Este estudo foi realizado no município de Belo Horizonte, Minas Gerais, que, em 2001, contava com uma população de 2.238.526 habitantes, distribuídos em uma área de 330,23 km² de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2001). A organização territorial dos serviços de saúde do município encontrava-se, em 2006, subdividida em nove distritos sanitários, que correspondem às administrações regionais da Prefeitura de Belo Horizonte e têm definido certo espaço geográfico, populacional e administrativo. São 144 unidades básicas de saúde, cujas áreas de abrangência (129) são estabelecidas com base nos 2.564 setores censitários definidos pelo IBGE.

Fonte de dados

No Brasil existem poucas fontes de dados sócio-demográficos em escala intra-urbana, com exceção do IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – que produz dados nessa escala. No caso das grandes cidades brasileiras, o IBGE coleta suas informações demográficas no âmbito dos domicílios e agrega essas informações para disponibilizá-las ao público no nível definido como setor censitário, correspondente a um conjunto de domicílios.

Neste artigo, usamos a base de dados georeferenciada de setores censitários do IBGE, para o município de Belo Horizonte relativa ao Censo realizado no ano de 2000. Essa base de dados conta com 2.564 setores censitários que delimitam toda a área da capital mineira e, usando suas informações censitárias, foi possível elaborar o Índice de Vulnerabilidade Social⁸ – IVS – para a cidade e verificar sua distribuição espacial no ambiente em estudo.

⁸ Este indicador se baseou na metodologia utilizada pela Fundação SEADE do Estado de São Paulo para a construção do Índice Paulista de Vulnerabilidade Social. De acordo com a SEADE, que permite uma visão mais detalhada das condições de vida do município. Para maiores detalhes sobre a apresentação dos objetivos principais e utilização prática do Índice de Vulnerabilidade Social ver http://www.al.sp.gov.br/web/ipvs/index_ipvs.htm, acessada em 20 de janeiro de 2007

O IVS pode ser entendido como o resultado da combinação de duas dimensões, uma socioeconômica e outra demográfica, de maneira que os setores censitários, i.e. seus residentes, são classificados em seis grupos de vulnerabilidade social. Conceitualmente, a dimensão socioeconômica compõe-se da renda apropriada pelas famílias e do poder de geração pelas mesmas e, a dimensão demográfica está ligada ao ciclo de vida familiar. Este índice é, portanto, o resultado do escore dos componentes principais do modelo de análise fatorial no qual utilizou-se as seguintes variáveis:

- Percentual de responsáveis pelo domicílio alfabetizados;
- Percentual de responsáveis pelo domicílio com ensino fundamental completo;
- Anos médio de estudo do responsável pelo domicílio;
- Rendimento nominal médio do responsável pelo domicílio;
- Percentual de responsáveis pelo domicílio com rendimento de até três salários mínimos;
- Percentual de responsáveis pelo domicílio com idade entre 10 e 29 anos;
- Idade média do responsável pelo domicílio;
- Percentual de crianças de zero a quatro anos;
- Percentual de responsáveis do sexo feminino com o máximo de oito anos de escolaridade.

O outro conjunto de dados utilizado neste estudo diz respeito ao número de nascidos vivos obtido por meio do Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC, 2005), consolidados pela Gerência de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS). A partir desta base de dados, foi possível georeferenciar o endereço de residência das grávidas diferenciando-as pela sua faixa etária de modo a mapear e identificar uma possível concentração espacial de “nascidos vivos”⁹ em função da idade das mães.

⁹ Neste caso, a concentração espacial está referindo-se ao endereço de moradia das mulheres e não dos locais onde as crianças nasceram.

Modelo de Análise

Usando os setores censitários como a menor unidade de análise deste trabalho, decidiu-se, num primeiro momento, por tratar a incidência da gravidez na cidade de Belo Horizonte por meio de taxas de risco, ou de taxa de prevalência. O método mais simples e usual é o cálculo da taxa bruta, que consiste na razão entre o número de eventos ocorridos numa área em um determinado momento do tempo e o número de pessoas-ano expostas à ocorrência deste evento. No entanto, este método está fortemente sujeito à variabilidade entre áreas vizinhas ocasionada pela não existência da ocorrência de eventos em determinado período, o que não implica num risco associado devido a outros fatores.

Assim, Castro et. al. (2004) sugerem como alternativa à utilização da taxa bruta o uso do Estimador Bayesiano Empírico, “uma das melhores alternativas disponíveis para estimar riscos em pequenas áreas” (pág. 1271). Sua aplicabilidade implica no fato de que este estimador faz com que a informação a respeito do risco contida nos dados das outras áreas (por exemplo, de todos os setores censitários de Belo Horizonte) seja usada para estimar o risco em uma dada área, eliminando, assim, a variabilidade contida nas taxas brutas.

Seguindo a proposição contida em Castro et al (2004), o Estimador Bayesiano Empírico é uma taxa ajustada na forma:

$$b_i = w_i t_i + (1-w_i)m$$

onde t_i é a taxa de risco ou taxa de prevalência de gravidez na área, m é taxa global para a cidade de Belo Horizonte e w_i é o peso entre 0 e 1 que depende do tamanho da população da área i . Quanto maior a população da área i , mais próximo de 1 é o peso w_i , o que implica que nas áreas cuja população é maior, a estimativa bayesiana empírica é muito próxima da taxa t_i e nas áreas com população muito pequena, o valor de b_i será intermediário entre t_i e m (Castro et al 2004).

Os dados foram analisados por meios de números absolutos, utilizando a população como fator de risco para os eventos de nascidos vivos por faixa etária da mãe. Consideraram-se as mulheres na faixa etária de 12 a 19 anos, devido a pouca ocorrência de gravidez entre 10 e 11 anos. As taxas bayesianas empíricas referem-se ao ano de 2005 e a unidade de análise utilizada para a correção foram os setores censitários urbanos da cidade de Belo Horizonte e a sua população neste mesmo ano (Censo IBGE, 2000).

Para facilitar a visualização dos mapas produzidos a partir das taxas bayesianas por setor censitário de Belo Horizonte, procurou-se comparar os mesmos mapas usando a metodologia de mapas de Kernel¹⁰, ou interpolação por densidade de Kernel (Bailey e Gatrell,1995), cuja característica principal é permitir uma visualização mais fácil e “confortável” de grandes volumes de dados pontuais em uma determinada área ou região do mapa.

A estimação da densidade Kernel é uma técnica de interpolação que é apropriada para posições de dados individuais (Silverman, 1986; Härdle, 1991; Bailey e Gatrell, 1995; Bowman e Azalini, 1997; Burt e Barber, 1996;). A estimação de kernel é um método originalmente desenvolvido para obter uma estimativa suavizada de uma densidade de probabilidade univariada ou multivariada a partir de uma amostra de dados observados. Estimar a intensidade de um padrão espacial de pontos é muito semelhante a estimar a densidade de probabilidade bivariada, e a estimação de kernel bivariada pode ser facilmente adaptada para dar uma estimativa da intensidade.

O método pode ser sucintamente descrito da seguinte forma: se s representa uma localização qualquer numa região R e s_1, \dots, s_n são as localizações dos n eventos observados, então a intensidade $\lambda(s)$, é estimada por:

$$\hat{\lambda}_\tau(s) = \frac{1}{\bar{\delta}(s)} \sum_{i=1}^n \frac{1}{\tau^2} k\left(\frac{s - s_i}{\tau}\right)$$

Aqui, $k()$ é uma função densidade de probabilidade apropriadamente escolhida, conhecida como **kernel**, que é simétrica com relação à origem. O parâmetro $\tau > 0$ é a largura de banda (**bandwidth**) e determina a quantidade de suavização – essencialmente é o raio do círculo centrado em s dentro do qual pontos s_i contribuirão significativamente para $\lambda(s)$. O fator abaixo:

$$\bar{\delta}(s) = \int_R \frac{1}{\tau^2} k\left(\frac{s - u}{\tau}\right) du$$

onde $\bar{\delta}$ é uma correção de fronteiras, justamente o volume sob o kernel centrado em s que fica “dentro” de R . O resultado desta estimativa é um valor que representa a densidade de eventos por unidade de áreas. No presente estudo, a estimativa é a densidade do número de nascidos vivos na cidade de Belo Horizonte, no ano de 2005, por quilômetro quadrado.

¹⁰ Usamos o método Normal de Estimativa e tamanho do bandwidth ou raio foi fixado em 800 metros.

Procedimentos metodológicos

O trabalho de consolidação realizado pela Gerência de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte teve como produto, uma grande base de dados georreferenciados de nascidos vivos na cidade em 2005, com exatamente 22.961 registros de nascimentos. Uma análise inicial mostrou que alguns endereços foram citados mais de uma vez no mesmo ano, mostrando que numa mesma localização espacial haviam ocorrido 19 partos, por exemplo. Optou-se por trabalhar apenas com as localizações espaciais em que apareceu apenas uma citação, resultando em um banco de dados com 17.849 ocorrências de nascidos vivos.

Realizou-se o mapeamento dos endereços dos nascidos vivos no município de Belo Horizonte em 2005. Esses endereços foram diferenciados quanto à faixa etária da mãe (até 19 anos, de 20 a 29 anos e mais de 30 anos). A seguir utilizou-se a taxa bayesiana para corrigir o efeito do tamanho da população de risco de maneira a identificar os **clusters** de nascidos vivos por faixa etária da mãe. Este método minimiza a variabilidade das taxas devida as diferenças entre as áreas do risco subjacente ocasionado pela pura flutuação aleatória (Assunção et. al, 1998).

Para facilitar a visualização dos “clusters” de nascidos vivos, utilizou-se a interpolação de Kernel como um recurso exploratório para verificar a densidade do evento “nascidos vivos no município de Belo Horizonte no ano de 2005, por faixa etária da mãe”. Os mapas de Kernel permitiram identificar as áreas na cidade de Belo Horizonte com maior incidência de nascidos vivos, por idade da mãe. Esses locais foram mais bem identificados em função dos nove distritos sanitário do município.

Seguindo a hipótese básica deste trabalho, de que a maternidade, sobretudo a precoce, esteja determinada por fatores sócio-demográficos e culturais do espaço urbano, buscou-se a correlação estatística entre o status sócio-econômico das regiões caracterizado pelo Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) e as taxas bayesianas de nascidos vivos por idade das mães. A unidade de análise considerada são os 2.564 setores censitários urbanos do IBGE, de acordo com o censo 2.000.

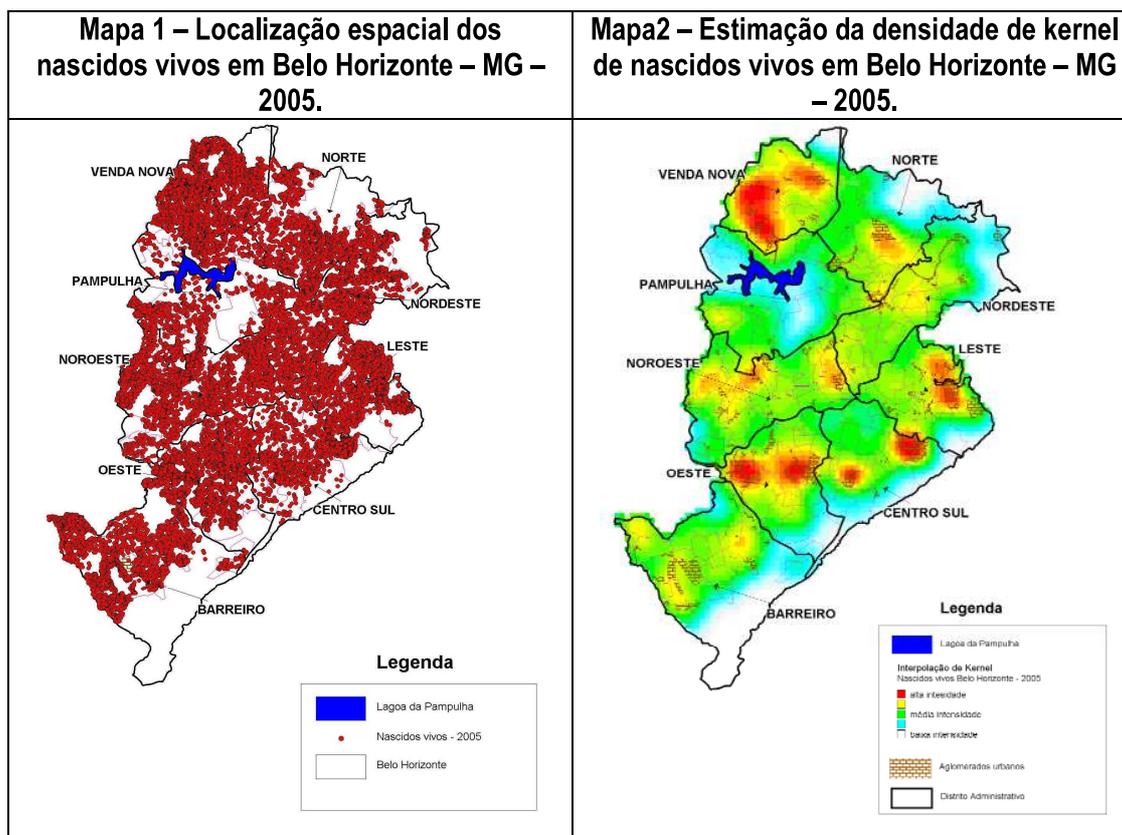
O processamento e a análise dos dados foram realizados com a utilização do **software** GeoDa –0.9.5.i5 (beta) (Spatial Analysis Laboratory, University of Illinois, Urbana–Champaign, Estados Unidos,), do Statistical Package for the Social Sciences Windows (SPSS versão 11.0,

Chicago, Estados Unidos) e do MapInfo (versão 8.5). O projeto foi aprovado pelos comitês de ética do Centro de Pesquisa René Rachou/FIOCRUZ e da Prefeitura de Belo Horizonte.

Resultados

O Mapa 1 representa a localização pontual dos endereços descritos pelas mães dos nascidos vivos em Belo Horizonte. Existem quase 18 mil pontos neste mapa, inviabilizando qualquer inferência acerca de uma possível concentração em alguma região da cidade. Por causa disto, elaborou-se um mapa a partir da estimativa de densidade de Kernel com o objetivo de facilitar a sua visualização e apontar as áreas em que existe uma maior incidência de “nascidos vivos”, representadas no mapa pelas áreas de cor vermelha.

Uma análise preliminar já aponta um aspecto interessante com respeito às áreas em que se notam maior incidência de “nascidos vivos”: destacam-se regiões caracterizadas por grandes áreas de Vilas e Favelas que acumulam uma série de desvantagens socioeconômicas. São aglomerados urbanos de segmentos sociais, vivendo o processo de vulnerabilização social e individual, conseqüência direta de um processo mais amplo que atinge o contexto brasileiro, no qual as tensões ligadas à crise do trabalho geram o desemprego bem como a precarização das condições de trabalho. Tais aspectos, somados à debilidade dos sistemas públicos de proteção social, trazem conseqüências diretas para a qualidade de vida de tais populações.



As taxas bayesianas de nascidos vivos por faixa etária da mãe bem como os respectivos mapas de concentração espacial são apresentados a seguir. Como se poderá observar, os dados utilizados foram desagregados em três categorias: a) nascidos vivos de mães com idade inferior a 20 anos; b) nascidos vivos de mães com idade entre 20 e 29 anos e; c) nascidos vivos de mães com idade superior a 30 anos. Nas duas técnicas utilizadas – taxas corrigidas pelo método bayesiano e estimativa de densidade de Kernel – demonstraram um padrão de concentração espacial distinto na cidade em função da faixa etária da mãe.

O Mapa 3 representativo da prevalência da gravidez em mulheres menores de 20 anos, ou seja, gravidez na adolescência, revela que o fenômeno está concentrado em algumas áreas periféricas do município. Na regional Venda Nova destacam-se o bairro Venda Nova e Mantiqueira. Na Regional Pampulha, que se caracteriza por apresentar grandes contrastes sociais, aparecem três pontos escuros. Dois na porção centro-sul referem-se à Vila Itamarati e a Vila Ouro Preto, que juntamente com o conjunto Lagoa, Chapada do Norte (Vila do Índio) e Engenho Nogueira integram as cinco áreas consideradas de risco nesta regional.

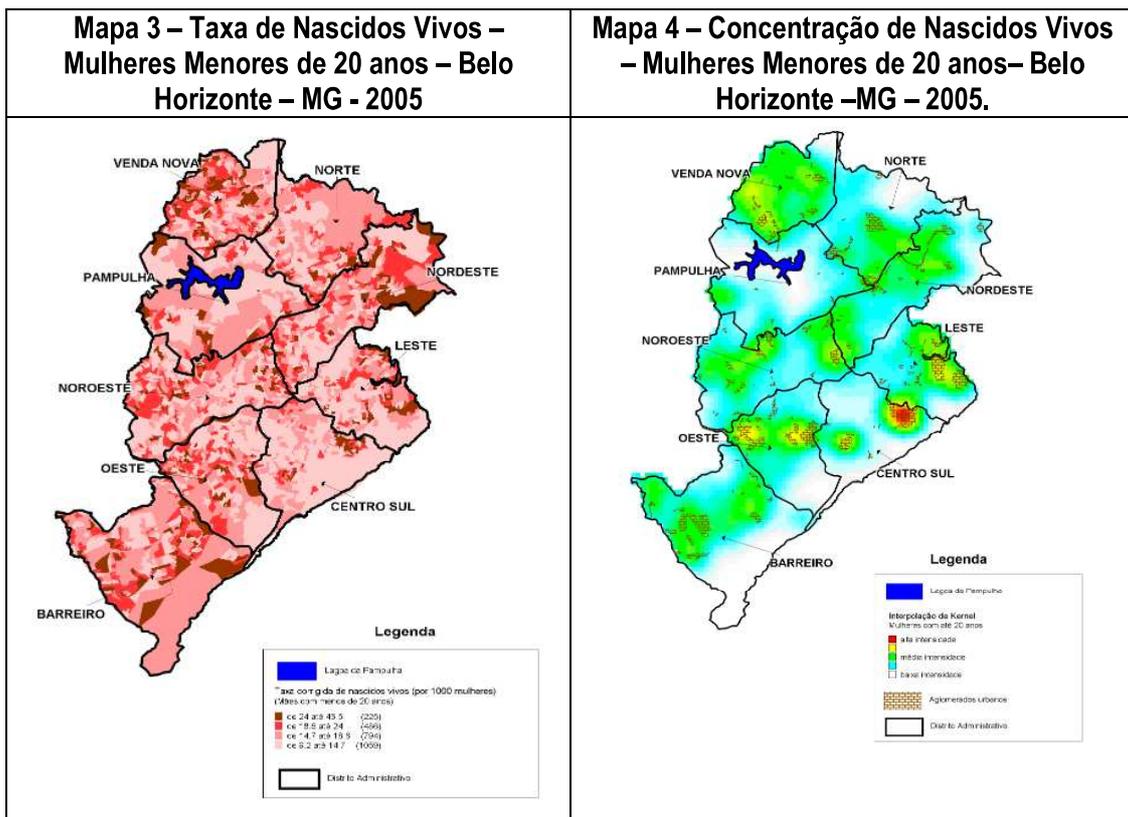
Na regional Nordeste, a grande mancha escura compreende quase a totalidade do bairro Gorduras que concentra um grande "bolsão de miséria", existindo áreas com esgoto a céu aberto, lixo acumulado e aglomerados residenciais do tipo favelas, vilas ou invasão dos "sem casa", consideradas de "risco elevado e muito elevado".

Nota-se também duas pequenas manchas marrons uma no extremo no qual está localizado o bairro Capitão Eduardo, e outra compreendida entre os Bairros Ribeiro de Abreu e Paulo VI, todos apresentam grandes áreas favelizadas. Existe uma tendência de diminuição das taxas no interior desta regional à medida que se aproxima de sua porção centro-sul e oeste. Na regional Leste, a mancha marrom refere-se à região dos bairros Alto Vera Cruz, Taquaril e Saudade. O Aglomerado da Serra, constituído por seis vilas: Aparecida, Cafezal, Conceição, Fátima, Marçola e Novo São Lucas, destaca-se na regional Centro Sul, por apresentar alta incidência de gravidez na adolescência. O aglomerado é o maior conjunto de favelas da região, com a menor renda per capita do município. As vilas diferenciam-se, sobretudo, no tempo de ocupação, no nível de identidade com o espaço físico e social, no nível de organização interna e nas condições socioeconômicas. O Distrito Sanitário Barreiro está localizado na região sudoeste da cidade, parte de sua população ocupa áreas urbanas de risco, segundo critério socioeconômico sanitário. Nesta regional as altas taxas aparecem na Vila Cemig, no bairro Olhos D'Água e no Vale do Jatobá.

Complementar às análises bayesianas mostradas no Mapa 3, pode-se observar pela figura do Mapa 4 a concentração espacial de nascidos vivos de mães com idade inferior a 20 anos. Neste mapa, é possível identificar áreas com menor concentração espacial de nascidos (incidência de casos), representadas pela cor mais suave e as áreas em que a incidência de nascidos vivos de mães com idade inferior a 20 anos é maior, áreas de maior concentração espacial – “mancha vermelha” no mapa.

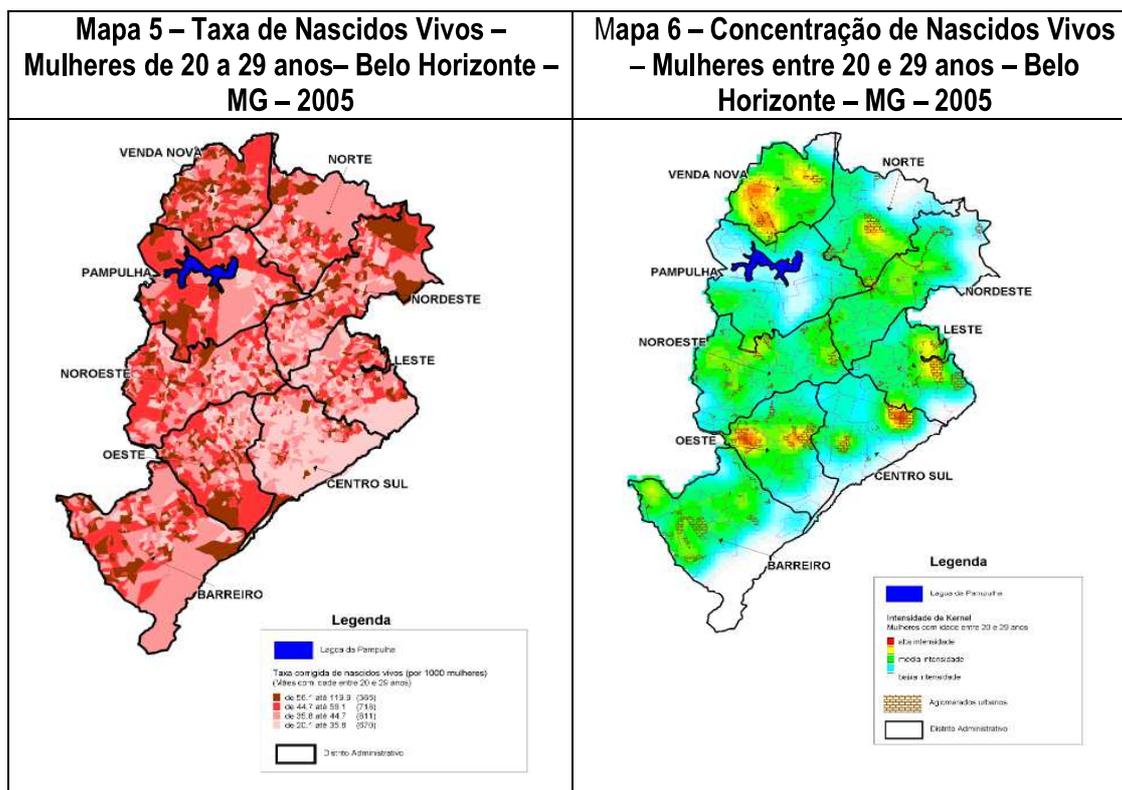
Como se pode observar verifica-se uma única área com alta concentração de nascidos vivos de mães com idade inferior a 20 anos na cidade. A “mancha vermelha” se dá quase exclusivamente na região leste da cidade, onde está localizado o Aglomerado da Serra composto pelas vilas: N. Sra. Fátima, N. Sra. Aparecida, N. Sra. Conceição, Santana Cafezal e parte da vila Vitorino Marçola. Comparando-se os dois mapas, essa região do aglomerado Cafezal aparece com uma região com altas taxas (coloração marrom no Mapa 3) e também é uma área onde a incidência de casos também é elevada. Ainda, no Mapa 4, os pontos amarelos representam os locais de média incidência

sendo: na porção leste o Bairro Alto Vera Cruz e o Bairro Taquaril. Na porção oeste o Aglomerado Cabana do Pai Tomás e o Aglomerado Morro das Pedras que reúne, atualmente, 25 mil habitantes, distribuídos entre as Vilas São Jorge I, II e III, Vila Leonina, Vila Cascalho, Vila Antena, Vila Pantanal, Vila Santa Sofia e Vila ventosa. Todos esses locais são áreas de alta vulnerabilidade social cujos indicadores sócio-demográficos apontam para condições precárias de saneamento, infraestrutura, educação, renda, etc.¹¹



As altas taxas de nascidos vivos de mães com idade entre 20 e 29 anos (Mapa 5) concentram-se basicamente na região Norte da cidade: regionais Nordeste, Norte, Venda Nova e Pampulha. Em menor intensidade, outras áreas aparecem com taxas elevadas de nascidos vivos, na região Oeste e Barreiro. O Mapa 6, por sua vez, indica as concentrações espaciais de nascidos vivos de mães com idade entre 20 e 29 anos. Neste mapa fica evidente como a elevada incidência deste fenômeno na cidade de Belo Horizonte está concentrada espacialmente nas regiões de aglomerados urbanos (favelas). As regiões de coloração vermelha e amarela que representam, respectivamente, áreas de alta e média incidência de casos, sobrepõem as áreas de favelas.

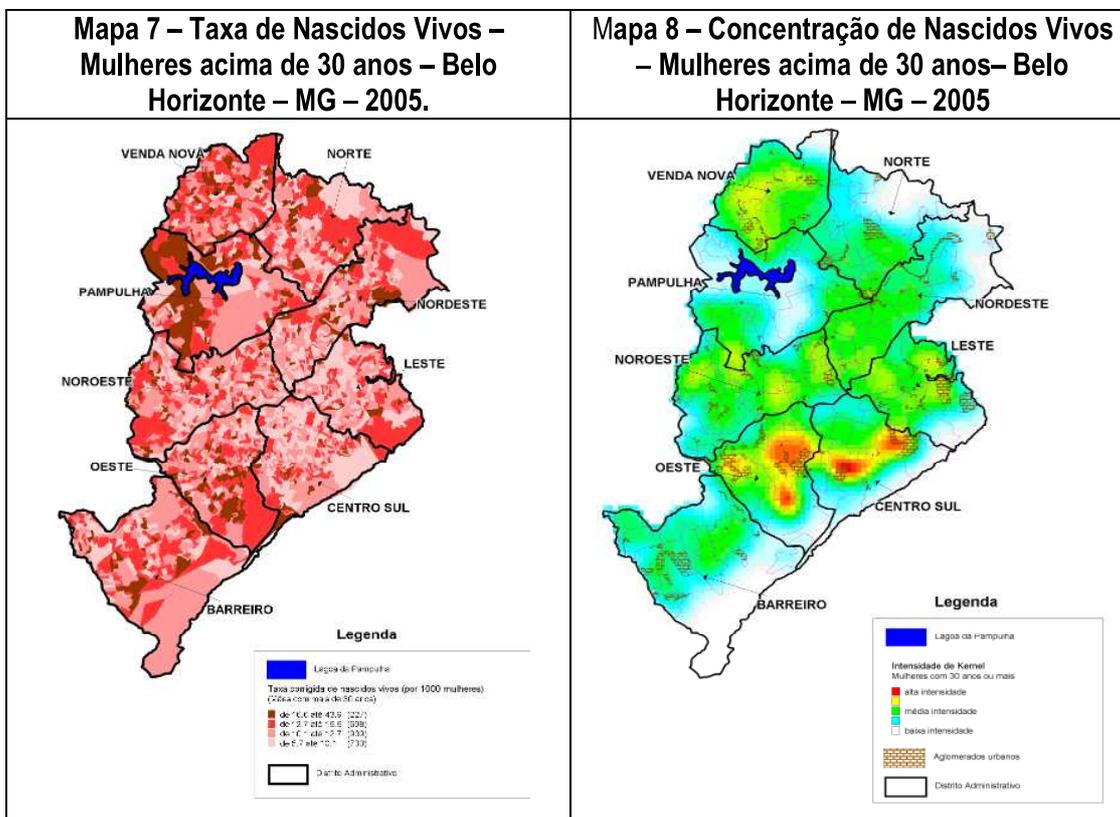
¹¹ O Índice de Vulnerabilidade Social será abordado na seção referente à discussão dos dados.



No Mapa 7 nota-se um padrão parecido com o do Mapa 5 e distinto do mapa de gravidez de mães adolescentes (Mapa 3). Na regional Pampulha o aparecimento de uma grande mancha marrom chama atenção. Nesta parte estão localizados os bairros: Xangrilá, Trevo, Céu Azul, Garças e Braúnas, Santa Terezinha, Bandeirantes, Castelo e Paquetá. Outro destaque é para a regional Oeste na qual se destacam os bairros Buritis e Belvedere. Na regional Nordeste a região do Bairro Gorduras se destaca praticamente em todos os mapas.

A visualização obtida a partir da estimativa de kernel representada pelo Mapa 8, aponta uma elevada concentração de nascidos vivos cujas mães têm mais de 30 anos em quatro localidades 1) mais uma vez no aglomerado do Cafezal, em parte do Bairro Serra; 2) entre os bairros Santo Antônio e Sion; 3) no bairro Jardim América e Grajaú; 4) entre os bairros Estrela Dalva e Buritis. Chama atenção a presença de uma elevada concentração na região do Buritis, um bairro caracterizado por uma ocupação recente, apresentando crescimento populacional de mais de 27% ao ano. Esta região, notadamente, foi ocupada por famílias recém formadas, casais jovens pertencentes à classe média, fato que poderia explicar a alta concentração de nascidos vivos de mães com idade superior à 30 anos, uma vez que é recorrente em tais condições a postergação da

maternidade bem como a redução de números de filhos por mulher em idade reprodutiva, reflexo do planejamento familiar presente na classe média nas últimas décadas.



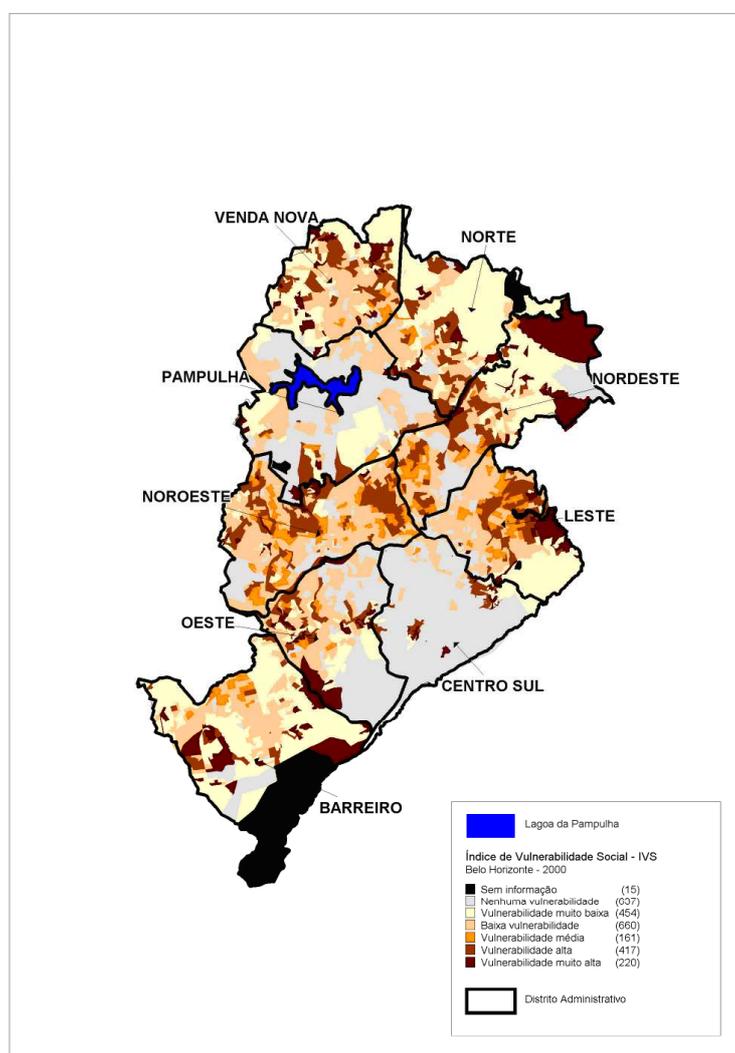
Vulnerabilidade Social e Gravidez na Adolescência.

Muitos indicadores podem ser utilizados para medir a pobreza. Fundamentalmente, a questão que se coloca é a necessidade de conceituar o fenômeno pobreza para, em seguida, criar medidas e parâmetros de comparação (Rocha, 2003). Neste artigo, utilizou-se o Índice de Vulnerabilidade Social para classificar os 2.564 setores censitários da cidade de Belo Horizonte quanto à dimensão de pobreza, desvantagem social e cultural e até mesmo de desigualdade.

Como resultado, têm-se que pouco mais de 40% dos setores da cidade possuem nenhuma vulnerabilidade ou vulnerabilidade muito baixa, 31% dos setores são de vulnerabilidade baixa ou média e cerca de 25% dos setores em Belo Horizonte representam áreas de alta ou muito alta vulnerabilidade social. Exatamente 15 setores, o que representa menos de 1%, não possuíam dados e foram desconsiderados na análise.

Notadamente, duas áreas de Belo Horizonte se destacam quanto à concentração de setores considerados com nenhuma vulnerabilidade, a região centro-sul e a região próxima à lagoa da Pampulha. Por outro lado, a vulnerabilidade social em Belo Horizonte se concentra na região periférica da cidade, com alguns pontos no interior da cidade que coincidem com os locais de favelas (Mapa 9).

Mapa 9 – Distribuição espacial do Índice de Vulnerabilidade Social no município de Belo Horizonte – MG – 2005.



A fim de testar uma possível correlação entre o indicador de vulnerabilidade social e os nascidos vivos por idade da mãe, em Belo Horizonte, tratou-se essas duas medidas com a mesma distribuição, ou seja, como o indicador de vulnerabilidade possui seis categorias, dividiram-se as

taxas de nascimento em sextis. Em seguida, realizou-se uma análise de correlação de Pearson entre essas variáveis, cujos resultados podem ser visualizados na Tabela 3.

Tabela 1 – Correlação de Pearson

		ivs	fx_12_19	fx_20_29	fx_30mais
ivs	Pearson Correlation	1	.265**	.273**	-.002
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.901
	N	2549	2549	2549	2549
fx_12_19	Pearson Correlation	.265**	1	.317**	.131**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
	N	2549	2564	2564	2564
fx_20_29	Pearson Correlation	.273**	.317**	1	.231**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
	N	2549	2564	2564	2564
fx_30mais	Pearson Correlation	-.002	.131**	.231**	1
	Sig. (2-tailed)	.901	.000	.000	
	N	2549	2564	2564	2564

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Embora não muito elevada, identifica-se uma correlação, estatisticamente significativa, entre vulnerabilidade social e taxa de nascidos vivos para mulheres com idade entre 12 e 19 anos e entre 20 e 29 anos. Essa relação é positiva, indicando que quanto maior é a vulnerabilidade social em um dado setor censitário de Belo Horizonte, maior é a sua taxa de nascidos vivos, para as faixas etárias das mães descritas anteriormente. Por outro lado, o IVS não apresentou uma relação estatisticamente significativa para a taxa de nascidos vivos cujas mães possuem mais de 30 anos. Embora esta relação tenha sido negativa, oposto do observado com respeito às outras faixas etárias, não se pode afirmar com segurança estatística que esta relação seja significativa. Neste sentido, pode-se inferir que outros fatores alheios à vulnerabilidade social determinam a gravidez de mulheres mais velhas.

Discussão

Constatou-se a presença de conglomerados com altas proporções de mães adolescentes em associação com piores condições socioeconômicas. Os estudos de D'Orsi & Carvalho (1998) e Friche et al. (2006) apontam resultados semelhantes. D'orsi & Carvalho (1998), em estudo do perfil dos nascimentos no município de Niterói, Rio de Janeiro, por meio de análise espacial por bairros, verificaram importantes diferenciais em relação às variáveis socioeconômicas estudadas.

No mesmo sentido os estudos de Rodrigues (1994) e Gama et al. (2001) destacam que a questão econômica está intrinsecamente correlacionada à questão da gravidez precoce. Quando tal variável é introduzida no estudo do fenômeno da gravidez na adolescência, percebe-se que o fator idade (10 - 19 anos) deixa de ser o principal problema no que diz respeito às conseqüências de uma gravidez precoce; e que o **status** socioeconômico dos pais da adolescente grávida influenciará aspectos fundamentais: acesso à saúde, pré-natal, condições de educação para as crianças etc.

Destaca-se a diminuição da proporção de mães adolescentes em setores de melhores condições, nos quais o maior número de nascimentos ocorre nas faixas de 20 a 29 anos e acima de 30 anos. Temos uma convicção de que tal fato esteja associado ao projeto de vida e as oportunidades disponíveis às adolescentes de acordo com seu lugar na estrutura social. Um projeto modernizante de identidade feminina assentada na autonomia e na profissionalização estaria mais disponível para as adolescentes das classes médias e altas, ocorrendo à postergação da maternidade bem como a diminuição do número de filhos (Desser, 1993).

Este quadro que se apresenta relativo à incidência espacial dos nascidos de mães adolescentes é bastante parecido com o padrão encontrado para o número de homicídios de adolescentes. No caso de Belo Horizonte, as áreas com piores condições socioeconômicas, que apresentam um quadro de vulnerabilidade social e individual, os riscos sociais são cumulativos e fortemente associados à incidência de homicídios e do tráfico de drogas. São regiões que agregam um conjunto significativo de problemas sociais, tais como baixos níveis de escolaridade, domicílios precários, baixa renda, exposição a riscos ambientais, etc. (Beato Filho et al., 2001). Estudos sobre a chamada violência urbana, por exemplo, têm enfatizado a forte correlação entre as taxas de incidência de homicídios e a precariedade urbana. Na maioria dos setores censitários, que compõem tais áreas, o índice de vulnerabilidade à saúde é alto, apontando para a necessidade de refletir sobre a interface entre condições de vida, pobreza e saúde. Tal temática já é recorrente nos estudos contemporâneos que tentam incorporar novos referenciais analíticos e abordagens interdisciplinares para a reflexão conceitual e metodológica sobre pobreza, desigualdades sociais e saúde (Magalhães et al., 2007).

Considerações finais

Embora a paridade na adolescência esteja relacionada ao **status** socioeconômico, representado pelo IVS, destaca-se que o fenômeno não é uni-causal e suas repercussões no âmbito individual e social são distintas. A aceitação e apoio das famílias, o planejamento da criança, a coabitação ou não com o parceiro e a presença de instrumentos públicos de saúde e educação para as mães e seus filhos são fundamentais para configurar o cenário de ocorrência da gravidez.

O entendimento das questões culturais e de fatores socioambientais que ocorrem no quadro da vulnerabilidade indica que as políticas que queiram atuar para alterar esse quadro não devem se pautar na perspectiva homogeneizante das categorias “adolescentes” e gravidez na adolescência, mas, antes, compreendê-las como categorias sócio-construídas. Em outro aspecto, o enfrentamento do fenômeno requer políticas que ultrapassem o recorte setorial e busquem ações integradas com maior potencial para alterar o quadro de vulnerabilidades. Tal estudo poderá subsidiar a organização e o planejamento das ações e estratégias na área da saúde sexual e reprodutiva para o público jovem e adolescente.

Referências

- 01– Afonso M L M. **A polêmica sobre adolescência e sexualidade**: Belo Horizonte. Ed Campos Social, 2001.p 248.]
- 02– Anselin L. The Moran scatterplot as ESDA tool to assess local instability in spatial association. In: Fisher, M.;Scholten, H. J.; Unwin, D. **Spatial Analytical Perspectives on GIS**. London: Taylor & Francis, 1996, p. 111–126.
- 03– Anselin L, Bao S. Exploratory Spatial Data Analysis Linking SpaceStat and ArcView. In: Fischer, M. M. & Getis,A. **Recent developments in spatial analysis**. New York: Springer, 1997, p. 35–59.
- 04– Bayiley, T. C. & Gatrell, A. C., 1995. **Interactive Spatial Data Analysis**. Essex: Longman.
- 05– Bailey T. Spatial statistics methods in health. **Cad Saúde Pública** 2001; 17:1083–98.
- 06– Beato Filho C C, Assunção RM, Silva BFA, Marinho FC, Reis IA, Almeida MCM. Homicide clusters and drug traffic in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil from 1995 to 1999. **Cad. Saúde Pública** . 2001

- 07– Bittencourt AS, Camacho LAB, Leal MC. O Sistema de Informação Hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, 2006.
- 08 – Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias no RJ, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2006; 22:1421–30.
- 09– Bowman, Adrian W. and Adelchi Azzalini (1997). **Applied Smoothing Techniques for Data Analysis: The Kernel Approach with S-Plus Illustrations**. Oxford Science Publications, Oxford University Press: Oxford, England.
- 10– Burt, J. E., and G. M. Barber. 1996. **Elementary statistics for geographers**. 2nd edition. The Guilford Press, New York.
- 11– Câmara G, Monteiro AM. Técnicas de geocomputação para análise espacial: é o caso para dados de saúde? **Cad Saúde Pública** 2001; 17:1059–71.
- 12– Camarano, A. A. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: **JOVENS acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998. v.1, p. 109–133.
- 13– Carvalho MS, Cruz OG. Análise espacial por microáreas: métodos e experiências. In: Veras RP, Barreto MB, Almeida Filho N, Barata RB, organizadores. **Epidemiologia: contextos e pluralidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998. p. 79–89.
- 14– Carvalho MS, Souza–Santos R. Análise de dados espaciais em saúde pública: métodos, problemas, perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, 2005.
- 15– Castro MSM, Vieira VA, Assunção RM. Space–time analysis of lung cancer mortality in Southern Brazil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 2, 2004.
- 16– César CC, Miranda RP, Abreu DM. Efeito idade ou efeito pobreza? Mães adolescentes e mortalidade neonatal em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos da População**. Campinas, SP, v.17, n.1/2, p.177–196, 2000.
- 17– Costa T, Stotz EN, Grynszpan D, Souza MCB. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface** (Botucatu) v 10.N 20 2006.
- 18– Diez–Roux AV 1998. Bringing context back into epidemiology: variables and fallacies in multilevel analysis. **American Journal of Public Health** 88(2):216–222.
- 19– D'Orsi E, Carvalho MS. Perfil de nascimentos no Município do Rio de Janeiro: uma análise espacial. **Cadernos de Saúde Pública** 1998; 14:367–79.
- 20– Desser, N. **Adolescência: sexualidade e culpa**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.
- 21– Drachler ML, Côrtes SMV, Castro JD, Leite JCC. Proposta de metodologia para selecionar indicadores de desigualdade em saúde visando definir prioridades de políticas públicas no Brasil. **Ciências Saúde Coletiva** 2003; 8:461–70.

- 22– Elliott P, Wartenberg D. Spatial epidemiology: current approaches and future challenges. **Environ Health Perspect** 2004; 112:998–1006.
- 23– Esteves JR; Menandro PRM Trajetórias de Vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência . **Estudos de psicologia**. (Natal) , v. 10 n. 3,2005.
- 24– Friche AAL, Caiaffa WT, César CC, Goulart LMF. Qualidade dos dados do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos – SINASC – em Belo Horizonte, 1999. In: **VI Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, 2004. Recife: ABRASCO; 2004.
- 25– Friche AAL, Caiaffa WT, César CC, Goulart LMF, Almeida MCM. Maternal and child health indicators in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil, 2001: an analysis of intra–urban differences. **Cad. Saúde Pública**. 2006.
- 26– Gama S. G. N. ; Szwarcwald Célia Landmann ; LEAL, Maria Do Carmo ; THEME FILHA, Mariza Miranda . A gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996–1998. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 74–80, 2001.
- 27– Gama SGN, Szwarcwald CL, Leal MC. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cad Saúde Pública** 2002; 18:153–61.
- 28– Gonçalves H, Gigante D. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno–epidemiológico com jovens mulheres pertencentes a uma coorte de nascimento. **Cad Saúde Pública** 2006; 22:1459–69.
- 29– Härdle, 1991. W. Härdle. **Smoothing Technique with Implementation** in S, Springer, New York (1991).
- 30– Heilborn ML, Salem T, Rohden, F, Brandão E, Knauth D, VICTORA C et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horiz Antropol**. 2002;8(17):13–45.
- 31– INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico. Brasília: IBGE, 2001. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 de dezembro de 2004.
- 32– Lapa TM. Análise da demanda de casos de hanseníase aos serviços de saúde através do uso de técnicas de análise espacial [Tese de Doutorado]. Recife: Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2003.
- 33– Leal CHS, Wunsch Filho V. Mortality by industrialization–related leukemias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, 2002.
- 34– Magalhães R, Burlandy L, Senna MCM. Poverty, social inequalities and health: challenges for public policies. **Ciênc. saúde coletiva** , Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, 2007 .

- 35– Marshall, R.J. A review of methods for the statistical analysis of spatial patterns of diseases. **Journal of Royal Statistical Society**. 154: 421–441. 1991
- 36– Mello Jorge MHP, Gottlieb SLD, Soboll MLM, Almeida MF, Latorre MRDO. Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e ou uso de seus dados em Epidemiologia e estatísticas de saúde. **Revista de Saúde Pública**, 27(6). Supl. 1993.
- 37– Mello Jorge MH P. de et al., 1996. O Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos: Primeira avaliação dos dados brasileiros. **Informe Epidemiológico do SUS (IESUS)**, v.2.
- 38– Monteiro S. Gênero, Saúde e Proteção entre Jovens – Um perfil tradicional. IN: Barbosa R M et alli. **Interfaces: Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva**. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.
- 39– Morenoff JD. Neighborhood mechanisms and the spatial dynamics of birth weight. **Am J Sociol** 2003; 108:976–1017.
- 40– Opromolla, Paula Araujo; Dalben, Ivete; Cardin, Márcio. Análise da distribuição espacial da hanseníase no Estado de São Paulo, 1991–2002. **Rev. bras. epidemiol.** , São Paulo, v. 8, n. 4, 2005.
- 41– Pantoja, A.L. "Ser alguém na vida": uma análise sócio–antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19. Rio de Janeiro, 2003.
- 42– Ribeiro ER, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AA. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do Sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública** 2000; 34:136–42.
- 43– Rodrigues GC. Gravidez na adolescência. **Revista Dois Pontos** 94/95.
- 44– Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sócio–demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999–2001. **Cad Saúde Pública** 2004; 20 Suppl 1:S112–
- 45– Silverman, B.W., 1986. **Density Estimation for Statistics and Data Analysis**. In: , Chapman & Hall, London, pp. 1–175.
- 46– Simões VM, Silva AA, Bettiol H, Lamy–Filho F, Tonial SR, Mochel EG. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev Saúde Pública** 2003.
- 47– SINASC. Informações de saúde: nascidos vivos. Brasília: SINASC, 2005. tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvmg.def>. Acesso em 19 jan. 2007.
- 48– Souza GOC, Torres HG. O estudo da metrópole e o uso de informações georreferenciadas. **São Paulo Perspec.**, São Paulo, v. 17, n. 3–4, 2003.

- 49– Shimakura SE, Carvalho MS, Aerts DRGC, Flores R. Distribuição espacial do risco: modelagem da mortalidade infantil em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad Saúde Pública** 2001; 17:1251–61.
- 50– Susser, M., 1994. The logic in the ecological II. The logic of design. **American Journal of Public Health**, 84:830–835.
- 51– Travassos C, Santos SM, Szwarcwald CL, Barcellos C, Romero D, Bastos FI, et al. Variáveis sociais nos bancos de dados de interesse para a área de saúde. In: **I Seminário Nacional de Informação e Saúde**. O Setor Saúde no contexto da Sociedade da Informação. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000. p. 35–43.
- 52– Velasco VIP. Estudo epidemiológico das gestantes adolescentes de Niterói. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1998. 114 p.
- 53– Vitalle MSS. Recém-nascido de mãe adolescente de baixo nível sócio-econômico (Antropometria e outras variáveis). Volumes I e II. São Paulo, 1993. Tese mestrado – Escola Paulista de Medicina.
- 54– Assunção, Renato M., Barreto, Sandhi Maria; Guerra, Henrique L; Sakurai, Emília. Mapas de taxas epidemiológicas: uma abordagem Bayesiana. *Cad. saúde pública* ;14(4):713-23, out.-dez. 1998
- 55– Rocha, Sonia. Pobreza no Brasil: afinal, de que se trata? Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003.

5.2 Políticas Públicas voltadas para adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Belo Horizonte/MG: uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde.¹²

Resumo

Segundo dados do IBGE (2000), 21% da população brasileira encontra-se na faixa dos 10 aos 19 anos, sendo 50,4% do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino. Apesar do número elevado, muitos desses jovens ainda não têm acesso a informações e serviços adequados no âmbito da saúde sexual e reprodutiva que garantam, aos mesmos, o exercício da sexualidade de maneira segura e responsável. Desse modo, o objetivo foi analisar, sob a ótica dos profissionais de saúde, como os adolescentes têm sido inseridos nas políticas públicas municipais, principalmente no que se refere aos aspectos da saúde sexual e reprodutiva. Para tal finalidade, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas dirigidas a informantes-chaves em sete dos nove distritos sanitários do município. No presente estudo, ficou demarcado que as dificuldades de atendimento ao público adolescente, além daquelas inerentes ao próprio sistema de saúde (recursos econômicos escassos, infraestrutura deficiente, escassez de programas de capacitação profissional, etc.), perpassam por outras esferas da sociedade como, por exemplo, pelo âmbito da educação e pela dimensão cultural. As ações e estratégias de atendimento ao público adolescente nas Unidades Básicas de Saúde ainda são incipientes, pontuais, voltadas para o aspecto curativo em detrimento de uma abordagem educativa.

Palavras-Chave: Sexualidade, Adolescência e Políticas Públicas.

Public Policies for adolescents: an analysis under the perspective of health professionals.

Abstract

According to data of IBGE (2000), 21% of the Brazilian population meets themselves between the age 10 to 19 years-old, being 50,4% of masculine sex and 49,6% of the feminine sex. Despite the raised number, many of these young people still do not have access to information and services adjusted in the scope of the same the sexual and reproductive health that guarantees the practice of the sexuality in safe and responsible way. In this way, the objective was to analyze, under the view of the health professionals, as the adolescents have been inserted in the municipal public politics, mainly as for the aspects of the sexual and reproductive health. Semi-structured interviews, directed to key persons in seven of the nine health districts of the municipality were carried out. Despite of shortcomings inherent to the public health system, such as lack of financial resources, infrastructure, well trained professionals, the study revealed difficulties in attending the adolescent clients, which extend into other areas of the society, including educational and cultural dimensions. The actions taken and strategies used in attending adolescent clients by Basic Health Units are still in a starting phase, punctual, focused on curative aspects and lacking or even hampering the educational approach.

Keywords: Adolescence, Sexuality, Public Politics

¹² Artigo submetido à Revista de Atenção Primária à Saúde. Universidade Federal de Juiz de Fora

Introdução

Segundo dados do IBGE (2000), 21% da população brasileira encontra-se na faixa dos 10 aos 19 anos, sendo 50,4% do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino. Apesar do número elevado, estudos apontam (Teixeira et al., 2006) que muitos desses jovens ainda não têm acesso a informações e serviços adequados no âmbito da saúde sexual e reprodutiva que garantam, aos mesmos, o exercício da sexualidade de maneira segura e responsável.

A relação dos adolescentes com os serviços de saúde é uma temática pouca investigada no Brasil (Palazzo et al., 2003; Claro et al., 2006). A maioria dos estudos e pesquisas escolhe como objeto de instigação o público feminino, sendo os adolescentes do sexo masculino negligenciados tanto no âmbito das políticas públicas como nos estudos acadêmicos (Dias & Aquino, 2006). Ao avaliarem experiências de gestão local inovadoras, Suárez et al. (2002) mostram que apenas 37% dos programas avaliados consideram a diferença entre mulheres e homens e que apenas 25% contribuem para promover a igualdade entre os gêneros. Destacam ainda que “(...) as iniciativas públicas que podem dispensar a consideração de sexo/gênero entre homens e mulheres e ainda serem bem sucedidas existem, porém são raras.

Muitos programas de saúde do adolescente ainda não exploraram adequadamente a importância das questões de gênero e a socialização masculina. Alguns investem em atividades para adolescentes, mas logo desistem quando os rapazes não aparecem, em vez de procurar entender por que isso ocorre. De certo os obstáculos para engajar os homens adolescentes em discussões sobre a socialização masculina, a violência, as relações íntimas e a sexualidade são complicados. Os profissionais de saúde e educadores têm seus próprios preconceitos sobre adolescentes e gênero (Barker, 2008).

Desse modo, reconhece-se como grande desafio a elaboração de programas que sejam capazes de atender às necessidades e especificidades deste público (Claro et al., 2006). Desse modo, nosso objetivo foi analisar, sob a ótica dos profissionais de saúde, como os adolescentes têm sido inseridos nas políticas públicas municipais. O trabalho tem caráter exploratório e poderá orientar na elaboração de propostas que encaminhem alternativas educacionais para este público no que se refere à saúde sexual e reprodutiva.

Metodologia

O diagnóstico e mapeamento foram realizados por meio da aplicação de roteiro de entrevista, estruturado nos seguintes eixos básicos: perfil do entrevistado, mapeamento dos programas voltados para o público adolescente, atendimento ao público adolescente, materiais educativos e aplicação dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). A opção por entrevistar profissionais nas regionais de saúde deveu-se ao papel estratégico dos mesmos, uma vez que a Regional de Saúde é o elo das UBS e a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. (SMSA-BH).

O contato inicial com os gerentes de atenção à saúde em cada regional foi feito utilizando-se uma listagem fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde da Mulher (SMSM). Após contato telefônico e consentimento em participar, era marcada a hora e o local de realização da entrevista. Em alguns casos, os gerentes, devido à recente ocupação do cargo, optavam por indicar as referências técnicas em saúde da UBS para responder, por considerarem essas pessoas mais bem informadas sobre o assunto. Desse modo, houve substituição do entrevistado em cinco regionais. Em duas regionais considerou-se também a fala das médicas que haviam realizado trabalho com adolescentes e foram convidadas pelo gerente para participar da entrevista. Contabilizaram-se oito entrevistados em sete regionais. As entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador e duraram aproximadamente 50 minutos. Para manter o anonimato dos entrevistados, os distritos foram enumerados aleatoriamente pela pesquisadora. Os dados foram analisados segundo a perspectiva da análise de conteúdo (Bardin, 1977). Minayo (2003) enfatiza que a análise de conteúdo visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto.

No presente artigo, foram analisadas as seguintes categorias: a) “Atendimento ao público adolescente: Prevenção ou Promoção?”; b) “Atendimento ao público adolescente: Uma perspectiva de Gênero”; c) “Atendimento ao público adolescente: Barreiras e Dificuldades”. O projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH) e da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) representada pelo Centro de Pesquisa René Rachou (CPqRR).

Resultados

Atendimento ao público adolescente: Prevenção ou Promoção?

A partir dos relatos dos entrevistados destaca-se que a discussão acerca da saúde do adolescente é incipiente, não tendo ainda uma política institucional que seja capaz de atender às especificidades deste público. Tal fato pode ser reflexo da política nacional de saúde que, durante décadas, priorizou, em suas diretrizes gerais, a assistência ao grupo materno-infantil. O binômio mãe-filho já anuncia uma política que privilegia a mulher após a condição da maternidade. Em relação às adolescentes, priorizam-se as que já são mães ou as grávidas, não objetivando a atenção preventiva.

Assim, ações de caráter curativo são prioritárias e voltadas basicamente para os cuidados no parto e puerpério no caso das mulheres e, no caso das crianças, o controle da mortalidade infantil. A política de saúde na atenção básica tem o recorte da criança, da mulher e do idoso, ficando o adolescente relegado ao grupo de atendimento à criança ou do adulto.

Em alguns relatos, percebe-se a ambigüidade no tratamento dado aos adolescentes como pode ser ilustrado pelas seguintes falas: “ele nunca foi tratado de uma forma mais aprofundada nas suas especificidades (...) ele sempre foi visto dentro desta categoria criança” (Gerente Distrito sanitário 02); “se ele já tem 15 ou 16 anos, ele entra como se fosse adulto. A particularidade do adolescente, ela não é considerada. Ela não é uma coisa que a gente tem trabalhado, assim, infelizmente ele entra como se fosse um adulto, ponto” (Referência Técnica – Distrito Sanitário 01). Este tratamento ambíguo dado ao adolescente não é, no entanto, exclusividade do setor de saúde, mas, antes, reflexo da ambigüidade presente em outras esferas da sociedade, nas quais a aquisição de direitos e deveres de adulto ocorrem em escala cronológica, negligenciando o desenvolvimento físico, mental e social (Canoni & Bottini, 1998).

No que se refere à demanda por serviços, a fala dos entrevistados é respaldada pela literatura. Dentre os autores considerados (Klein et al., 1998; Ziv et al., 1999; Silver, 1999), constata-se que a maioria dos adolescentes procura os postos de saúde devido a quadros agudos ou acidentes (curativo). Os adolescentes tendem a não valorizar sintomas que não sejam muito graves

Artigo II - Políticas Públicas voltadas para adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Belo Horizonte/ MG: uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde.

e aderem menos às ações de prevenção em relação às de tratamento (Claro, 2006). Tal aspecto é apontado na fala dos entrevistados.

(...) E o que mais nos preocupa é que eles não procuram o método de prevenção, eles têm muita dificuldade de ir ao centro pedir preservativo, uma orientação, então isso já é um dificultador.

(Gerente – Distrito Sanitário 06)

(...) Acaba sendo o comum, clínico por enquanto, e como ele sabe que é só esse atendimento que tem disponível ele só vai ao posto de saúde quando ele está com alguma doença.

(Gerente – Distrito Sanitário 07)

(...) O Adolescente procura o posto no quadro agudo. Não procura o posto para informação ou prevenção. A adolescente, por exemplo, já chega grávida.

(Referência Técnica – Distrito Sanitário 03)

Mesmo no tocante aos aspectos da saúde sexual, não há uma perspectiva de atendimento diferenciado. Segundo os entrevistados:

“Quando o adolescente chega ao posto procurando uma camisinha ou uma orientação sobre DST/AIDS ele entra nos grupos já existentes no centro de saúde, ele entra como se fosse um adulto, não tem uma diferenciação”.

(Gerente - Distrito sanitário 03)

A adolescente que chega grávida, por exemplo, é inserida no mesmo grupo de mulheres que não estão grávidas e o pré-natal é realizado sem consideração às especificidades dessa faixa etária, exceto em casos que existam profissionais com maior sensibilidade à condição das jovens. Desse modo, na política de atendimento ao adolescente prevalece o caráter circunstancial e contingente como pode ser constatado pelas falas dos entrevistados:

(...) dependendo do profissional, ele dá uma atenção mais direcionada para a questão do adolescente. Principalmente para evitar uma próxima gravidez.

(Gerente – Distrito Sanitário 07)

(...) às vezes, algumas dessas unidades, que têm essa questão mais organizada, mais preocupada como o adolescente, o profissional procura fazer uma conversa especial, tira daquela pergunta de recepção e vem fazer uma conversa especial até tentando encaixar o adolescente.

(Referência Técnica – Distrito Sanitário 06)

Segundo Scott (2005), o espaço coletivo para as adolescentes, grávidas ou não, é pouco favorecido, reduzindo-se, em muitos casos, a adolescente grávida que entrará na rotina de pré-natal. Essas jovens serão incorporadas nas práticas tradicionais de consultas materno-infantis, uma vez que, agora, fazem parte de uma categoria preferencial de **mães**. Desse modo, nas UBS a visibilidade da **adolescente** é maior quando adquire o seu status de **grávida** e depois de **mãe**. O que fica claro na fala de um entrevistado:

(...) os agentes de saúde têm atuação no sentido de detectar as adolescentes grávidas, porque são prioritárias, para o acompanhamento e no sentido de encaminhar o adolescente para as UBS para as palestras e exames de prevenção.

(Referência Técnica – Distrito Sanitário 07)

Na percepção dos entrevistados o evento da gravidez adolescente é considerado normal, sendo valorizado pela família e pela comunidade. Desse modo, se somado a outros, temos um fator que dificulta um trabalho preventivo e educativo, uma vez que:

(...) A gravidez está associada a status na comunidade e em casa (...) depois que se tomam mães, elas são respeitadas e é isso que elas buscam.

(Gerente - Distrito Sanitário 05)

(...) Elas, muitas vezes, buscam a gravidez para que sejam respeitadas, pois existe esta valorização da maternidade. A mãe, o pai e o próprio grupo agora vão respeitar e admirar a adolescente, isso é muito comum. Essa percepção da gravidez não como problema.

(Referência Técnica – Distrito Sanitário 06)

Em conversa com uma médica ginecologista de um dos distritos sanitários, foi destacado que muitas adolescentes procuram por atendimento médico preocupadas com a sua fertilidade (quando não engravidam até 17 ou 18 anos, por exemplo). Este aspecto da maternidade social é abordado na literatura (Dadoorian, 1996; Desser, 1996, Monteiro, 2002) e demonstra que entre as populações desfavorecidas, nas quais o fracasso escolar e o abandono da escola são freqüentes, a gravidez precoce seria a busca do **status** adulto. Em alguns casos a conduta dos profissionais é guiada por esta percepção, como é destacado na fala seguinte:

“Quando a adolescente vai vacinar o filho... A auxiliar de enfermagem não pergunta sobre a vacinação da adolescente, porque ela já é mãe. E, muitas vezes, esta adolescente não foi vacinada então, este estatuto de mãe parece que extrapola a questão da idade, sobrepõe (...) parece que ele sabe tudo, agora ela vai saber se prevenir”.

(Gerente – Distrito Sanitário 04)

Conhecer e abordar o cliente em sua integralidade é uma das recomendações do Ministério da Saúde aos Serviços de Saúde (Brasil, 2005b). Na perspectiva da saúde integral, a assistência é vista como um conjunto coordenado de ações e não apenas consulta (Costa, 2003). A integralidade é condição primordial da assistência a adolescentes tanto do ponto de vista da organização dos serviços em diversos níveis de complexidade (promoção, prevenção, atendimento a agravos e doenças, e reabilitação), quanto da compreensão dos aspectos biopsicossociais que permeiam as necessidades de saúde dos mesmos (Brasil, 2005c). Ao analisar a experiência do PROSAD no Município do Rio de Janeiro, Ruzany et al. (2002) concluem que é preciso melhorar a capacitação profissional para prestar atenção integral a este grupo etário. No presente estudo apesar de reconhecerem a importância deste espaço/momento para ações educativas, os entrevistados apontam a falta de capacitação e tempo como fatores limitadores para um atendimento nessa perspectiva. Estas restrições impedem uma orientação adequada dos jovens, gerando o que se denomina oportunidades perdidas de promoção de saúde (Ruzany e Szwarcwald, 2000).

Atendimento ao público adolescente: Uma perspectiva de Gênero

Embora distintos em cada cultura, o conjunto de normas que regulam a sexualidade tem em comum o tratamento diferenciado que é dado à sexualidade, quer seja exercida por mulheres quer seja por homens (Villela & Arilha, 2003). A distinção entre a sexualidade masculina e feminina na cultura ocidental está fortemente impregnada no nosso imaginário, traduzindo-se em preconceitos e discriminações nas relações sociais entre homens e mulheres. Em última instância, a desigualdade de poder pode levar a mulher a não se reconhecer como sujeito de direito, desvinculando-se de seu próprio corpo e negando sua sexualidade (Baleeiro, 1999). A vivência da sexualidade feminina é reduzida e mascarada pela questão da contracepção. É na esfera da reprodução que elas encontram mais ressonância para as suas necessidades, priorizadas em torno do acesso a métodos contraceptivos. A escolha ou desejo individual de controlar o número de filhos está em consonância com a idéia de controle da natalidade que orienta toda a assistência em saúde reprodutiva, sendo a autonomia dos sujeitos relegada a segundo plano (Scott, 2005; Schraiber, 2005). As desigualdades sociais, as variáveis de raça/etnia e gênero servem para demarcar a maternidade enquanto fenômeno social. Este último recorte é fundamental para a compreensão do fenômeno, uma vez que

as principais atribuições e responsabilidades com os filhos ainda recaem sobre as mulheres (Dias & Aquino, 2006).

O estereótipo masculino, em nossa cultura, concebe os homens como ativos, agressivos e objetivos e as mulheres como passivas (Suarez, 2002). Algumas falas apontam no sentido de:

“(...) quebrar o estigma que o homem sabe tudo. O menino? Não precisa de falar com ele sobre sexo... é uma questão cultural, pois quando fala em sexo ele pensa na transa. Existe, para o menino, uma valorização da experiência sexual, um rito de iniciação... ao meu ver negativo, que enfatiza a questão da quantidade e não da qualidade”.

(Gerente – Distrito Sanitário 07)

Tal fato repercutirá na busca por atendimento na área de saúde. Os homens tendem a buscar menos os serviços assistenciais e preventivos, sendo maior a procura por atendimentos ligados a agravos ou emergenciais (curativos) (Ziv et al., 1999; Palazzo et al, 2003). Esta procura diferenciada está no bojo da própria prática em saúde, que direciona as ações preventivas quase exclusivamente às mulheres. De acordo com Schraiber (2005), a baixa frequência de homens nos serviços está atrelada à resistência dos mesmos, uma vez que não se reconhece a inclusão deles nas ações educativas como uma questão de estratégia e proposta assistencial. No documento do Ministério da Saúde (Brasil, 2005b) recomenda-se que nos serviços em que for detectada a presença majoritária de mulheres, sejam realizadas ações para ampliar a participação dos homens.

Cabe destacar que esta procura diferenciada pode ser reflexo da divisão de papéis na sociedade. À mulher, uma vez vinculada ao espaço da casa, caberia a responsabilidade pelo uso de métodos contraceptivos, o que pode ser ilustrado na fala de um dos entrevistados: “(...) culturalmente eles têm mais vergonha. Açam que isso é mais para mulher, o planejamento familiar” (Gerente – Distrito Sanitário 02).

Estudos como o de Oliveira et al. (2000) apontam para a clássica distribuição em relação às responsabilidades reprodutivas, cabendo às mulheres mais responsabilidades e aos homens mais autonomia. A construção da subjetividade masculina em nossa sociedade pode ser tomada para explicar a sobre-mortalidade masculina, uma vez que irá estabelecer modos culturais de “adoecer” e “morrer” dos homens, bem como direcionar suas práticas e condutas na área dos cuidados com a própria saúde. O ideário histórico de “sustentar” e “prover” apresenta-se como fator de risco à saúde dos homens, pois irá traduzir na dificuldade dos mesmos em procurar cuidados médicos. Tal fato explicaria o maior número de homens internados em estado grave, bem como a maior procura por

serviços emergenciais e o menor número de consultas masculinas (Braz, 2005). A mulher, uma vez sendo socializada como provedora de cuidados estabelece uma relação mais estrita com os serviços de saúde, que explicaria, por exemplo, o maior número de consultas médicas femininas (Silva & Alves, 2003; Nascimento, 2005).

A força da tradição e da cultura sexista, em nossa sociedade, irá repercutir na elaboração e implementação de programas públicos, que acabam reproduzindo as desigualdades de gênero. Por outro lado, não se deve desconsiderar que o enfoque de gênero é uma inovação na gestão governamental. Desse modo, a ineficácia dos mesmos em introduzir as mudanças que almejam pode estar associada à inabilidade técnica para ajustar a concepção dos programas aos seus objetivos (Suarez, 2002). Por outro lado, os estudos e pesquisas na área de saúde sexual reprodutiva na adolescência definem, na maioria dos casos, como objeto de investigação o público feminino, sendo um número menor aqueles que incorporam a perspectiva masculina (Dias & Aquino, 2006, Rena, 2004).

Atendimento ao público adolescente: Barreiras e Dificuldades.

Uma das barreiras apontadas pelos entrevistados na tentativa de implementar programas preventivos diz respeito à dificuldade de captar o público adolescente. Os entrevistados apontaram para a pouca procura espontânea dos adolescentes pelos serviços na área de saúde, fato que está em consonância com a literatura (Klein et al., 1998).

A fala dos entrevistados remete a uma perspectiva de atendimento voltado para a demanda: “(...) A gente, basicamente, trabalha com a demanda que nos procura...” (Gerente – Distrito Sanitário 02). Desse modo, o atendimento ao adolescente é negligenciado, uma vez que há uma menor procura por parte deste público: “(...) ela nos demanda menos (...) então como a gente na correria do dia-a-dia... a gente acaba respondendo mais para quem nos demanda mais... respondendo menos para quem nos demanda menos” (Gerente – Distrito Sanitário 01). Na perspectiva dos entrevistados: “(...) culturalmente, tradicionalmente, o adolescente não tem uma demanda específica para a saúde pública... a menos que seja um caso de acidente... ou um caso de drogadição, alcoolismo, violência (...)” (Médica – Distrito Sanitário 01). “Como eles não buscam para um atendimento preventivo (...) o que leva é um quadro agudo” (Gerente – Distrito Sanitário 02). Desse modo, as ações e estratégias

de políticas voltadas para a saúde do adolescente acabam se restringindo aos aspectos curativos, em detrimento das ações de cunho preventivo.

Além da baixa procura pelo atendimento, outra dificuldade apontada pelos entrevistados diz respeito à falta de capacitação dos profissionais de saúde (enfermeiros, agente de saúde, clínico, atendente) para lidar com as especificidades do público adolescente:

(...) Esse é um público difícil, que não procura o posto, e os profissionais não têm preparação para lidar com eles. Eles têm medo da exposição. Aí fica difícil uma ação educativa, preventiva, por exemplo, para o uso da camisinha. Ainda não há um trabalho de educação e prevenção, por exemplo, para evitar a reincidência da gravidez.

(Gerente – Distrito Sanitário 05)

Algumas falas apontam no sentido de treinamentos e oficinas que são realizadas para que os profissionais se capacitem ou se atualizem nas questões referentes ao adolescente, mas são esporádicas e, muitas vezes, insuficientes para que se efetivem propostas concretas. No Brasil a grande maioria das escolas de formação profissional na área de saúde ainda não incorporou na grade curricular conteúdos técnicos que capacitem o recém-formado a atender, com competência e habilidade, este grupo populacional (Brasil, 2008).

(...) Teve uma formação para lidar com a sexualidade e a afetividade. Ai trouxeram trabalhos direcionados para o adolescente... mas não houve desdobramento. Até hoje proposta com princípio, meio e fim, não tem não.

(Gerente – Distrito Sanitário 04)

Não se pode desconsiderar que, ao nos referirmos à capacitação para o atendimento ao público adolescente, a mesma deva abranger não somente as questões biológicas, mas também as de esfera comportamental. O profissional deve estar sensibilizado para lidar com um elenco de problemas que fazem parte do cotidiano deste grupo, tais como: a violência urbana e doméstica, o uso de drogas, práticas sexuais desprotegidas, etc (Ruzany et al., 2002; Brasil 2008).

Cabe destacar que a falta de preparo e a falta de atualização dos profissionais de saúde podem contribuir para perpetuar mitos, crenças e preconceitos no campo da sexualidade. Em muitos casos, predomina a cultura de controle social da sexualidade do adolescente, contribuindo para a manutenção de um modelo biomédico em que o profissional investido do “saber” acaba tomando decisões para o próprio adolescente, ferindo a liberdade individual de escolha. Tal fato reflete o processo de domesticação dos corpos e regulação da sexualidade nas sociedades ocidentais,

analisado por Foucault (1993). Schraiber (2005) salienta que em muitos casos a escolha dos métodos contraceptivos está nas mãos dos profissionais, seja pela indisponibilidade dos métodos nos postos, ou simplesmente pelo autoritarismo dos médicos que prescrevem o que as mulheres devem usar. Segundo a autora “o tom normativo da intervenção, calcado nas representações tradicionais de gênero que associam o corpo masculino à sexualidade e o corpo feminino à reprodução, é drasticamente evidente na assistência às puérperas e gestantes”.

Ruzany (2008) destaca como desafio a necessidade de adequação da linguagem e da forma de atuação dos profissionais, para o alcance de um melhor nível de compreensão dos vários segmentos que constituem a população adolescente. A dificuldade de comunicação entre adolescentes e adultos pode ter reflexo no atendimento que é dispensado a esse público, como é apontado na fala a seguir:

(...) Uma dificuldade é como chegar... Como chegar mesmo... Quantitativamente e a nível do discurso, do diálogo... É uma linguagem que talvez a gente tenha menos conhecimento... da gíria... do universo.. da realidade... Então, assim... O nosso discurso é um discurso meio careta... Eu acho... Às vezes, moralista... Às vezes, preconceituoso... Acho que, de uma maneira geral, os trabalhadores da saúde têm uma dificuldade de interlocução com o adolescente... A nossa comunicação é falha. No sentido de entender a demanda dele e como atendê-la da melhor forma... (...).

(Médica – Distrito Sanitário 01)

Na relação entre comunicação e sexualidade, Foucault (1993) destaca que, a partir do séc. XIX, a discursividade é ressaltada em detrimento das técnicas repressivas, como reguladora da sexualidade, sendo a confissão religiosa o **locus** da revelação dos segredos da sexualidade. O autor redefine o conceito de confissão, antes restrito às revelações de comportamentos e pensamentos contrários às leis do sexo, específico da confissão religiosa, ampliando-o para outras áreas como a medicina, a psiquiatria e a pedagogia. Desse modo, apresentam-se outras esferas discursivas no âmbito da sexualidade e, conseqüentemente, outros interlocutores, sendo possível ao indivíduo dizer, a si mesmo e aos outros, as vivências, pensamentos e comportamentos referentes aos desejos e prazeres.

Considerações Finais

Destaca-se que as dificuldades de atendimento ao público adolescente, além daquelas inerentes ao próprio sistema de saúde (recursos econômicos escassos, infra-estrutura deficiente, escassez de programas de capacitação profissional, falta de espaço físico adequado para as demandas dos adolescentes, etc.), perpassam por outras esferas da sociedade como, por exemplo, pelo âmbito da educação e pela dimensão cultural. Desse modo, as políticas públicas para o atendimento ao público adolescente devem incorporar aspectos da dimensão social e cultural das práticas cotidianas dos mesmos.

Na elaboração de estratégias educativas deve-se considerar que, ao tomarem suas decisões, os indivíduos não se baseiam somente no cálculo racional, mas, antes, são influenciados pelas condições materiais e simbólicas do contexto no qual estão inseridos. O comportamento sexual do adolescente, por exemplo, sofre influência de fatores econômicos, sócio-culturais, religiosos e psicológicos, devendo ser foco de atenção de gestores e de todos aqueles que trabalham com esse público. Segundo Pepe (2008) para a eficácia e efetividade, do atendimento a saúde integral do adolescente é necessário que os profissionais estejam capacitados a interagir com público, respeitando sua cultura, conhecimentos adquiridos e proporcionando abertura para um crescimento de ambas as partes.

Este enfoque facilita a abordagem de diversos problemas, como atividade sexual precoce, pressão de grupo, uso de drogas, prevenção de acidentes, violência urbana, escolha profissional, entre outros (Maireles e Ruzany, 2008).

Em última instância, as dificuldades de atendimento aos adolescentes nas UBS são reflexos dos tabus, preconceitos, ambigüidades e desigualdades existentes na sociedade. Desse modo, para além de políticas públicas específicas para o adolescente no âmbito da sexualidade, por exemplo, faz-se necessária uma discussão mais ampla em outras esferas (família, escola, trabalho, etc.). A falta de capacitação dos profissionais de saúde em lidar com as especificidades do público adolescente faz pensar na necessidade de levar a discussão para o campo da educação permanente em saúde. (Ceccim, 2005). Nessa perspectiva o objetivo é propiciar o aperfeiçoamento contínuo do profissional em seu ambiente de trabalho. A expectativa é de que o profissional

ultrapasse o simples domínio de competências técnica e construa um novo saber com novas habilidades, para aperfeiçoar a assistência a sua clientela (Pepe, 2008).

Referências Bibliográficas

BALEIRO, M.C.; SIQUEIRA, M.J.; CAVALCANTE, R.C.; DE SOUZA, V. **Sexualidade do Adolescente**: fundamentos para uma ação educativa. Salvador: Fundação Odebrecht; Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Educação e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 1999.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Editora MS, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Editora MS, 2005c.

BRAZ, M. A construção da subjetividade masculina e seu impacto sobre a saúde do homem: reflexão bioética sobre justiça distributiva, **Rev C S Col** 2005, Rio de Janeiro, 10(1): 97 – 104.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CANONI, L.R.C.; BOTTINI, B.A. Saúde e juventude: o cenário das políticas públicas no Brasil. In: BERQÓ, E. (Org.). **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. Comissão Nacional de População e Desenvolvimentos. Brasília: CNPD; 1998.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciên. e Saúde coletiva**, 10(4): 975-986, 2005

CLARO, L.B.L.; MARCH, C.; MASCARENHAS, M.T.M.; DE CASTRO, I.A.B.; ROSA, M.L.G. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(8): 1565 – 1574, 2006.

COSTA, A.M. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. In: Costa AM. **A presença da mulher no controle social das políticas de saúde / Rede Feminista de Saúde**. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003.

DADOORIAN, D. Adolescentes: por que elas querem engravidar? **Revista Feminina**, 24(1); 1996.

DESSER, N.A. **Adolescência**: sexualidade e culpa. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

DIAS A.B.; AQUINO, E.M.L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7): 1447 – 1458, 2006.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I** – A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Nupcialidade e fecundidade. Censo demográfico 2000.** Disponível em: http://www.ibge.gov/home/estatitica/populacao/censo2000/nupcialidade_fecundidade/tabnupbr113.pdf> Acesso em: 04 out 2004.

KLEIN, J.D.; MACNULTY, M.; FLATAU, C.N. Adolescent's access to care. **Archives of Pediatric and Adolescent Medicine**, 152: 676 – 682, 1998.

MEIRELLES, Z.V.; RUZANY, M.H. Promoção de Saúde e Protagonismo Juvenil. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente: Competências e Habilidades**. Brasília: Editora MS, 2008: p.35-40.

MINAYO, M.C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MONTEIRO, S. **Qual prevenção?** AIDS, sexualidade e gênero em uma favela carioca. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

NASCIMENTO, P. Homens e saúde: diversos sentidos em campo. **Rev. C S Col**, v.10, n.1, pp. 26-28, Rio de Janeiro, 2005.

OLIVEIRA, M.C.; BILAC, E.D.; MUSZKAT, M.. Homens e anticoncepção: um estudo sobre duas gerações masculinas de camadas médias paulistas. In: **Anais do Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Caxambu; ABEP, 2000.

PALAZZO, L.S.; BÉRIA, J.U.; TOMASI, E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Como viven? ¿Por qué buscan ayuda y como se expresan?, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 19(6): 1655 – 1665, 2003.

PEPE, C.C.C.A. Competências e Habilidades na Atenção à Saúde. In: Brasil, Ministério da Saúde. **Saúde do Adolescente: Competências e Habilidades**. Brasília: Editora MS, 2008: p. 52-54.

RENA, L.C.C.B. **Sexualidade e Adolescência**. As Oficinas como Prática Pedagógica. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2004.

RUZANY, M.H.; Atenção a saúde do adolescente: mudança de paradigma. In. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Estratégias Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília : Editora MS, 2008.

RUZANY, M.H.; SZWARCOWALD, C. L. Oportunidades Perdidas na atenção ao adolescente. **Adolescência Latino-americana**: 1, 2000.

Artigo II - Políticas Públicas voltadas para adolescentes nas Unidades Básicas de Saúde no Município de Belo Horizonte/MG: uma análise sob a perspectiva dos profissionais de saúde.

RUZANY, M.H.; ANDRADE, C.L.T.; ESTEVES, M.A.P.; PINA, M.F.; SZWARCOWALD, C.L. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(3): 639 – 649, 2002.

SCHRAIBER, L.B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Orgs.) **Gênero e saúde**. Programa Saúde da Família em questão. Rio de Janeiro: Editora; Brasília, 2005.

SCOTT, P. Gênero, Família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o programa Saúde da Família. In: Villela W, Monteiro S, organizadoras. **Gênero e saúde. Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: Editora ABRASCO; Brasília: UNFPA, 2005.

SILVA, L.F.; ALVES, F. **A saúde das mulheres em Portugal**. Porto: Afrontamento, 2003.

SILVER, L.D. Direito à saúde ou medicalização da mulher: implicações para avaliação dos serviços de saúde para mulheres. In: GIFFIN, K., COSTA, S.H. (Orgs). **Questões da Saúde Reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

SUÁREZ, M. et al. **Gestão Local e Desigualdades de Gênero**. Brasília: Agende; 2002.

TEIXEIRA, A.M.F.B.; KANUTH, D.R.; FACHEL, J.M.G.; LEAL, A.F. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 22(7): 1385 – 1396, 2006.

VILLELA, W.V.; ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (Org.). **Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil**. Campinas/São Paulo: Editora Unicamp; 2003.

ZIV, A.; BOULET, J.R.; SLAP, G.B. Utilization of physician offices by adolescents in the United States. **Pediatrics**, 104: 35-42, 1999.

5.3 Materiais Educativos impressos sobre saúde sexual e reprodutiva utilizados na atenção básica em Belo Horizonte, MG: caracterização e considerações.¹³

Resumo

Realizou-se uma análise inicial de materiais educativos impressos utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Belo Horizonte (BH) sobre temas ligados à saúde sexual e reprodutiva. Foram considerados como pressupostos que a Educação em Saúde é uma prática que se desenvolve no nível das relações sociais e que os meios de comunicação de massa e as interações cotidianas podem ser elos entre a população e os serviços de saúde. A partir da coleta de materiais impressos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da SMS/BH, foi realizada classificação, descrição e análise de conteúdo e ilustração dos mesmos. Para contemplar os significados atribuídos às dimensões sexuais e reprodutivas do corpo pelos adolescentes, mediados por um dos materiais utilizou-se grupo focal. Com os profissionais de saúde foram realizadas entrevistas semi estruturadas. Destaca-se que os materiais são produzidos de forma vertical, tratando o público alvo como categorias estanques e homogêneas, prevalecendo à temática DST/AIDS. Alguns dos materiais que focalizam a AIDS demonstram boa qualidade, apresentando uma linguagem objetiva, clara e ilustrações pertinentes. Contudo, na maioria, prevalece a abordagem da dimensão do corpo biomédico, em detrimento de uma abordagem mais ampla da sexualidade. Fazem-se necessárias avaliações e estudos de recepção para que a produção de material educativo esteja associada ao contexto existencial do público a que é direcionado e que critérios de qualidade dos mesmos estejam incluídos na formação dos profissionais de saúde.

Palavras chaves: Materiais Educativos, Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva, Adolescentes.

¹³ Projeto financiado pela FAPEMIG. Edital PPSUS – Processo 117/05 e CNPq; Edital Saúde da Mulher – Processo 551264/2007-1. Artigo Submetido para publicação na Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde (RECIIS)

Introdução

O presente artigo apresenta uma análise descritiva e considerações críticas sobre os materiais educativos impressos utilizados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Belo Horizonte - MG (BH-MG) relativos a temas ligados à saúde sexual e reprodutiva bem como a avaliação da recepção dos adolescentes de um material específico: o Álbum Seriado sobre Doenças sexualmente transmissíveis (Ministério da Saúde, s/ data.). (Figura 1)

Para análise dos materiais educativos parte-se do pressuposto que a Educação em Saúde é acima de tudo Educação. Privilegia-se assim uma concepção de educação dialógica destinada não só a comunicar conhecimentos, mas a desenvolver e modificar atitudes (Freire, 1987). Uma educação em saúde que traz para o campo da educação a importância da interação dos saberes, da prática cotidiana, das representações sociais e da afetividade, em detrimento de uma perspectiva de educação pautada meramente no aspecto cognitivo (Schall, 1996)

A Educação em Saúde pode ser concebida como o campo de práticas que se dão no nível das relações sociais (L'abbate, 1994) e os meios de comunicação de massa e as interações cotidianas são as formas de ligação entre a população e os serviços de saúde (Vasconcelos, 1999). Nesta perspectiva, vídeos, folhetos, panfletos, cartilhas, dentre outros, são valiosos instrumentos no campo da Educação em Saúde, pelo caráter informativo dos mesmos. Mas não se pode tomar como verdadeira e linear a suposição de que mais informação é igual a mais autonomia, uma vez que os sujeitos estão imersos em uma complexa rede de relações sociais e seus comportamentos e suas práticas cotidianas não são guiados por uma única racionalidade. No âmbito da comunicação estabelece-se um diálogo com o paradigma das Interações Comunicacionais, no qual se evidencia a tentativa de superar o caráter restritivo e formalizador que a noção de comunicação adquiriu com a utilização do Paradigma Clássico, que postulava uma noção de comunicação a partir de uma forma fixa, rígida, de identificação e delimitação de seus elementos internos.

O “modelo praxiológico” de Louis Quere (1991), o “enfoque tríplice” de John B. Thompson (1995) e o “paradigma do hipertexto” de Pierre Levy (1999) são algumas das formulações teóricas que têm contribuído para a construção do Paradigma das Interações Comunicacionais. No paradigma praxiológico, ao reconhecer a importância da construção compartilhada, Quere (1991) evidencia o caráter dialógico, em oposição ao caráter monológico, que não se adéqua, para explicar

o processo comunicativo. A idéia de produzir representações similares junto ao comunicador e seu destinatário é restrita, é preciso compartilhar para interagir. Nesse momento, o papel do outro passa a ser fundamental. Para o modelo praxiológico não mais existe o mundo pré-definido, passível de representação. Ao contrário, a determinação só é possível a partir de uma ação comunicativa construída na relação com o outro.

No que se refere à ancoragem dos modelos de comunicação dos projetos educativos na área da saúde, segundo Meyer et al. (2006), os mesmos, em sua maioria, estão inscritos na ótica de transmissão de conhecimento especializado, estritamente relacionados com as práticas sanitárias hegemônicas ao longo do século XX, pautadas na universalidade, objetividade e neutralidade do conhecimento científico.

Na mesma vertente Vasconcellos-Silva et al.,(2003, pg. 538) apontam que “os folhetos informativos utilizados no ambiente hospitalar têm sido produzidos e veiculados de maneira instrumental e monológica, para transmitir informações unilateralmente definidas como relevantes e sem estudos de recepção posterior”. A discussão acerca da não linearidade entre informação e mudanças de comportamento aparece de forma recorrente em vários estudos no campo da antropologia, sociologia e psicologia (Monteiro e Vargas, 2006; Vargas e Siqueira, 1999; Rozemberg et al., 2002).

No caso específico do comportamento sexual, o fenômeno denominado “**Know-do gap**” (WHO, 2008) pode ser percebido nas pesquisas que apontam que os adolescentes têm conhecimento acerca dos métodos contraceptivos e, em muitos casos, sabem como utilizá-los, mas este conhecimento não se traduz em uso efetivo, uma vez que as DST - principalmente HIV - e a gravidez têm aumentado na faixa etária de 10 a 19 anos (IBGE, 2004: Sinasc, 2004). Desse modo, o acesso à informação é necessário, mas não suficiente para colocar o conhecimento em prática. A informação científica é um dado fundamental para o desenvolvimento de atitudes preventivas, mas não o suficiente para mudar comportamentos de risco (Abduch, 1999).

A consideração de fatores subjetivos, bem como a incorporação de variáveis externas, por meio do reconhecimento do contexto sócio-cultural possibilita compreender melhor a lacuna entre conhecimento-informação e uso, prática ou adoção. Segundo Vargas e Siqueira (1999), a produção de materiais educativos deve estar pautada na premissa de um receptor ativo, uma vez que, ao receber uma mensagem, o indivíduo irá interpretar e resignificar o seu conteúdo de acordo com seu

lugar na sociedade. Em avaliação de vídeos educativos no campo da sexualidade, junto a profissionais de saúde, as autoras apontam que aqueles podem estar cumprindo uma função de ilustração dos discursos que informam as práticas no campo da saúde, em detrimento da exploração do imaginário social que perpassa de forma diferenciada o comportamento preventivo dos sujeitos pertencentes a grupos culturalmente definidos. Deve-se pensar em práticas de promoção da Saúde mais criativas e horizontais bem como na utilização de materiais educativos de forma menos instrumental. Como salienta Villa (2006 pg 47)

“o educar na prática da saúde não se limita à absorção passiva de informações padronizadas, mas à possibilidade de libertação do espaço e do tempo presentes, de fazer relações mentais diferentes, imaginar, fazer planos, transformar, tomar posse do próprio fazer/saber”.

Diante a importância dos materiais educativos nos processos pedagógicos que visam à promoção da saúde junto ao público adolescente propõe-se uma análise inicial de alguns materiais impressos utilizados na rede de atenção básica do Município de Belo Horizonte sobre temas ligados à saúde sexual e reprodutiva. Desse modo, com base na coleta e análise dos materiais impressos, na interlocução com gerentes de atenção à saúde e na opinião de um grupo de adolescentes discute-se a qualidade, a pertinência e a adequação dos mesmos aos processos educativos em saúde.

Metodologia

Seleção dos materiais

Os materiais educativos impressos relacionados à saúde sexual e reprodutiva foram coletados, principalmente, na UBS Cafezal, pertencente à Regional de Saúde Centro Sul de Belo Horizonte. A escolha deveu-se a critérios epidemiológicos encontrados em estudo de georeferenciamento dos nascidos vivos no município de Belo Horizonte. (Nogueira, 2008), que correlacionou a gravidez na adolescência com aspectos socioeconômicos e de vulnerabilidade social. Os dados revelam uma alta incidência da gravidez na adolescência na região na qual esta inserida a vila Cafezal.

Artigo III - Análise de Materiais Educativos impressos utilizados na atenção Básica voltados para o âmbito da saúde sexual e reprodutiva.

Desse modo, foi solicitado a gerência da Unidade Básica que nos fornecesse todos os materiais disponíveis que tinham sido enviados pela Secretaria Municipal de Saúde para ações e estratégias educativas que contemplassem temáticas ligadas a saúde sexual e reprodutiva como: planejamento familiar, uso de preservativo, gravidez, dentre outras.

Embora a coleta tenha sido feita em uma unidade específica o material é significativo, pois é distribuído pela SMS-BH para todas as unidades básicas. A seleção seguiu o critério de trabalhar com materiais que fossem utilizados fora dos períodos específicos como carnaval ou dia mundial de luta contra AIDS. Segue abaixo (Quadro 1) a relação dos materiais educativos selecionados e organizados por tipo, tema, órgão e modalidade.

Quadro 1– Relação de Materiais Educativos selecionados e organizados por tipo.

Material	Tema	Órgão	Modalidade
1-“Álbum Seriado”	DST/AIDS	MS - GF	AS
2-“Camisinha: todo mundo usa”	DST/AIDS	PBH – MS	CA
3-“Sem camisinha, nem pensar”	DST/AIDS	MS - GF	CA
4-“Aprenda a se defender”	DST/AIDS	PBH – MS	FO
5-“Quem sabe se um de nós”	DST/AIDS	PBH – MS	FO
6-“Atenção à mulher”	Planejamento Familiar	PBH – MS	FO
7-“Aquele sexo básico”	DST/AIDS	PBH – MS	FO
8-“Pai tem que dar o exemplo”	DST/AIDS	MS - GEMG	PA
9-“Basta uma vez”	DST/AIDS	PBH – MS	PA
10-“No jogo da vida, vista a amisa...”	DST/AIDS	PBH – MS	PA
11-“Transa arriscada”	DST/AIDS	PBH – MS	PA
12-“Na hora H...”	DST/AIDS	MS - GF	PA
13-“Não saio sem ela”	DST/AIDS	MS - GF	PA
14-“Na roça ou na cidade”	DST/AIDS	MS - GF	PA
15-“Te espero na saída”	DST/AIDS	MS - GF	PA

(CA) Cartaz; (FO) Folheto; (PA) Panfleto; (AS) Álbum Seriado; (PBH) Prefeitura de Belo Horizonte; (MS) Ministério da Saúde; (GF) Governo Federal; (GEMG) Governo Estadual de Minas Gerais.

Procedimento metodológico.

No primeiro momento os materiais foram classificados segundo as seguintes modalidades: CA) Cartaz; (FO) Folheto; (PA) Panfleto; (AS) Álbum Seriado. A seguir, realizou-se uma análise da estrutura observando os itens: indicação textual do público alvo, local e data, órgão responsável pela publicação e foco.

Paralelamente foram realizadas entrevistas semi-estruturadas dirigidas a informantes chaves em cada um dos 09 distritos sanitários do município. No roteiro semi-estruturado um dos temas abordados foi o uso de materiais educativos nas ações educativas nas Unidades Básicas de Saúde. Como o álbum seriado foi bastante citado nas mesmas, apontando posturas divergentes quanto à qualidade e eficácia do mesmo, optou-se em analisar como esse material dialoga com o público adolescente. Desse modo, segundo metodologia proposta por Débus (1994), realizou-se um grupo focal com roteiro semi-estruturado nas seguintes temáticas: conhecimento do álbum, ilustrações e conteúdo. Participaram 09 adolescentes, 01 agente comunitário de saúde, 01 enfermeira e o coordenador.

As entrevistas e o grupo foram gravados e o conteúdo foi transcrito. Os dados foram analisados na perspectiva da análise de conteúdo de Bardin (1977), que se baseia em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias. Realizou-se as seguintes etapas: leitura flutuante, categorização e análise das categorias.

Resultados e discussão

Materiais educativos: conteúdo, linguagem e estrutura.

O álbum seriado contém 06 painéis com informações acerca das principais doenças sexualmente transmissíveis acompanhadas de ilustrações coloridas (figura 1), 01 painel com instruções para o uso correto do preservativo masculino e 01 painel com dicas de prevenção.

Figura 1 – Álbum Seriado sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) utilizados nas Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte



Fonte: Ministério da Saúde (MS), sem data.

Os dois cartazes (nº. 2 e 3, quadro 1) trazem mensagem alusivas ao uso de preservativos. No cartaz de número 2 o enunciado “camisinha: todo mundo usa” está associado às imagens que fazem alusão à diversidade em termos de gênero, etnia/raça, e explicita também a singularidade dos sujeitos, pelos adereços como bonés, cabelos coloridos, tipo do óculos (Figuras 2 e 3). Busca-se desse modo desassociar a imagem recorrente do uso da camisinha a um público específico.

Figura 2 – Cartaz sobre DST produzido pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte em parceria com o MS, sem data.



Figura 3 – Cartaz sobre DST produzido pelo MS, sem data.

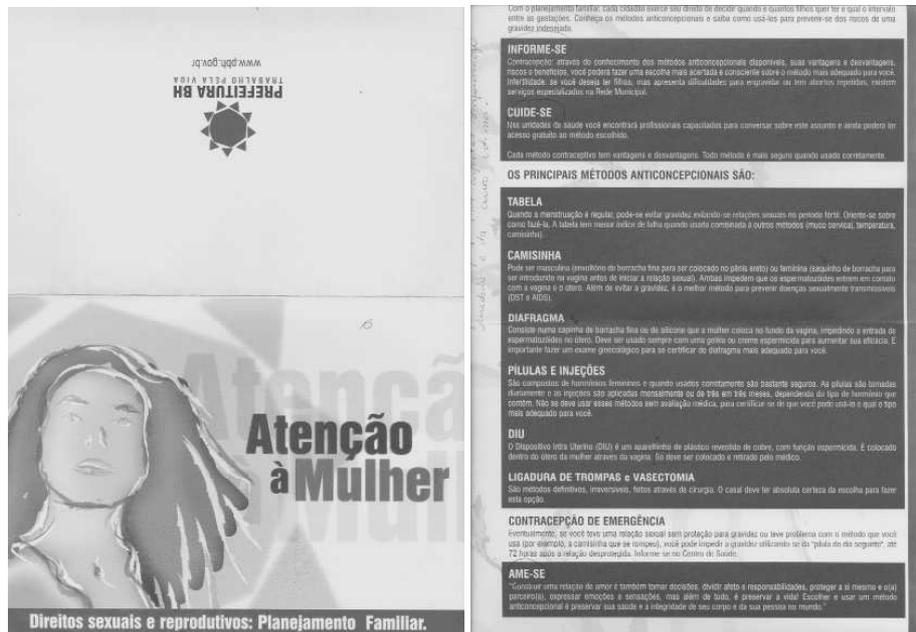


As mensagens são diretas como: “Camisinha todo mundo usa” e “Sem camisinha nem pensar”. Dos quatro folhetos, dois são direcionados para o uso do preservativo (nº. 5 e 7), com ilustrações simples. Apresentam passo a passo as instruções para o uso adequado do preservativo feminino e masculino. Os outros dois (nº. 4 e 6, quadro 1) contêm abordagens distintas. O nº. 4 destina-se a informações gerais das DST, incluindo dicas de prevenção e tratamento e fornece o endereço de Organizações não-governamentais (ONGs), ambulatórios, grupos de apoio, e do Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS - BH). Apresenta dicas para negociação do uso do preservativo, contemplando assim as relações de gênero implicadas no uso de medidas contraceptivas.

Apointa-se que um material com muito texto será pouco atrativo para o público adolescente, que normalmente têm o pouco hábito da leitura, estando a mesma geralmente cumprindo exigências escolares(Santos, 1993).

O nº 6 é o único material que contempla uma abordagem mais ampla da sexualidade direcionada ao gênero feminino (figura 4).

Figura 4 – Álbum “Atenção à Mulher”, voltado para o planejamento familiar, produzido pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte em parceria com o MS, sem data.

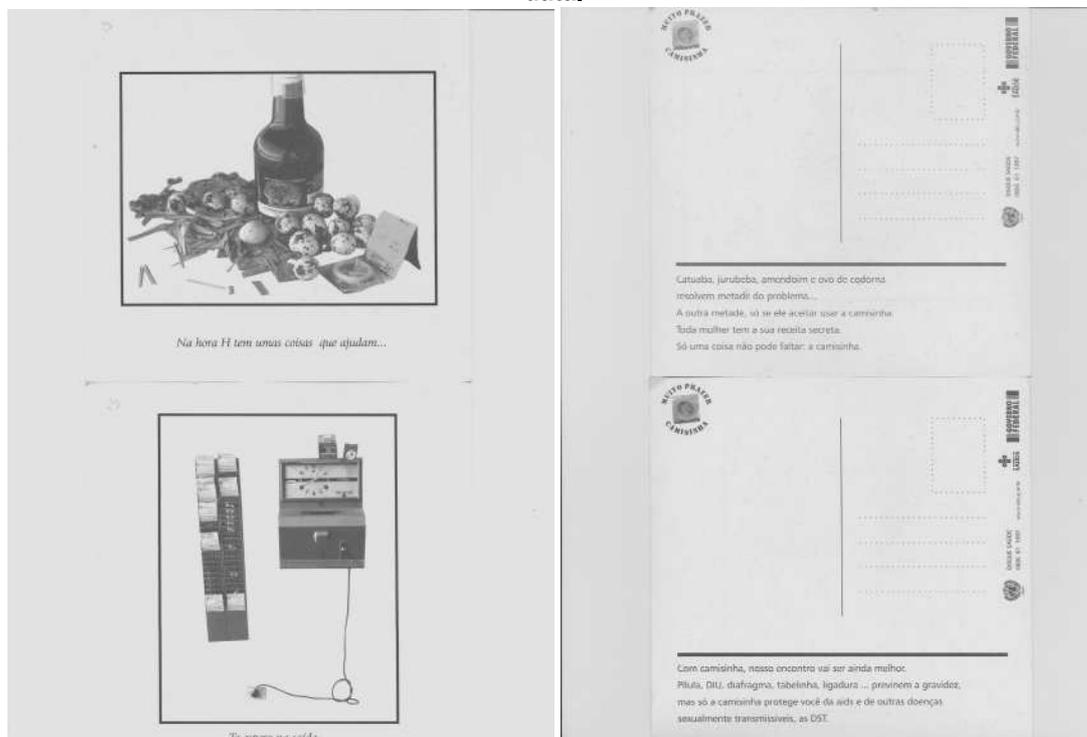


Aborda a temática do planejamento familiar, com ênfase nos direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Descreve os diversos métodos anticoncepcionais abordando a forma de uso. Através das expressões: “cuide-se”, “informe-se” e “ame-se” são abordadas de forma direta as dimensões do cuidado, da informação e da auto-estima, alertando para a necessidade de o sujeito apropriar-se do seu corpo em todas as dimensões.

Dos oito panfletos (PA nº. 8 a 15, quadro 1) os quatro últimos (nº 12 a 15) fazem parte de uma série em forma de cartão postal com imagens associadas aos enunciados (figura 5).

É uma forma criativa de associar os preservativos aos eventos cotidianos, como trabalho, lazer e locais diversos. As mensagens no verso visam familiarizar o uso do preservativo como elemento a ser inserido na vida cotidiana associado ao prazer e à prevenção, sem preconceitos.

Figura 5 – Série Postais “Muito prazer Camisinha”, produzido pelo Ministério da Saúde, sem data.



Quanto aos PA nº. 08 e 10 embora não tragam textualmente o público alvo, supõe-se que estejam dirigidos ao público masculino, considerando as imagens (jogadores de times mineiros) e a frase: “Pai tem que dar o exemplo”.

Os PA de nº. 09, 10 e 11, têm mensagens semelhantes, intituladas: “Assim pega” e “Assim não pega” AIDS. A linguagem escrita não estabelece uma relação direta do preservativo com o texto, cabe ao leitor fazer a associação. Por exemplo, ao dizer que pega “através de sexo oral (boca/pênis, boca /vagina, boca/ânus) e sexo vaginal (pênis/vagina).” não é explicitado que tais ações, se realizadas com o preservativo, deixam de apresentar risco. A doação de sangue é enfatizada no “Assim não pega” sem informar que deve ser realizada com material descartável.

Um ponto a ser destacado na avaliação do material é que os mesmos não explicitam textualmente o público alvo adolescente, com exceção do folder de planejamento familiar que, além de ser o único no tema, é voltado à saúde da mulher especificamente. Esta generalização do público alvo está associada a uma lógica do modelo linear de comunicação (Fausto-Neto, 1995), que inclui: ênfase no caráter instrumental do processo comunicativo, no qual o pólo receptor é considerado

uma “massa amorfa”, desconsidera-se a heterogeneidade dos indivíduos em seus atributos (físicos, biológicos e cognitivos). De acordo com Rozemberg et al., 2002 Pg. 1693)

“Parece não existir ainda um reconhecimento formal, por parte das instituições, de que, apesar de se ocuparem aparentemente da mesma temática, profissionais e clientela são núcleos discursivamente distintos, elaborando significados segundo experiências e mundos identitários próprios”.

Pode-se verificar uma tendência a aproximar os indivíduos em suas generalizações e não em suas especificidades, o que remete à noção de público elástico, em última instância, diretamente correlacionada à preocupação distributiva por parte do pólo emissor (Fausto-Neto, 1995). A lógica de não segmentação da audiência e a tendência distributiva são características marcantes nas Campanhas de Saúde Pública (Kelley-Santos e Rozemberg, 2005). Tais características foram evidenciadas também nos estudos de Rozemberg et al., 2002; Vasconcelos-Silva et al., 2003; Luz et al., 2003 e Pimenta et al., 2007).

A predominância da temática da DST/AIDS foi recorrente nos materiais analisados. Evidencia-se em mais de 90% dos mesmos, uma tendência a ancorar as práticas discursivas na dimensão reprodutiva do corpo, em detrimento à dimensão sexual. Segundo Vargas e Siqueira (1999) é preciso ampliar a visão sob o corpo e sexualidade considerando os condicionantes sócio-culturais implicados nos modos de homens e mulheres vivenciarem a sexualidade. Segundo Costa (1996) esta é uma questão central na constituição dos sujeitos e das identidades sociais.

Deve-se considerar que em um momento histórico de aumento das taxas de disseminação de doenças pela via sexual, principalmente, entre jovens e mulheres, as instâncias públicas não podem, e não devem se furtar do papel preventivo a elas atribuído, no sentido de informar à população a respeito das formas de contaminação, riscos, aspectos preventivos, tratamento etc. Mas, por outro lado, as temáticas mais amplas que envolvem a saúde sexual e reprodutiva também devem ser contempladas: a sexualidade como direito de homens e mulheres, as relações de gênero implicadas no uso e negociações de medidas contraceptivas, a gravidez na adolescência, relações familiares. Tal fato já foi apontado pela pesquisa do “Projeto Prisma” do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente - NESA/UERJ (Barros et al., 1999).

Materiais educativos: o que os gerentes têm a dizer?

Os gerentes entrevistados apontam para a necessidade de um material que reflita os desejos e as preocupações dos próprios adolescentes, destacam que ainda são tímidas as iniciativas de produção de materiais nas próprias Unidades Básicas de Saúde.

“(...) Acho que, talvez, a gente poderia juntar esses adolescentes e perguntar pra eles o tipo de material ou confeccionar com eles o tipo de material que fosse mais adequado... Tem uma boneca que a gente recebeu um tempo atrás... Ela chama Gertrudes... Aquele eu acho mais simpático, que ele permite uma interação maior das pessoas com o material educativo e ele não é... caricato... ele não é... ele é real... o corpo masculino... o corpo feminino... e as pessoas trabalham em cima daquilo”.

(Gerente – Distrito Sanitário)

Nogueira (2008) ao realizar um levantamento das estratégias e materiais educativos voltadas para os adolescentes, no que se refere às temáticas da saúde sexual e reprodutiva, verificou que o Álbum Seriado (Fig. 1) é bastante utilizado nas estratégias educativas na atenção básica. O Álbum traz imagens explícitas de quadros avançados de doenças sexualmente transmissíveis. Algumas falas apontam para o ponto de vista dos entrevistados acerca da qualidade atribuída a este material.

“O álbum seriado das DST é muito impressionante, eles fizeram umas gravuras muito impressionantes das DST, muito feias. Então eles ficam chocados, eles voltam, querem ver de novo. Então a gente vê que o visual faz impacto. Eu acho que é um elemento muito bacana de trabalhar” (Gerente – Distrito Sanitário 03).

Percebe-se que o entrevistado possui uma visão positiva acerca da utilização de imagens grotescas e exageradas nos materiais educativos. Em outra perspectiva, percebe-se uma avaliação negativa: “Aquele álbum seriado de DST/AIDS, onde mostra as doenças, é algo que adolescente não fica muito seduzido por aquilo não... Eu acho que é uma coisa que intimida, mas não educa”. (Gerente – Distrito Sanitário 01)

As falas expressam alguns aspectos que estão presentes na literatura referente a materiais educativos na área de saúde. Pimenta et al., (2007) destacam que, na elaboração de estratégias educativas na área de saúde, é recorrente a utilização de recursos de imagens grotescas e exageradas da doença, prevalecendo a utilização de recursos de “espetacularização” e sensacionalismo da doença.

Em suas análises, Luz et al. (2003), revelam que as formas de significação e utilização da imagem em materiais impressos sobre leishmaniose reduzem o portador ao mero status de “doente”. As imagens sobre as conseqüências físicas da doença são, muitas vezes, utilizadas como recurso de “alerta” à população. A mensagem veiculada alerta a população quanto à necessidade de se cuidar, “senão você poderá ficar assim”. Tal fato está presente nos materiais educativos para prevenção das DST.(Figura 1), prevalecendo a utilização de recursos de espetacularização e sensacionalismo da doença, comumente utilizados nas campanhas e nos materiais educativos em saúde (Luz et al., 2003; Pimenta et al., 2002).

Esta contradição na percepção do caráter educativo do Álbum Seriado alerta para a necessidade da avaliação do mesmo, no sentido de analisar o seu potencial educativo. Alerta também para a consideração dos critérios de desenvolvimento e avaliação na formação de profissionais de saúde. Percebe-se que há visões díspares sobre o mesmo material, com base em aspectos subjetivos por falta de conhecimento dos parâmetros que norteiam a qualidade e eficácia dos materiais educativos.

Se aos profissionais de saúde faltam parâmetros de qualidade dos materiais disponibilizados, alguns autores apontam para a necessidade de estudos mais sistematizados de recepção de mensagens junto ao público alvo. Monteiro e Vargas (2006) destacam a necessidade de uma reflexão conceitual sobre a utilização dos chamados materiais educativos na área da saúde, visto que o

O desenvolvimento e uso de tais recursos encontram-se sempre apoiados num determinado referencial teórico educacional, nem sempre explicitado. O uso de recursos educativos e suas relações com as concepções educativas preventivas estão mais inseridos em contextos de intervenção educativa do que de reflexão acadêmica. As implicações da falta de articulação entre uma sistematização teórico-metodológica e os chamados materiais educativos usados como suporte das ações pedagógicas foram também evidenciadas por Vargas e Siqueira (1999).

Materiais educativos: O que os adolescentes têm a dizer?

A partir da exposição do álbum seriado no grupo focal com os jovens, inaugurou-se um processo discursivo marcado por expressões de esquivas como: “credo!”, “isso é feio”, “é esquisito” “tem que tampar o rosto”; “perereca cabeluda”; “tira isso daí”.

Ao ver a imagem de um pênis com herpes genital, um adolescente foi bastante categórico: “tem que castrar ele”. Tal fala poderia apontar para uma associação bastante fatalista que o mesmo atribuiu ao quadro apresentado da doença. Na perspectiva do feminino, a imagem de uma vagina com doença sexualmente transmissível remeteu ao seguinte relato: “parece carne moída!” - “quando você for comer carne moída vai lembrar do que você falou”!

A reação dos adolescentes às imagens do Álbum Seriado, traduzidas pelas expressões citadas e pelos gestos de tapar os olhos e virar o rosto, apontam para a necessidade de refletir acerca da utilização da estética do grotesco e da espetacularização das imagens de doenças, tão recorrentes em materiais educativos na área de saúde, já problematizada por Pimenta et al., (2007) e por Luz et al., (2003).

Referente às demandas na área de Saúde, Ayres (2002) destaca que a interpretação das mesmas em sua dimensão sócio-cultural é condição necessária para que as ações e estratégias no campo da saúde possam ser adequadas ao público alvo. O autor chama atenção para um novo desenho no campo da saúde que busca a partir de identidades subjetivas – mulheres, idosos e adolescentes – elaborar os programas e as ações educativas. Quando demandados, os adolescentes opinam sobre os materiais que poderiam ser mais motivadores: “Mas tipo... Palavras... Ensinava assim ó: o negócio é assim e tal e tal e tal. Só falava e não mostrava as fotos”. Outros referem-se a conseqüências de algumas DST's: “ Tem gente que fica deficiente, cego, mudo, sei que lá, sei que lá... É de... Ah... Daquele trequeleco lá”.

As falas dos adolescentes nos dão pistas interessantes a respeito de uma abordagem singular para este público. Primeiramente, aponta para a necessidade de um processo discursivo pautado na linguagem falada: “palavras, só falava e não mostrava as fotos” pode sugerir uma demanda por parte dos mesmos do estabelecimento do diálogo. Outro aspecto é o caráter de objetividade que pode ser despreendido da seguinte afirmação: “o negócio é assim e tal, e tal, e tal.”

Os adolescentes expressam uma demanda de mensagens associadas às experiências cotidianas:

“Podia desenhar uma mulherzinha e um homenzinho... Tipo assim.. Coloca tipo um balão assim com ela falando: Você tem alguma doença que é transmitida ou não? Ai o homenzinho vai e fala... Ai sei lá... Eu não tenho não. Então vai ter que usar isso, isso e isso pra... Não pegar doença. Ai se ele falar que não... Se tiver ele vai ter que falar que pra não pegar doença. Ai se ele não quiser, ele... Ele vai e não faz”.

Ao resignificar a mensagem a partir de seu lugar o sujeito esta também traduzindo seu estado afetivo, uma vez que a linguagem escrita possibilita a criação de um espaço simbólico e estimula a imaginação do interlocutor. Uma linguagem visual que contemple personagens, cenários e vivencias mais próximas do público receptor pode possibilitar a oportunidade do mesmo de construir novos significados permitindo a maior compreensão de si mesmo (Schall, 2005).

Considerações finais

Considerando a interface entre saúde, educação e comunicação, percebe-se que, historicamente, os materiais educativos, as ações pedagógicas e as intervenções no âmbito da saúde – seja na elaboração ou transmissão das informações ou mensagens – são um reflexo da concepção de saúde/doença adotada. Segundo Stotz (1993), principalmente no campo da medicina preventiva a forte influência do modelo biomédico, terá ressonâncias nas ações educativas, que serão concebidas na lógica da educação instrutiva (passiva), pautadas na transmissão de conhecimento especializado, que a “gente detém e ensina” para uma “população leiga”, cuja saber é desvalorizado ou simplesmente desconsiderado. (Meyer, et al., 2006).

Como observados nos materiais aqui apresentados, a não consideração das especificidades e singularidades foi uma característica recorrente. No caso dos adolescentes, não faz sentido o planejamento de uma política em saúde ou práticas educativas amplas e generalistas, uma vez que não se pode falar em adolescentes no plural. Faz-se necessária a busca de estratégias conjuntas, com os próprios adolescentes, na tentativa de construir uma abordagem que possa ajudar, de alguma maneira, a melhorar o nível de informação e reflexão desse grupo, bem como ampliar o debate nas instâncias da família, educação e saúde.

É constante nos materiais descritos, a predominância de mensagens prescritivas, a descrição de métodos preventivos, um apelo enfoque cognitivo. As ações, materiais e estratégias educativas não devem se limitar ao aspecto meramente cognitivo. Deve possibilitar a instauração de um processo reflexivo que envolva os significados, sentimentos, medos e desejos dos receptores, que potencialize as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde. Em nosso estudo tanto os profissionais de saúde entrevistados, quanto os adolescentes sinalizaram para a necessidade de materiais educativos que sejam pensados de forma compartilhada e que reflitam as dúvidas, os anseios e as preocupações de públicos específicos.

Percebe-se também que a metade (7) é desenvolvida pelo Governo Federal e os outros (8) pela Prefeitura de BH/MG. Embora não tenham referência à equipe de criação, pode-se supor a contratação de agências de publicidade, aparentemente sem consultoria especializada e ancoragem em estudos com o público alvo. Uma participação mais efetiva e autônoma das Secretarias Municipais de Saúde na elaboração de materiais educativos e de estratégias na área da promoção à saúde, com a participação dos conselhos municipais e envolvimento da comunidade, poderia contribuir para a formação de ações e estratégias educativas mais específicas, norteadas pelas especificidades locais. Os centros de saúde precisam criar e recriar, pensar na efetividade de espaços mais atraentes e adequados que possam integrar a especificidade dos públicos.

Outro fator de extrema relevância é a necessidade de se articular as áreas de Humanas e Saúde para a produção de materiais informativos de qualidade, como manuais, cartilhas, folhetos, cartazes e vídeos, que possam servir de instrumentos auxiliares valiosos, contribuindo para as políticas públicas visarem à promoção da saúde junto à população como um todo. Para que tais materiais possam servir como recursos educativos efetivos, faz-se necessário que eles sejam elaborados dentro de critérios interdisciplinares, compatíveis com a temática e a complexidade do seu público (Luz et al., 2003).

O envolvimento da comunidade (crianças, mulheres, adolescente, etc.) potencializaria a reflexão e a apropriação pelos indivíduos do cuidado com a saúde. É válido destacar que a política do SUS, com base no princípio da descentralização e participação comunitária, poderia ancorar tal perspectiva. É preciso refletir e discutir a respeito da participação individual e coletiva não apenas como dever, mas, antes, como direito.

O estudo de georeferenciamento revela que 24% dos nascidos vivos na Vila Cafezal, no ano de 2005, são filhos de mães adolescentes. Tal fato nos faz pensar na elaboração de materiais educativos que contemplem a realidade local e possam instrumentalizar espaços de reflexão acerca do fenômeno da gravidez na adolescência. O uso do preservativo não deve estar associado apenas à prevenção de DST's/AIDS, mas deve também contemplar e abrir espaços para reflexão da necessidade de práticas sexuais protegidas. Em uma realidade com altas taxas de maternidade na adolescência, o único material que está voltado à temática refere-se ao álbum de planejamento familiar. No entanto, questiona-se a adequabilidade de tal material para o público adolescente, uma vez que nessa fase da vida, embora ocorra o evento da maternidade e da paternidade, os adolescentes não "planejam" uma vida familiar.

Não se pode perder de vista que as políticas de intervenção devem incorporar aspectos da dimensão social e cultural das práticas cotidianas, uma vez que ao tomarem suas decisões, os indivíduos não se baseiam somente no cálculo racional, mas, antes, são influenciados pelas condições materiais e simbólicas do contexto no qual estão inseridos. Acredita-se ser fundamental conhecermos a realidade do público que se quer atingir, para saber com quais códigos de comunicação, de linguagem e de valores pode-se abordá-lo.

Referências Bibliográficas

ABDUCH, C.-. Grupos Operativos com Adolescentes. *Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento*, v.1. Brasília, DF, agosto, 1999. 303p.

AYRES, J. Repensando conceitos e práticas em saúde pública. In PARKER R. & TERTO JÚNIOR V. (orgs.). *Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS*. Rio de Janeiro: ABIA, p. 12-19, 2002.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, C.R.P.; MATHIAS, C.R.J.C.; CATRO, D.M.F.; et al., 1999. *Catálogo Projeto Prisma - Região Sudeste*. Rio de Janeiro: Núcleo de Estudos de Saúde do Adolescente (NESA)/UERJ.

COSTA, J.F. O referente da identidade homossexual. In. PARKER, R.; BARBOSA, M. (Org.) *Sexualidade Brasileiras*. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará/Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS/Instituto de Medicina Social, UERJ, 1996, pp. 63-89.

DEBUS, M. Handbook for excellence in the investigation through focal groups. Washington, D.C, HealthCom, 1994, 97 p.

FAUSTO NETO, A. Percepções acerca dos campos de saúde e da comunicação. In: PITTA, A. M. R. (Org.) *Saúde e Comunicação: Visibilidade e Silêncios*. São Paulo: Editora Hucitec/Rio de Janeiro: ABRASCO, pp. 267-294, 1995.

FREIRE, P. *Ação Cultural para a Liberdade e Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico. Brasília: IBGE, 2003. Disponível em : <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 de dezembro de 2004.

KELLY-SANTOS, A ; ROZEMBERG, B. Comunicação por impressos na saúde do trabalhador: a perspectiva das instâncias públicas. *Ciênc. saúde coletiva* [periódico na Internet]. 2005
L'ABBATE, S. Educação em Saúde: Uma Nova Abordagem. *Cad. de Saúde Pública* , v.10, n.4, p.481-490, Dez, 1994.

LÉVY, Pierre. *A inteligência coletiva. Por uma antropologia do ciberespaço*. 2ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

LUZ. M. P.; PIMENTA, D. N.; RABELLO, A.; SCHALL, V. T. Avaliação de material informativo sobre leishmanioses distribuído no Brasil: critérios e subsídios para a elaboração e o aperfeiçoamento de materiais educativos para a saúde. *Cad. Saúde Pública*, 2003.

MEYER, D. E. E; MELLO, D F; VALADAO M. M. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006.

MONTEIRO, S. S. (Org.); VARGAS, E. P. (Org.). *Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

NOGUEIRA, M. J. *Sexualidade e Gênero na adolescência: uma perspectiva educacional*. Tese de Doutorado. FIOCRUZ, 2008.

PIMENTA, D. N; LEANDRO, A.; SCHALL, V.T. A estética do grotesco e a produção audiovisual para a educação e saúde: segregação ou empatia? O caso das leishmanioses no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol. 23, n. 5, p. 1161-1171, mai, 2007

QUERÈ, L. *De um modelo epistemológico da comunicação a um modelo praxeológico*. Tradução de Westin, V. L. e Lamounier, L. Campinas: Ed. Mimeo, 1991.

ROZEMBERG, B.; SILVA, A.P.P; SILVA, P.R.V. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: O ponto de vista dos profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1685-1694, nov-dez, 2002.

SANTOS, P L. *Representações sobre o comportamento de leitura de crianças e adolescentes*. - Dissertação de Mestrado; Programa de Pós-Graduação em Educação –UFSCar 1993

SCHALL, V. T. *Saúde e afetividade na infância: O que as crianças revelam e a sua importância na escola*. Tese de Doutorado. PUC Minas, 1996.

SCHALL, V. T. *Histórias, Jogos e Brincadeiras: Alternativas Lúdicas para crianças e adolescentes sobre saúde e ambiente*. In: MASSARANI, L. *O pequeno Cientista Amador*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p.10-21.

SINASC-Sistema Nacional de Informações Sobre Nascidos Vivos. *Informações de saúde: nascidos vivos*. Brasília: SINASC, 2004. (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvmq.def>)

STOTZ, E. N. *Enfoques sobre Educação e Saúde*. In: Valla, V. V.; Stotz, E. N.; Orgs. *Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. 1993.

THOMPSON, J.B. *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis: Vozes; 1995.

WHO. 2008. *Strengthening implementation of the global strategy for dengue fever/dengue haemorrhagic fever*. (http://www.who.int/csr/resources/publications/dengue/WHO_CDS_D_EN_IC_2000_1/en/print.html)

VARGAS, E. P.; SIQUEIRA, V.H.F. *Sexualidade e corpo: o olhar do sujeito através das imagens em vídeo*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15, n. Sup.2, p. 69-83, 1999.

VASCONCELOS, E. M., 1999. *Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família*. São Paulo: Editora Hucitec.

VASCONCELLOS-SILVA, P.R.; RIVERA, F.J.U.; ROZEMBERG, B. *Próteses de comunicação e alinhamento comportamental sobre impressos hospitalares*. *Revista Saúde Pública*. São Paulo, v. 4, n. 37, p. 531-542. 2003.

VILLA, E. *A Prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional*. In: GAZZINELI, M.F.; dos REIS, D.C.; MARQUES, R. *Educação em Saúde: Teoria, método e imaginação*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.

5.4 O que se sabe e o que se faz: a gravidez precoce e contracepção na visão de pais e mães adolescentes de baixa renda em Belo Horizonte, Brasil

Maria J Nogueira, Samuel M Barcelos Virgínia T Schall

Laboratório de Educação em Saúde – Centro de Pesquisa René Rachou – FIOCRUZ

RESUMO

O aumento no número de casos de gravidez na adolescência tem se apresentado motivo de preocupação em diversos países. Tal fenômeno ocorre no Brasil, onde 23% das adolescentes estavam grávidas em 2006, segundo pesquisa nacional. Buscando compreender como as questões de sexualidade e gravidez são interpretadas por mães e pais adolescentes, o presente estudo analisou as representações sociais de 17 jovens que vivem em uma área com IDH abaixo de 0,69. Sob perspectiva qualitativa, a análise de conteúdo revelou a coexistência de fatores peculiares à região como violência e exclusão social expressos nos relatos dos jovens, que apostam na gravidez precoce como estratégia de sobrevivência em condições tão adversas. Entretanto, as implicações da gravidez precoce estão associadas à evasão escolar das mães adolescentes, a formação de lares desestruturados social e financeiramente, a iniciação tardia do acompanhamento pré-natal, a pré-maturidade das crianças e a maior dificuldade no acompanhamento da puericultura. Tais fatores implicam em diminuição da qualidade de vida da comunidade local e requerem políticas públicas e práticas mais inclusivas nos serviços de saúde e escolas que contemplem tais problemas.

Palavras-chave: Adolescência, Gravidez, Políticas Públicas.

Introdução

Em estudos brasileiros (Camarano, 1998; Cavasin, 2004; Brandão e Heilborn, 2006), e internacionais (Holgate and Evans, 2006; Glasier, 2006; Paton, 2006; Fletcher et al., 2008) observa-se grande preocupação com o número de casos de gravidez entre jovens de 15 a 19 anos. Apesar da diminuição contínua, a taxa de gravidez na adolescência nos EUA ainda é uma das maiores entre os países industrializados, (Guttmacher, 2007). Na União Européia, a Grã-Bretanha possui a maior taxa (Guttmacher, 2007) seguido por Portugal (Carlos et al., 2007). No Brasil, a taxa de fecundidade das adolescentes representa 23% da taxa total, em contraste com 17%, em 1996. Até os 15 anos, em 2006, 33% das mulheres já haviam tido relações sexuais, o triplo do ocorrido em 1996. Segundo dados da Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde de 2006 (PNDS, 2006), no momento da pesquisa, 23% das adolescentes estavam grávidas e 12% estiveram grávidas, mas não tiveram filhos nascidos vivos.

Paralelamente, na perspectiva da educação, estudos voltam-se para o entendimento de ações e estratégias para educar crianças e adolescentes procurando uma forma de diminuir a

ocorrência de gravidez nessa faixa etária. (Fletcher et al., 2008). Observa-se também na literatura que o conhecimento dos adolescentes sobre os métodos anticoncepcionais é elevado, mas esse conhecimento não garante que o uso desses métodos seja adequado ou regular, mesmo que sua utilização tenha aumentado nos últimos anos (Heilborn et al., 2002; Teixeira et al., 2006).

Menandro et al. (2003) apontam a dualidade entre a fala apresentada nas políticas de atenção à adolescente grávida e a efetivação das práticas pretendidas, as quais não contemplam as reais necessidades da adolescente. As autoras recomendam a investigação dos discursos dos adolescentes, sobretudo, das mulheres adolescentes grávidas, o que pode fornecer uma compreensão das questões da sexualidade e da gravidez interpretadas por elas. Este estudo visa analisar as representações sociais dos adolescentes no que se refere às questões da saúde reprodutiva e sexual, maternidade e paternidade. Tais estudos podem problematizar o discurso oficial, centrado na idéia da gravidez como um problema de saúde e interpretada apenas na dimensão dos conceitos de saúde e doença.

Metodologia

Espaço de investigação

A Vila Cafezal faz parte do Aglomerado da Serra, situado na região centro-sul de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, Brasil. De acordo com dados censitários do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2001) a região possuía, em 2001, uma população de 10.481 habitantes, sendo 92,6% cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Vila Cafezal. Do total da população cadastrada 49,1% são homens e 50,9% são mulheres, sendo 47,9% de pessoas adultas entre 20 e 59 anos. A unidade lida com uma população da área de abrangência com grande número de jovens até 19 anos, com 1º grau incompleto, sem plano de saúde. A região possui um IDH < 0,69 (PNUD, 2006), é conhecida pelos altos índices de violência e encontra-se dentro dos critérios de alto risco estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH) no Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS). O IVS é um índice composto por variáveis socioeconômicas e indicadores de saúde, elaborado pela SMSA-BH para setores censitários para os anos de 1998 e 2003 (SMSA-BH, 2003).

Coleta de dados

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um roteiro de entrevistas semi-estruturadas. A seleção dos entrevistados foi realizada através da técnica "bola de neve" (Patton, 1990). Foram entrevistados oito pais e nove mães entre 15 e 19 anos. As entrevistas foram gravadas e os participantes assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto foi submetido e aprovado pelos Comitês de Ética da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte e da Fundação Oswaldo Cruz representada pelo Centro de Pesquisa René Rachou. O material foi transcrito e categorizado com a ajuda do **software** para dados qualitativos QSR NVivo NUD*IS'T (versão 6.0, build 1335). Os dados foram analisados na perspectiva da análise de Bardin (1977). Segundo a autora:

"um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção [...] destas mensagens"

No presente artigo foram utilizadas as seguintes categorias de análise: (1) comportamento sexual das adolescentes e adoção de medidas preventivas antes da gravidez; (2) Comportamento sexual dos adolescentes e adoção de medidas preventivas antes da gravidez; (3) Planejamento da gravidez; (4) Reação dos pais e mães adolescentes perante a gravidez; (5) Comportamento da família dos adolescentes após o nascimento do bebê.

Resultados

Os adolescentes entrevistados pertencem a famílias de baixa renda (ganham menos de US\$ 15,00 por dia em 2008). Das adolescentes, oito já tinham tido os bebês e uma estava grávida. Sete garotos já eram pais e a namorada de um deles estava grávida. Apenas um adolescente do sexo masculino interrompeu os estudos devido à gravidez da parceira. Um havia concluído o segundo grau e cinco cursavam o ensino fundamental. Das adolescentes, sete não freqüentavam a escola,

sendo que seis pararam por causa da gravidez e uma já se encontrava fora da escola quando engravidou. Uma garota completou o segundo grau e uma freqüentava a sétima série do primeiro grau. Quanto ao mercado de trabalho apenas dois adolescentes do sexo masculino e uma adolescente relataram exercer atividade remunerada. Dois rapazes se declararam casados, quatro solteiros e um “amigado”. Das adolescentes, seis se declararam solteiras, duas casadas e uma declarou morar com o pai do bebê.

1. Comportamento sexual das adolescentes e adoção de medidas contraceptivas antes da gravidez.

Estudos apontam que há influência entre a relação do uso de camisinha por adolescentes e tempo de relacionamento com o parceiro. Fortenberry (2002) mostra que os adolescentes demoram menos de um mês para considerar sua nova relação de casual para estável, o que diminui o uso da camisinha entre eles. Neste estudo o discurso dos adolescentes aponta para a vinculação entre relacionamento estável e não adoção de medidas preventivas, principalmente o uso do preservativo. Na fala das entrevistadas alguns pares de opostos são bastante elucidativos: “namorado” X “homem”; “namorar” X “namorar fixo”; “namorado” X “namorado de verdade”. Tal fato terá uma repercussão direta no comportamento sexual das garotas, principalmente no que se refere ao uso do preservativo e outras medidas contraceptivas. K. (feminino – 16 anos) diz que: “**Não, eu já tinha tido outros, mas assim ter relação sexual, mais além das coisas foi com ele. Namorado de verdade** (grifo dos autores) **foi ele mesmo**”.

W. (feminino – 17 anos) afirma que a primeira relação sexual foi com o pai do bebê e atual namorado, o “**namorado de verdade**”: “**Não. Ele não foi meu primeiro namorado, mas foi meu primeiro homem**”. Com os outros namorados ela afirma que ficava apenas “no beijo na boca”, não significando uma relação séria, que os levasse a ter relações sexuais.

As adolescentes que relatam um período de relações sexuais anterior à gravidez afirmam que nessas primeiras relações usaram preservativos, e que ao passar do tempo e o aumento da confiança entre o casal, não mais o utilizaram: “**Tinha, tinha (tido relações sexuais), mas... antes era só com camisinha. Aí depois que eu comecei a namorar fixo com ele** (grifo nosso), **que eu acho que depois, umas três vezes sem camisinha que eu acabei engravidando**” T. (feminino – 16 anos).

2. Comportamento sexual dos adolescentes e adoção de medidas preventivas antes da gravidez.

Nas sociedades ocidentais o conceito de masculinidade está diretamente relacionado a esfera da sexualidade. Os jovens do sexo masculino estão vulneráveis a cobranças por parte do grupo de amigos e da sociedade devido ao fato de viverem em uma cultura que os incentiva a agirem como adultos, incluindo-se a prática sexual (Billy & Udry, 1985; Marcell et al., 2003). H. (masculino – 16 anos) nos relata que “(...) o pessoal ficava tipo incentivando: **Nó! Até hoje vocês não fizeram nada, só fica de beijinho e abraço, aí eu ficava estressado.**” A cobrança social não implica diretamente no não-uso do preservativo, mas acaba implicando circunstâncias mais propícias para o não uso. Outro destaque refere-se à inconstância de sua utilização (Heilborn, 2002; Teixeira et al., 2006).

Outro fato evidenciado é a inconstância na utilização do preservativo como destacado nas falas dos adolescentes: “**com essa menina eu também usei, muito. Mas depois eu peguei, quando não tinha eu não usava, aí aconteceu**”, fala B. (masculino – 17 anos). No presente estudo, a fala dos adolescentes do sexo masculino apontam para um padrão bastante próximo ao referido por Monteiro (2002). Eles afirmam ter utilizado preservativos com as outras parceiras, mas asseguram, na maioria das vezes, que com a atual namorada não viam necessidade. Essa mudança de comportamento por parte dos adolescentes aparece com a “**mudança do estatuto do relacionamento**”. A mudança de eventual para estável, como afirma Teixeira et al. (2006), “**implica (...) a diminuição do uso de preservativo e o conseqüente aumento do uso de outros métodos de contracepção, como a pílula anticoncepcional**”.

J. (masculino – 18 anos) relata que “**tinha que usar camisinha com essas meninas aí, só que na R. eu usava, tinha dia que eu não usava. Ela era minha namorada mesmo. O resto aí pra mim era só, como dizem os meninos: mulher de rua**”. As falas mostram que considerar um relacionamento estável sugere uma mudança de prioridade no âmbito do adolescente. A mudança de perspectiva em relação à namorada se dá pela diferenciação dela – “**namorada mesmo**” – em relação às outras adolescentes ou mulheres, na maioria das vezes sendo rotuladas como “**mulher de rua**”. Essas falas estão refletindo um padrão recorrente na nossa sociedade: a da dupla moral

sexual. Os pares clássicos e dicotômicos tais como: “mulher da casa” X “mulher da rua”; “a mulher para casar” X “a mulher para transar” (DaMatta, 1997) apontam diretamente para a idéia do espaço público e espaço privado.

Outro fator que pode explicar a preocupação em utilizar preservativos se apresenta na fala dos rapazes. Eles se preocupavam com a proteção das infecções e doenças sexualmente transmissíveis (DST), como nos conta C. (masculino – 19 anos): “Usei, porque eu tinha bastante medo de doença, e na época doença era o que mais tinha nessa favela aí, não podia brincar não”; e, quando a relação apresenta certa estabilidade e eles adquirem confiança em relação à parceira, relatam que passam a se prevenir principalmente da gravidez. (Teixeira et al., 2006).

3. Planejamento da Gravidez

Quando perguntados a respeito do planejamento do filho, a maioria responde como C. (masculino – 18 anos), afirmando com veemência que “Não, (a gravidez) veio de repente”. Para eles, o filho veio de surpresa, mesmo não utilizando os métodos contraceptivos e tendo consciência dos riscos:

“Não, a gravidez não. A gravidez bateu na porta e pediu licença, pediu licença não, entrou. A gente não esperava não, a gente tinha relações, tá certo que a gente não se prevenia e não esperava.”

E. (masculino – 17 anos)

Para elas, em seus discursos, a vontade de ter um filho está presente, assim como o seu planejamento. No entanto, elas apresentam o planejamento como decisão mútua do casal e não como decisão individual. L. (feminino – 17 anos) ilustra a afirmação: “O bebê foi planejado, a gente começou a planejar ele no começo do ano passado, aí veio bem no finalzinho do ano mesmo.” Essa posição contrasta com o discurso dos garotos de que a gravidez veio de surpresa, pois a maioria dos rapazes entrevistados não mostrou que havia um planejamento da gravidez por parte do casal, mas por parte da adolescente, como demonstrado na fala: “não, tipo assim, ela planejou, mas eu não” F. (masculino – 17 anos).

Quanto às garotas, percebe-se que os motivos para se querer ter um filho não são aparentes. Em sua maioria, elas não enumeram ou nomeiam motivos específicos para tal, como exemplifica F. (feminino – 16 anos): “mas eu não sei porque (hum!). Acho que eu era meia doida da cabeça. Aí eu queria engravidar, mas não engravidava”. No entanto, em algumas entrevistas citam as razões como “eu queria ter um filho pra não ficar sozinha (...)” F. (feminino – 16 anos), ou “Por que eu queria ter um filho? Pra não ficar sozinha dentro de casa (...). Ficava, agora eu não fico mais, agora tenho meu filho pra fazer companhia.” W. (feminino – 16 anos); mostrando que por sentirem solidão, elas transformam a presença do filho em um companheiro com quem pode contar e conversar.

4. Reação dos pais e mães adolescentes perante a gravidez

A reação inicial diante da novidade da gravidez para as mães adolescentes se destaca pela tranqüilidade após o processo de aceitação da situação: “Aí foi aquilo, foi um impacto na hora, mas foi uma alegria. Eu tive impacto porque eu num queria naquele momento. Queria e não queria, porque eu achava que eu era muito nova pra ter filho (...)” (T. – feminino – 17 anos). Durante esse processo, no início da maioria das falas, elas se dizem não acreditar na situação: “Eu não acreditei não, (...), aí no meu peito começou aparecer umas estrias, ficou maior aí eu comecei a acreditar. Só fiquei feliz.” (E. feminino – 16 anos). A surpresa pelo fato de estarem grávidas se transforma, com o tempo, em concordância e assim elas passam a viver para a gravidez: “(...) mas eu fui me acostumando com a idéia de ter um filho” (L. feminino – 15 anos). Algumas dizem que “já estava pressentindo que eu estava grávida” (W. feminino – 15 anos), destacam a sensação de felicidade de ter um filho e mais uma vez enfatizam a vontade de tê-lo. Quando perguntadas sobre a reação do pai do bebê ao ficarem sabendo da novidade elas frisam, em sua maioria, que ele ficou muito alegre com notícia após a surpresa inicial, como demonstrado por F. (feminino) – 16 anos: “Ah, ele ficou todo feliz. Mas ele também queria.”; e T. (feminino) – 16 anos: “A maior alegria porque ele é doido pra ter um menino.”

Para os pais adolescentes, a reação inicial se destaca em dois aspectos: pela descrença diante da notícia e também pelo processo de aceitação do fato. Inicialmente eles duvidam que a adolescente esteja grávida, chegando a não aceitar que o filho fosse realmente deles e atribuindo a

“culpa” pelo ocorrido somente à adolescente, colocando-se como vítima em toda a situação como destacam (H. – masculino – 17 anos): “**Aí eu fiquei meio nervoso e comecei a rir da cara dela. Falei: não, isso é mentira, isso é lero-lero seu**”; e F. (masculino – 17 anos):

Na hora que ela me deu essa notícia eu falei: ô menina você tá brincando comigo, ela falou: tô brincando não. Eu falei: como que aconteceu isso? E ela foi explicou pra mim, eu não tinha tomado o remédio e tive a relação com você, menti pra você

Diferentemente das garotas, com o passar do tempo, o processo de aceitação se apresenta mais como uma sensação de impotência diante do fato, um “não há nada que se possa fazer”. Com a gravidez da namorada, o adolescente não enxerga horizontes de alternativas que não envolva o cuidar do filho, muitas vezes se limitando a apenas essa expectativa. Conseqüentemente, agora que o bebê aparecera na vida do jovem casal. J. (masculino – 18 anos): “**Aconteceu, agora é só cuidar. Vamos cuidar!**” e F. (masculino – 15 anos) “**Não apavorar, fazer o melhor pra poder dar pros dois.**” exemplificam tais afirmações. Logo após o choque, vem à preocupação com a reação da família e logo em seguida vem à inquietação com o sustento da nova família, mas, surpreendentemente, o fator econômico não se mostra como o mais preocupante para os adolescentes. De acordo com os relatos, o fator de aceitação ou não da família em relação ao evento vem em primeiro lugar.

A primeira atitude das mães e das famílias das meninas frente à gravidez é caracterizada pela preocupação. Tanto os rapazes quanto as moças falam que a mãe reagiu, primeiramente, com agressões verbais, como demonstra F. (feminino – 16 anos): “**Ela ficou sabendo por que eu vim no posto um tantão de vezes, e ela ficou sabendo e ela me xingou. [O que ela falou? Como é que foi?] Ela me falou que não era pra mim fazer isso, que eu era muito errada, que eu tava dentro da casa dela**”. A partir dos relatos, supõe-se que a reação da mãe das adolescentes, mais especificamente, se apresenta pelo nervosismo e até mesmo agressão e rejeição. Duas adolescentes disseram terem sido agredidas fisicamente pela mãe: “**Ela me espancou. Ela me batia quando eu estava grávida com barrigão, (...)**” W. (feminino – 17 anos); “**(...) no dia da reação dela, ela tentou me bater, meu namorado segurou ela, foi uma briga e tanto, queria chamar a policia, foi horrível**” D. (feminino – 15 anos). Outro fato revelado por duas adolescentes é a proposta de aborto, ação proibida no Brasil, no caso apresentada por membros da família. A alegação principal seria de que o bebê só traria problemas, tanto para a adolescente quanto para a família a qual ela faz parte: “**(O pai) falou que era pra eu abortar o menino, pra deixar ele no hospital**” W. (feminino – 17 anos); “**As minhas tias, minha**

avó pediram pra mim tirar, eu falei que não ia tirar. Meu pai chegou perto de mim: tira esse menino que ele vai sofrer demais” T. (feminino – 16 anos).

No caso dos garotos, ocorre também uma reação violenta por parte da mãe. De acordo com a descrição nas entrevistas, esta reação vem em decorrência de uma sucessão de avisos que ela daria ao filho em relação à namorada. É possível perceber que ocorre uma vitimização do garoto por parte de suas mães, utilizando-se de tons de alerta e colocando a namorada do filho como aquela que traria um possível problema para a vida dele. Existe também a desconfiança por parte das mães se o bebê que a adolescente estava gerando seria realmente do seu filho adolescente, aumentando as críticas das mães em relação à namorada do filho. Essas reações são características de uma atitude de proteção, percebendo-os enquanto vítimas da situação:

[Que sua mãe falou?] Menino você é moleque, você é bobo demais. Você lembra eu te falei, quando você começou a ficar com essa menina? Quê que eu te avisei, que não era pra você namorar com essa menina. Quê que eu falei que você ia arrumar pra você?

H. (masculino – 16 anos)

[Como foi a reação da sua mãe?] “Normal. Tipo assim: até uma parte minha mãe ficou meio desconfiada, porque ficou indecisa se o filho era meu ou não entendeu, aí depois passou um tempo, ela viu o menino, aceitou numa boa.

F. (masculino – 19 anos)

Percebe-se no discurso deles que a mãe sempre mantinha um diálogo em tom de alerta com relação à adolescente que ele estava namorando, como se estivessem avisando ao filho que a gravidez aconteceria: “É ela disse que já sabia que isso ia acontecer, o tanto que eu avisei” E. (masculino – 19 anos). E. também cita o seguinte quando perguntado sobre a reação de sua mãe: “Ela ficou assim, meio desapontada porque ela não esperava, mas com o tempo ela foi aceitando, nesse período de um mês decorrente ela foi aceitando”. Como nas reações dos adolescentes diante do fato existe um processo de aceitação da gravidez mais por parte das mulheres-mães dos adolescentes do que dos homens-pais. Para a maioria dos adolescentes, tanto garotos quanto garotas, nas poucas falas em que citam o pai, ele é ilustrado como pessoa que não se preocupa muito com questões da família, que geralmente aceita a situação uma vez que toda a família a aceita e que ajuda no que puder.

Passada a fase do impacto negativo, surpresa e reações de negação, a informação que mais se destaca, e já constatada em estudos anteriores, (Monteiro, 2002) é a formação de redes de apoio por parte das avós, mães dos adolescentes. Juntamente ou após o processo de aceitação do fato, as mães das adolescentes, manifestam seu apoio em relação às filhas. Essa rede de apoio se destaca, por exemplo, no fato das avós acompanharem as mães adolescentes ao médico para os exames pré-natais, dentre outros destacados nas falas:

A minha mãe ficou feliz, a minha irmã nem ligou muito não, agora que ela está curiosa, fica falando: e esse menino aí não vai nascer pra eu ver o rosto dele. A minha mãe ficou super feliz, netinho pra cá, netinho pra lá, ela está adorando.

E. (feminino – 16 anos)

Minha mãe no começo não queria. Muitas pessoas da minha família não queria. Não queria que eu estivesse grávida e nem a gravidez. (...) aí eu vim embora pra casa da minha mãe. Mas sempre minha mãe me ajudou, ela não aceitava a gravidez, mas ela me ajudava sempre.

F. (feminino – 16 anos)

Quando ela (a mãe da adolescente) chegou ela falou: você já começou a fazer o pré-natal? Aí eu tomei aquele susto. Ela falou: já está fazendo o pré-natal? Aí eu disse: que pré-natal? E ela disse: eu sei que você está grávida, aí eu fiquei calada, comecei a fazer o pré-natal e tudo. Ela apoiou, ia nas consultas comigo se precisasse.

K. (feminino – 15 anos)

5. Comportamento da família dos adolescentes após o nascimento do bebê

Em relação às garotas-mães, percebemos uma mudança de comportamento da mãe – agora avó – ao longo e após a gravidez da filha. As mesmas tornam-se companheiras e protetoras, o que confirma as evidências da literatura a idéia de maternidade social (Desser, 1996; Monteiro, 2002), pelas quais a adolescente não é mais vista como uma menina inconseqüente, figura típica da idade, mas sim uma mãe, com responsabilidades em relação ao filho. A garota se sente mais aceita por parte da mãe, o tratamento por ela recebido não é mais de uma menina, mas sim de uma mulher adulta, com responsabilidades para com o filho. As cobranças aumentam agora que a mãe adolescente é mãe de família. Falas como “Não, porque antes ela me via como menina, agora ela vê como mãe, dona de casa e mãe de família.” de K. (feminino – 15 anos); e “Mudou muito. Que agora ela quer só ficar com ele e não xinga como xingava, né!” de F. (feminino – 16 anos) e a de W. (feminino – 17 anos) abaixo, confirmam o que é apontado na literatura em pesquisas anteriores realizadas com mães adolescentes no Brasil (Desser, 1996).

Ah, mudou muita coisa, porque agora ela me olha diferente, ela vê a gente agora com mais responsabilidade, se a gente pisar na bola ela chama a atenção, fala agora: você é mãe tem que fazer isso e isso.

Nos discursos dos pais adolescentes, eles citaram suas famílias como fontes de apoio e ajuda. Eles ressaltam o apoio financeiro, o “dar uma força” ou a “ajuda”, que sua família pode lhe dar, caracterizado por mantimentos, artigos de vestuário dentre outros itens de consumo para o bebê, destacado por F. (masculino – 17 anos): “Meu pai e minha mãe me dão uma força até eu conseguir trabalhar. Eles me ajudam bastante.”; e E. (masculino – 18 anos):

Meu pai tem um contato mais direto, ele é muito entretido com ela. Ele é aquele avô que está ali sempre ajudando, ajudando assim, ele gosta de ver ela, de pegar ela, mas só quando ela tá limpinha, bonitinha, não está chorando.

Em algumas falas, é visto que sua preocupação com o sustento econômico da nova família é evidente. Eles se vêem obrigados a conseguir um emprego que garanta o sustento da mãe e do filho: “Agora que que eu tenho que fazer? Trabalhar pra caramba, assumir a responsabilidade” H. (masculino – 17 anos). Partindo do pressuposto que ele possui um filho e tem que “sustentá-lo”, o adolescente adquire a característica de provedor da casa: “Minha reação foi normal. Aconteceu, agora é só cuidar. Vamos cuidar!” J. (masculino – 19 anos).

Os discursos dos adolescentes apontam para a clássica divisão de papéis sociais de gênero. O homem ainda é visto enquanto provedor, cabendo a responsabilidade pelo provento material e moral da família. Enquanto que à mulher cabe as atribuições de reprodução, cuidado com os filhos e as tarefas domésticas. Considerada provedora afetiva e “naturalmente” cuidadora da prole. Resultados semelhantes foram encontrados nos trabalhos de Portella et al. (2004).

Discussão

Os dados demonstraram que há um padrão de relações instáveis, em que os jovens declaram estar namorando ou que apenas “ficavam”, não possuindo um relacionamento sério, com alguns parceiros. Os relatos mostram que há diferença entre “namorar” e “ficar”, e que a camisinha é usada na maioria das vezes para o segundo caso. Apesar disso, ocorre a gravidez, havendo aqui uma dissociação entre o discurso e a prática. Após o evento da gravidez, demarcaram-se duas

posturas: o maior vínculo entre o casal resultando, em alguns casos, casamento ou coabitação; ou relações de maior conflito, nas quais o vínculo anterior foi desfeito ou se tornou ainda mais frágil.

Quanto ao uso de medidas contraceptivas os relatos nos apontam para um padrão de relações sexuais desprotegidas. Além de tais fatos, vários mitos em torno da questão sexo e sexualidade ainda são recorrentes em nossa sociedade. Frases como: “**comigo isto não vai acontecer**” e que “**da primeira vez não se engravida**” ainda são observadas quando se conversa com adolescentes, o que se torna um motivo maior de preocupação. No entanto, após o evento da gravidez, o que é demonstrado pela maioria dos entrevistados é que eles estão se prevenindo com um ou mais métodos anticoncepcionais. As respostas constataam que o aprendizado em relação à prevenção, tanto de doenças sexualmente transmissíveis quanto da gravidez, se dá de maneira posterior aos acontecimentos (Gonçalves e Gigante, 2006)

Um ponto que pode guardar estreita relação entre o conhecimento e o não-uso de métodos contraceptivos, refere-se à cultura, que estabelece normas regulamentando o comportamento sexual de homens e mulheres em nossa sociedade. Embora distintos em cada sociedade, o conjunto de normas que regulam a sexualidade tem em comum o tratamento diferenciado que é dado à sexualidade, quer seja exercida por mulheres quer seja por homens (Vilela & Arilha, 2003). Desse modo, mantém-se a premissa que ter e querer ter uma relação sexual é um argumento inicialmente masculino, algo culturalmente exigido (Parker, 1999). Para os homens, a sexualidade estaria na esfera do público, devendo ela ser exibida para a maior aceitação da sua masculinidade. Para a maioria dos homens jovens entrevistados por Portella et al. (2004), a iniciação sexual é um marco para a identidade masculina e os jovens relatam a pressão social que sofreram dos amigos para serem sexualmente ativos. Já para as mulheres, sua feminilidade deve se limitar à esfera do privado e do doméstico – sendo, a garota que expõe sua sexualidade, rotulada de promíscua ou “perdida”.

A pressão e a cobrança exercidas sobre os adolescentes por seus pares sociais em relação ao sexo revelam que indivíduos nessa faixa etária estão mais propensos a não utilizar os métodos contraceptivos, ou utilizá-los inadequadamente. Os jovens do sexo masculino estão mais vulneráveis a tais cobranças devido ao fato de viverem em uma cultura que incentiva a prática sexual masculina cada vez mais cedo. (Hernández, 2000; Gonçalves e Gigante, 2006)

O estudo realizado por Almeida e Hardy (2007) aponta que a pressão sofrida pelos adolescentes para ter relações heterossexuais desprotegidas foi repassada para suas parceiras

durante o namoro, utilizando-se para isto uma estratégia bastante eficaz: comunicar-lhes o desejo de ser pai como forma de agradar ou mostrar que gostavam da garota. Um filho demonstraria amor incondicional à garota, assim como fidelidade. O mesmo também é notado quando invertemos os papéis. O medo de perder o namorado e um pretenso sentimento de amor levam a garota procurar engravidar do seu parceiro.

Quando citam o uso de algum método anticoncepcional, a camisinha é a mais lembrada. No entanto, a utilização desse método é caracterizada pela inconstância. Tal resultado também foi apontado em outros estudos (Jiménez et al., 2001; Heilborn et al., 2002; Monteiro, 2002; Ballone, 2003). A utilização de métodos contraceptivos não ocorre de modo eficaz na adolescência, sendo um possível motivo a negação, por parte da adolescente, da possibilidade de engravidar. Esta é tanto maior quanto menor a faixa etária. No caso do Brasil, o encontro sexual é mantido de forma eventual, não justificando – conforme acreditam – o uso rotineiro da contracepção; não assumem perante a família a sua atividade sexual e a posse do contraceptivo seria a prova formal de vida sexual ativa (Heilborn et al., 2002; Costa, 2003).

No que se refere às famílias do pai adolescente, os dados apontam para uma perspectiva semelhante à família da mãe adolescente: que se apresenta antes, durante e, principalmente, após a gravidez como uma rede de apoio. Essa rede de apoio se destaca pela atitude da avó, ou das avós, ao acompanharem a mãe adolescente ao médico para os exames pré-natais, por exemplo; e pela mudança da relação entre a mãe e o filho, agora, pai adolescente.

No caso da mãe da adolescente, o discurso conservador, assumido inicialmente quando da gravidez da filha, procura legitimar ou reprovar o comportamento sexual da adolescente, agora explícito devido à gravidez. Em última instância, tal fato estaria reforçando a idéia de proteção à gravidez como obrigação e responsabilidade delas, isentando os garotos da responsabilidade da proteção e prevenção (Hernández, 2000). Estudos como o de Oliveira et al. (2000) apontam para a clássica distribuição em relação às responsabilidades reprodutivas, cabendo às mulheres mais responsabilidades e aos homens mais autonomia. Em pesquisa realizada entre adolescentes de 14 a 20 anos em Belo Horizonte, Afonso (2001) destaca quanto refere à temática da anticoncepção: “(...) as mulheres mostram scores de informação mais altos do que os homens, talvez por que sejam, em nossa cultura, consideradas responsáveis pela questão da concepção e da contracepção”. Em pesquisa no município de Duque de Caxias no Rio de Janeiro, Portella et al.

(2004) destacam que a contracepção é percebida pelos homens como responsabilidade feminina, o que os levam a não conversar ou negociar o seu uso com as parceiras.

Na Vila Cafezal a coexistência de fatores peculiares à região como violência, miséria, exclusão social e familiar, parece fazer da gravidez precoce uma estratégia de sobrevivência em condições tão adversas, como demonstrado por Monteiro (2002) para áreas desfavorecidas do Rio de Janeiro.

Conclusão

Faz-se necessário, portanto, trabalhar com os pais e famílias dos adolescentes, pois as atitudes desses são fundamentais para a prevenção. Ao envolvê-los em processos educativos que levem a reflexão-ação sobre os motivos e conseqüências da gravidez precoce em suas próprias vidas e na comunidade, pode ser possível, que eles próprios, transformem a realidade social em que vivem, objetivando contribuir para o alcance de uma melhor qualidade de vida. Através de uma análise compreensiva da situação é possível encaminhar ações educativas que tornem possível a aproximação dos adolescentes com os interlocutores da área da saúde e educação, processo que tem sido contatado pelos autores do estudo de Nogueira et al. (2008). Percebe-se a necessidade de transformação nas práticas de saúde e comportamento dos profissionais, os quais precisam se aproximar dos adolescentes e estabelecer com eles laços de afetividade e confiabilidade. Em paralelo, há que ampliar o escopo das políticas públicas que favoreçam as ações preventivas garantindo o acesso a preservativos e processos educativos nas escolas e comunidades.

Agradecimentos

Os autores gostariam de agradecer aos adolescentes que participaram da pesquisa e a seus pais por permitirem que eles participassem. Bem como ao Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq) e ao Fundo de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) pela apreciação e suporte financeiro para a realização da pesquisa.

Referências Bibliográficas:

Afonso MLM. *A polêmica sobre adolescência e sexualidade*: Belo Horizonte. Ed. Campos Social, 2001.

Almeida AFF, Hardy E. Vulnerabilidade de gênero para a paternidade em homens adolescentes *Rev. Saúde Pública* 2007; **41**: 565-572.

Ballone GJ. *Gravidez na Adolescência*. In. PsiqWeb, Internet, disponível em <<http://gballone.sites.uol.com.br/infantil/adolesc3.html>> 2003

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

Billy JO

G, Udry JR. Patterns of Adolescent Friendship and Effects on Sexual Behavior *Social Psychology Quarterly* 1985; **48**: 27-41

Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias no Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública* 2006; **22**: 1421-1430.

Camarano AA. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: Comissão Nacional de População e Desenvolvimento (CNPD). *Jovens acontecendo nas trilhas das políticas públicas*. Brasília: 1998, 109-133.

Carlos AI, Pires A, Cabrita T et al. Comportamento parental de mães adolescentes. *Aná. Psicológica* 2007; **25**: 183-194.

Carlos AN, Pires A, Cabrita T, Alves H, Araújo C, Bentes MH. Comportamento Parental de Mães Adolescentes. *Análise Psicológica* 2007

Cavasin S. (ed). *Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social: relatório de Pesquisa*. São Paulo: ECOS, 2004.

Censo Demográfico de 2001. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2001*. IBGE, Brasília.

Costa AM. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. In: COSTA, AM. (eds). *A presença da mulher no controle social das políticas de saúde / Rede Feminista de Saúde*. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2003.

DaMatta R. *Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

Desser NA. *Adolescência: sexualidade e culpa*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

Fletcher A, Harden A, Brunton G, Oakley A, Bonell C. Interventions addressing the social determinants of teenage pregnancy. *Health Education* 2008; **108**: 29-39.

Fortenberry JD, Tu W, Harezlak J, Katz BP, Orr, DP. Condom Use as a Function of Time in New and Established Adolescent Sexual Relationships. *Am J Public Health* 2002; **92**: 211-213

Glasier A. Emergency contraception, *British Medical Journal* 2006; **333**: 560-561.

Gonçalves H, Gigante D. Trabalho, escolaridade e saúde reprodutiva: um estudo etno-epidemiológico com jovens mulheres pertencentes a uma coorte de nascimento. *Cad. Saúde Pública* 2006; **22**: 1459-1469.

Heilborn ML, Salem T, Rohden F et al. Aproximações Socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. *Horiz Antropol* 2002; **8**: 13-45.

Hernández RH. Conocimientos sobre sexualidad humana en jóvenes de 18 a 20 años de edad de ambos sexos que trabajan. Un estudio desde la perspectiva de los procesos de socialización. *Adolescencia y Salud* 2000; **2**. Available at: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ays/2n2/v2n2.html>

Holgate HS, Evans R. Sexuality and young motherhood: discourses and definitions. In Holgate HS, Evans R, Yuen FKO. (eds), *Teenage Pregnancy and Parenthood: Global Perspectives, Issues and Interventions*. Routledge, Abingdon, 2006.

Jiménez AL, Gotlieb SLD, Hardy H, Zaneveld LJD. Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis em mulheres: associação com variáveis sócio-econômicas e demográficas. *Cad Saude Publica* 2001; **17**: 55-62.

Marcell AV, Raine T, Eyre SL. Where Does Reproductive Health Fit into the Lives of Adolescent Males? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2003; **35**: 180-186.

Menandro MCS, Trindade ZA, Almeida AMO. Representações sociais da adolescência/juventude a partir de textos jornalísticos (1968-1974 e 1996-2002). *Arq bras Psicol* 2003; **55**: 43-55.

Monteiro S. Gênero, Saúde e Proteção entre Jovens – Um perfil tradicional. In: Barbosa RM et al. *Interfaces: Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva*. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

Monteiro S. *Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

Monteiro SS, Vargas EP (eds). *Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

Nogueira MJ, Modena CM, Schall, VT. Interface entre educação e saúde: descrevendo uma estratégia educativa propícia ao diálogo, reflexão e troca de experiências sobre sexualidade com adolescentes. *Rev Educ em Foco* 2008; **11**, 107-126.

Oliveira M et al. Homens e anticoncepção: um estudo sobre duas gerações masculinas de camadas médias paulistas. In: *Anais do Encontro Nacional de Estudo Populacionais*. Caxambu: ABEP, 2000.

Parker R. Cultura, Economia Política e Construção Social da Sexualidade. In: Louro GL (eds). *O corpo educado*. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

Paton D. Random behaviour or rational choice? Family planning, teenage pregnancy and sexually transmitted infections. *Sex Education* 2004, **6**: 281-308.

Patton MQ. *Qualitative evaluation and research methods*. California: Sage Publications, 1990.

Programa das nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). *Atlas do Desenvolvimento Humano da Região Metropolitana de Belo Horizonte* 2006. PNUD, Brasília.

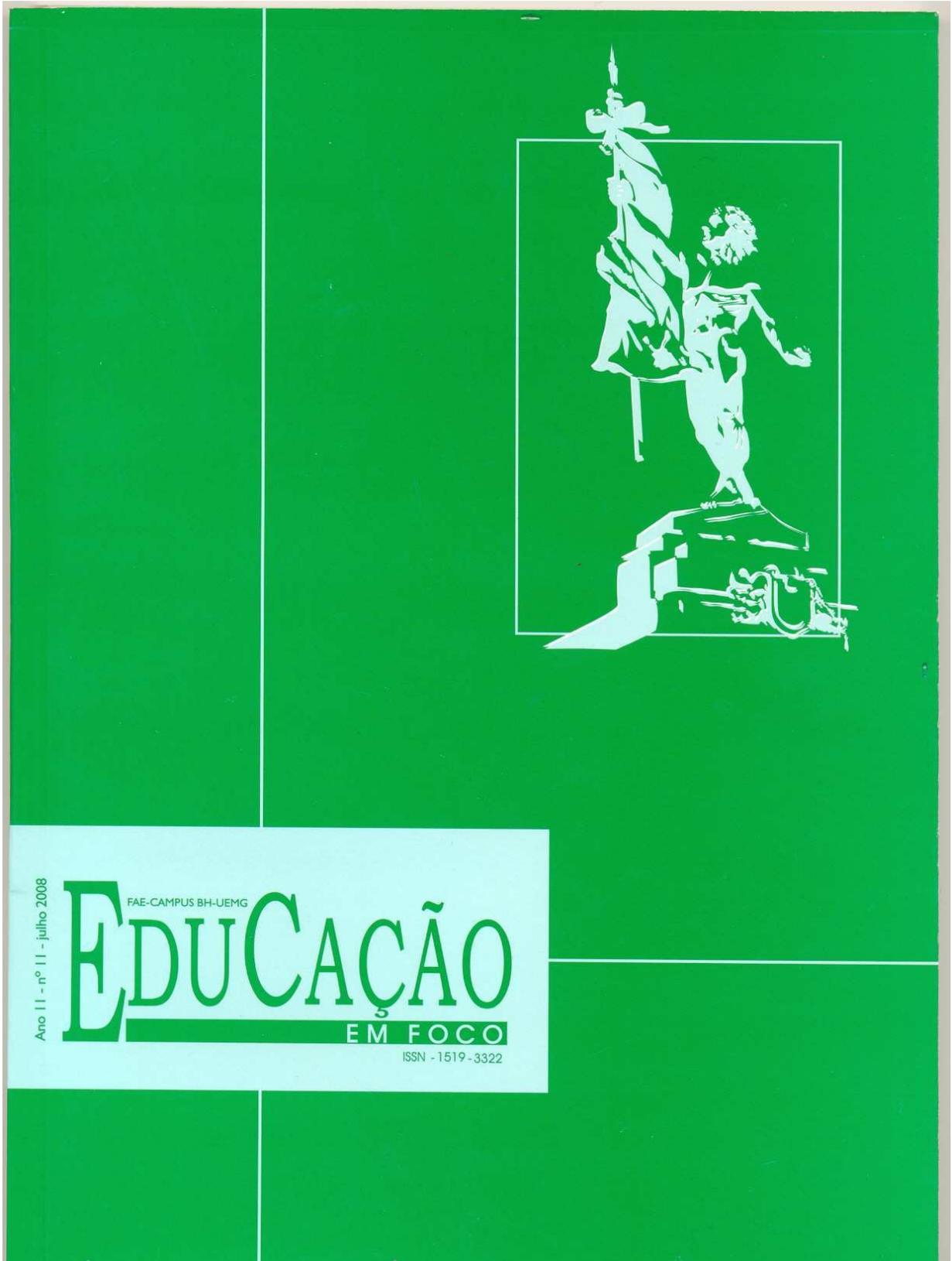
Portella AP (et al.). *Homens – Sexualidades, Direitos e Construção da Pessoa*. Recife: SOS Corpo, 2004.

Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH). *Índice de Vulnerabilidade a Saúde* 2003. SMSA-BH, Belo Horizonte. Available at: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gabinete/risco2003.pdf>

Teixeira AMFB, Kanuth DR, Fachel JMG, Leal AF. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual. *Cad Saúde Pública* 2006, **22**: 1385 – 1396.

Teenagers' sexual and reproductive health: Facts in Brief. The Alan Guttmacher Institute. New York: The Alan Guttmacher Institute. 2002. Available at: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_teens.pdf.

Vilela WV, Arilha M. Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: Berquó E (eds). *Sexo e Vida: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil*. Campinas: Editora Unicamp, 2003.



INTERFACE ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE: DESCREVENDO UMA ESTRATÉGIA EDUCATIVA PROPÍCIA AO DIÁLOGO, REFLEXÃO E TROCA DE EXPERIÊNCIAS SOBRE SEXUALIDADE COM ADOLESCENTES.¹

Maria José Nogueira²

Celina Maria Modena³

Virgínia Torres Schall⁴

RESUMO

Buscando uma interface entre a educação e a promoção da saúde na atenção primária, foi elaborado um processo de intervenção com o objetivo de criar um espaço de reflexão e aprendizagem sobre questões relativas a sexo e sexualidade na adolescência. A pesquisa foi realizada na Vila Cafezal, que faz parte do aglomerado da Serra, localizado na região centro sul de Belo Horizonte. A abordagem qualitativa, na perspectiva da pesquisa participante, balizou

107

1 Projeto financiado pela FAPEMIG. Edital PPSUS –Processo 117/05 e CNPq; Edital Saúde da Mulher – Processo 551264/2007-1

2 Socióloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Doutora, pelo Instituto René Rachou/Fundação Oswaldo Cruz - Laboratório de Educação em Saúde* - maria.nog@cpqrr.fiocruz.br

3 Psicóloga pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) - Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Rio de Janeiro (UFRJ) - Pós Doutora em Saúde Coletiva - Pesquisadora visitante do Laboratório de Educação em Saúde – Instituto René Rachou*. celina@cpqrr.fiocruz.br

4 Psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - Mestre em Ciências Biológicas pela Universidade Federal de Minas Gerais - Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro - Pesquisadora titular da Fundação Oswaldo Cruz - Chefe do Laboratório de Educação em Saúde – Instituto René Rachou* vtschal@cpqrr.fiocruz.br

* Avenida Augusto de Lima, 1715 – Bairro Barro Preto

CEP: 30.190 – 002 / Tel.: +55 0 XX 31 33497700 Ramal: 7741

EDUCAÇÃO
em saúde

o estudo. Para construção da intervenção foi utilizado o referencial teórico metodológico dos grupos operativos (Pichon-Rivière, 2000) e das oficinas (Afonso, 2003). Os encontros foram analisados segundo os pressupostos da análise de conteúdo (Bardin, 1977) e o processo grupal, com base nos sete vetores de avaliação propostos por Pichon-Rivière. Observou-se que a categoria analítica gênero permeou todo o processo, mostrando-se reveladora para o entendimento e reflexão das temáticas referentes ao sexo, à sexualidade e à adolescência. A análise do processo grupal demonstrou que a intervenção conjunta entre a educação e saúde pautada nos pressupostos do diálogo e da participação permite a criação de um espaço propício à reflexão, ao diálogo e à troca de experiências nos vários campos do saber.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescência, Sexualidade, Grupo Operativo, Educação em Saúde

INTRODUÇÃO

108

No contexto do aparente, do revelado, do espetacular, que marca o cenário atual, a sexualidade é mostrada e vendida como mercadoria, compondo nossa cesta básica de ilusões. Segundo Caridade.

“(...) o adolescente contemporâneo vive sua sexualidade em meio às referências que invadem seu imaginário. Ele é ator integrante do espetacular de nossa cultura. Como tal, é continuamente convocado a consumir imagens mais que a refletir, a elaborar, ou a pensar. Com isso é empurrado a permanecer na periferia de si mesmo, e nesse embotamento reflexivo, é difícil construir projetos pessoais, que lhe possibilitem reconhecer-se como alguém de valor” (Caridade, 2002, p. 08).

Se no Brasil, 22% da população é de adolescentes (10 a 19 anos), pode-se inferir que um grande contingente populacional encontra-se exposto e susceptível a viver a sua sexualidade plasmada nesse cenário. Apesar do número elevado, muitos desses jovens ainda não têm acesso a informações e serviços adequados ao atendimento de suas necessidades em termos de saúde sexual e reprodutiva que os estimulem

a tomar decisões de maneira livre e responsável (Claro et al., 2006 ; Suárez et al., 2002).

No que se refere ao âmbito da educação, a Orientação Sexual na Escola é prática defendida e orientada pelo Ministério da Educação (MEC) nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), como eixo transversal ao currículo (Brasil, 1998). Neste, a escola é considerada parceira da família e da sociedade na promoção da saúde das crianças e dos adolescentes, co-responsável pela orientação da criança do pré-escolar ao ensino fundamental. Assim, "(...) A orientação sexual na escola é um dos fatores que contribui para o conhecimento e valorização dos direitos sexuais e reprodutivos" (PCN, Brasil. 1998 p 293).

Quando se considera as diretrizes do PCN no sentido de realizar estratégias e ações que transcendam o mero informar e sejam capazes de propiciar uma reflexão crítica de valores e atitudes, o cenário nas escolas é preocupante. Em alguns casos não se percebe a vinculação dos conteúdos ao contexto dos escolares. Embora o livro didático seja um dos materiais mais disponíveis e utilizados pelos professores em todo o território nacional, avaliações recentes de alguns tópicos dos livros de ciências, no que se refere à saúde, revelam incorreções e concepções incorretas (Mohr, 2000).

No âmbito da saúde, verifica-se, na atenção primária, a baixa procura dos adolescentes aos centros de saúde e a baixa adesão dos mesmos aos programas e ações desenvolvidas nesses locais (Klein et al; 1998). A maioria dos adolescentes procura os postos de saúde devido a quadros agudos ou acidentes (demanda curativa). Reconhece-se como um grande desafio a elaboração de programas que sejam capazes de atender as necessidades e especificidades deste público (Ayres, 2002; Horta, 2007). Em muitos casos, as ações e programas estão vinculados aos aspectos reprodutivistas, em um modelo tradicional de atenção à saúde da mulher, negligenciando um conceito mais amplo de sexualidade. Os programas em educação em saúde são em muitos casos pautados em um modelo tradicional de transmissão de conhecimento "dos que sabem" para os que "não sabem", desconsiderando, assim, que os indivíduos podem e devem ser agentes ativos de seu conhecimento.

É necessário destacar que além de políticas públicas específicas para o adolescente no âmbito da sexualidade, por exemplo, faz-se necessária uma discussão mais ampla em outras esferas (família, escola, trabalho, educação etc.). Para temas como a sexualidade, que requerem não só domínio do conhecimento biológico, mas reflexão sobre a vida e o ambiente em que se vive, construir novos conhecimentos demanda processos singulares e criativos, pautados em premissas mais dialógicas, reflexivas e horizontais.

Estes pressupostos remetem a teóricos como Paulo Freire e Pichon-Rivière. O primeiro ressalta a necessidade de romper com a idéia clássica da prática educacional como um ato de transferência de conhecimento. Na obra de Pichon-Rivière (2000), a noção de aprendizagem está relacionada à apropriação instrumental da realidade, por meio dos conceitos teóricos, para apreendê-la e modificá-la, numa relação dialética mutuamente modificante e enriquecedora entre o sujeito e o mundo.

110

Os autores percebem os indivíduos como sujeitos possuidores de saberes valiosos e capazes de transmitir conhecimento. Como diria Freire (1974), compartilhar uma “leitura do mundo”, ou nas palavras de Pichon-Rivière (2000), realizar uma “leitura da realidade”.

Em ambos o cotidiano adquire um lugar central em termos de objeto de conhecimento. Na tarefa de alfabetização de adultos, Freire (1976) ressalta a importância de buscar no cotidiano dos “alfabetizandos” as palavras geradoras, por meio das quais iniciarão o processo de alfabetização. Na obra de Pichon Rivière, o cotidiano é apresentado como um campo rico de conhecimento, que nada tem de óbvio, requerendo ser desvelado. O sujeito pichoniano é entendido imerso em suas relações cotidianas, estabelecendo com o mundo uma relação conflituosa e contraditória. A tarefa do pesquisador “(...) pode ser definida como a tentativa de descobrir, entre outras coisas, certo tipo de interações que entorpecem o pleno desenvolvimento da existência humana” (Pichon-Rivière, 2000, p.119). O instrumento de trabalho seria o grupo operativo. Segundo Pichon-Rivière (2000, p.143),

“(...) o grupo operativo é um grupo centrado na tarefa que tem por finalidade aprender a pensar em termos da resolução das

dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal, e não no campo de cada um de seus integrantes (...) Também não está centrado exclusivamente no grupo (...), mas sim em cada aqui-agora-comigo na tarefa que se opera em suas dimensões, constituindo, de certa forma, uma síntese de todas as correntes”.

Segundo o autor, para ser “operativo”, o grupo precisa ser dinâmico e reflexivo. Deve haver equilíbrio entre os objetivos que o grupo se propôs a alcançar, ou seja, a “tarefa externa”, e sua dimensão mais subjetiva, a “tarefa interna”, permitindo o fluir da interação e da comunicação. Ressalta que a comunicação grupal é possível pela existência de um Esquema Conceitual, Referencial e Operativo (ECRO), que permite que o grupo explicita e compreenda suas crenças, valores, atitudes e práticas. O papel do coordenador é criar um vínculo entre o grupo e o campo de sua tarefa, construindo, com o mesmo, o ECRO.

Esta noção de vínculo e comunicação permeia também toda a obra de Freire, aparecendo de maneira mais clara em “Por uma pedagogia da Pergunta” (Freire 1985), na qual o autor demonstra a importância de se trabalhar o vínculo no processo de aprendizagem, a importância do diálogo e do protagonismo dos sujeitos, na busca de uma educação libertadora, em contraponto à educação domesticadora.

111

Partindo da premissa de que o comportamento preventivo, através da educação sexual, deva estar mais presente no início da vida sexual, e que a interface entre os campos da educação e da saúde é fundamental para estreitar os laços entre os adolescentes e o Centro de Saúde, desenvolveu-se uma estratégia de intervenção com o objetivo de criar um espaço para a construção do conhecimento acerca de sexo e sexualidade.

REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

A abordagem qualitativa, que tem como um de seus principais aspectos a inserção do pesquisador no universo a ser estudado e a priorização da percepção do sujeito em detrimento do dado objetivado (Reyes, 1999), foi o pressuposto que orientou a pesquisa. Partindo do princípio

da relação dialógica implicada no ato de aprender (Freire, 1985), foi utilizada a metodologia participativa (Thiollent, 1987), por possibilitar a partir do conhecimento pré-existente construir novos conhecimentos. A pesquisa participante é um enfoque de investigação social por meio do qual se busca a participação da comunidade com o objetivo de promover a participação social para o benefício dos participantes da investigação (Brandão, 1985).

Realizaram-se grupos operativos (Pichon-Riviére, 2000), uma vez que tal estratégia permite a reflexão, o diálogo, a troca de experiências, da exposição de práticas, dinâmicas e vivências que possibilitam a construção coletiva do conhecimento. Utilizaram-se técnicas de oficinas na perspectiva de Afonso (2003) para dinamizar o processo grupal.

ESPAÇO DE INVESTIGAÇÃO

A intervenção foi realizada na Vila Cafezal, que faz parte do Aglomerado da Serra, situado na região centro sul de Belo Horizonte. A região possui uma população de 10.481 habitantes constituída por um grande número de jovens (até 19 anos) sem 1º grau completo, sem plano de saúde e com renda familiar até três salários (IBGE, 2001). A região é classificada como de alto risco, segundo critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte no Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS). Do total de nascidos vivos 28,16% são filhos de mães adolescentes (SINASC, 2004). Quatro equipes de Saúde da Família (ESF), nomeadas com cores diferentes (roxa, laranja, azul e verde), estão designadas para o atendimento de 2.442 famílias.

A opção pela escolha da ESF esteve pautada nos critérios propostos por Nogueira (2008). Deve ser ressaltado que foi considerado o caráter ideológico uma vez que a prática desses profissionais, além de técnico-científica é, necessariamente, uma prática social (Souza e Veras, 1982).

SELEÇÃO DO GRUPO

Considerando-se a interface entre educação e saúde, a equipe foi composta pelo coordenador, dois observadores da área da Educação em Saúde, uma médica ginecologista, uma enfermeira, um agente

comunitário de saúde e os adolescentes.

Para a seleção dos adolescentes, utilizou-se os seguintes critérios: (a) estar cadastrado no Programa de Saúde da Família da Equipe Roxa na Vila Cafezal; (b) não estar participando de outro projeto social; (c) não estudar na parte da tarde; (d) ter entre 10 e 14 anos. Dos 126 adolescentes cadastrados 35 atendiam a estes quesitos. Foram sorteados aleatoriamente, na presença dos agentes comunitários de Saúde e da médica do posto de saúde, 10 meninos e 10 meninas. Os agentes comunitários levaram os convites para os adolescentes. Os pais ou responsáveis assinaram o consentimento livre e esclarecido para que os adolescentes participassem. O projeto foi aprovado pelos comitês de ética do Instituto René Rachou/FIOCRUZ e da Prefeitura de Belo Horizonte.

DESCRIÇÃO DAS OFICINAS

Realizou-se um contato inicial com a gerência do Centro de Saúde da Vila Cafezal, no sentido de discutir a viabilidade da proposta e garantir que a mesma estivesse implicada e participasse do processo. Foram realizados encontros com os profissionais de saúde (Enfermeira, Médica Ginecologista e ACS), no sentido de discutir a proposta, realizar uma escuta acerca das experiências dos profissionais e levantar as primeiras impressões dos mesmos quanto à disponibilidade e interesse para a realização conjunta da proposta.

Foram programados 12 encontros semanais com a duração de três horas. O primeiro encontro foi denominado “Eu, Você, Ele, Nós” e objetivou a criação de espaço para que os membros do grupo estabelecessem os contatos iniciais, com o objetivo de iniciar um processo de constituição de uma identificação e integração grupal. Nesse momento, estabelece-se o “contrato” entre os membros do grupo e a coordenação, por meio do acordo de regras fundamentais. O coordenador apresentou a oficina e discutiu algumas “regras básicas” do contrato do grupo. Com o objetivo de buscar as palavras geradoras, foi realizada uma técnica para levantamento dos temas de interesse. Os temas escolhidos foram confrontados com aqueles que a equipe já havia elaborado. Desse modo foram escolhidos alguns temas que contem-

plassem o desejo dos adolescentes, mas que, ao mesmo tempo, não distanciassem do objetivo da intervenção.

No 2º encontro foi realizada a dinâmica “Papéis Sociais”, com alguns pontos para discussão: O que é ser homem? O que é ser mulher? Quais as diferenças entre ser homem e ser mulher? Quais diferenças existem entre um adolescente do sexo masculino e uma adolescente do sexo feminino?

“Corpo humano: Prazer em me conhecer! Prazer em te conhecer” foi a temática do terceiro encontro, que teve como objetivo conhecer o corpo reprodutivo – feminino e masculino – de forma participativa e de modo a perceber que do corpo também fazem parte as características psicológicas, a história pessoal e as relações que se estabelecem com as pessoas, o meio social e a cultura.

“O que eu sei? O que eu não sei? O que eu quero saber?” foi a temática do quarto e do quinto encontros, com o objetivo de esclarecer dúvidas e estimular a reflexão de temas relacionadas a sexo e sexualidade, tais como: namoro, primeira relação sexual, métodos contraceptivos dentre outros. No sexto encontro, a médica discutiu com os adolescentes a temática dos métodos contraceptivos e no sétimo encontro, foi realizada uma roda de conversa sobre DST´s/AIDS, com a presença da médica.

114

No oitavo encontro, o jogo Zig-Zaids (Schall et al., 1999) foi utilizado para criar um ambiente descontraído, de modo a discutir a temática DST´s/AIDS. No nono encontro foram realizadas três entrevistas com duas mães e um pai adolescentes, moradores da Vila Cafezal. A partir dos relatos, a temática da maternidade e paternidade na adolescência foi debatida com o grupo. Os dois últimos encontros tiveram como foco rever os objetivos iniciais e avaliar as expectativas dos adolescentes em relação à elaboração do jogo e dos vídeos de animação, atividades que seriam desenvolvidas posteriormente pelo grupo.

Adotou-se a perspectiva de Afonso (2003), estabelecendo, em cada encontro, momentos específicos: aquecimento, reflexão do tema gerador, atividade lúdica, avaliação e planejamento. A descrição dos encontros, bem com as técnicas e recursos utilizados, estão descritos de forma detalhada em Nogueira (2008).

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados na perspectiva da análise de conteúdo (Bardin, 1977). A análise do processo grupal foi feita à luz dos sete vetores de avaliação propostos por Pichon-Riviére (2000).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Uma categoria emergente da análise de conteúdo foi a categoria gênero, associada a sexo e sexualidade. Enquanto categoria analítica, a mesma ocupa lugar central para o entendimento das questões referentes à sexualidade e suas derivações em contextos micro e macro sociais. Se ao nascermos, somos “masculinos” e “femininos”, nos tornamos “homens” e “mulheres”, ou seja, do sexo biológico se descobrem, revelam-se e constroem-se culturalmente gêneros.

Sexo, Sexualidade e gênero: a experiência adolescente.

O conceito de gênero nasce da crítica à idéia de naturalidade do que é ser homem ou mulher, permitindo pensar que os gêneros são construídos socialmente. A construção da identidade de gênero enfatiza o caráter cultural e simbólico das idéias de feminino e masculino. Nos primeiros encontros ficou bastante demarcada a postura dicotômica em relação ao feminino e ao masculino, traduzida nos seguintes pares de opostos: “mulher/casa/reprodução” X “homem/rua/produção”. Foram aspectos demarcados nas primeiras discussões com o grupo: “Mulher gosta de arrumar a casa”; “mulher gosta de cozinha, mulher tem muitos filhos”; “mulher se preocupa mais com a vida dos filhos, quer sempre o bem deles, mulher é mãe”; “mulher não passa a mão nos meninos”. Dentre os atributos psicológicos femininos, os adolescentes destacaram: “mulher é romântica” “mulher é sonhadora”, “mulher é burra” “são trabalhadoras” “são taradas”, “mulher gosta de rosa”, “tem umas mulheres que são bonitas e outras que são feias”. A vaidade foi outra característica muito ressaltada nas mulheres: “mulher gosta de usar batom”, “mulher raspa o cabelo do braço, o homem não raspa”; “mulher gosta de arrumar o cabelo”. Dentre as características masculinas foram destacadas: “o homem é inteligente, é forte e cafajeste”.

Emergiram também padrões de comportamentos associados ao masculino: “homem gosta de passar a mão na bunda, no peito e em outros lugares que não posso falar”; “o homem às vezes passa do limite”; “homem não gosta de arrumar casa”; “a mulher fica em casa trabalhando e o homem sai para beber”; “tem homem que só quer diversão, mas têm outros que se preocupam com seus filhos”.

A distinção entre a sexualidade masculina e feminina na cultura ocidental está fortemente impregnada no nosso imaginário, traduzindo-se em preconceitos e discriminações nas relações sociais entre homens e mulheres. O estereótipo masculino, em nossa cultura, concebe os homens como ativos, agressivos e objetivos; as mulheres são tidas como passivas. Quando a temática uso de drogas emergiu no grupo, tal postura dicotômica ficou marcada pela polarização da participação e implicações de homens e mulheres neste cenário. O lugar do poder na percepção dos adolescentes e da postura ativa é ocupado pelos homens e a postura passiva é o lugar do feminino. “Homem traficante” X “Mulher usuária”.

116

Desse modo, embora distintos em cada cultura, o conjunto de normas que regulam a sexualidade “(...) tem em comum, o tratamento diferenciado que é dado à sexualidade, quer seja exercida por mulheres quer seja por homens” (Villela, 2003, p.311). Tal fato irá repercutir na valoração diferenciada dos gêneros, na construção da identidade individual e grupal e no desempenho de homens e mulheres (Suárez, 2002). As diferenças acentuadas de gênero, em nossa sociedade, as quais prescrevem direitos e deveres distintos para homens e mulheres, principalmente no âmbito da sexualidade, irá traduzir-se em diferenças de procura, acesso, decodificação e uso da informação sobre sexualidade e vida reprodutiva. Tal diferenciação pode ser notada nos discursos femininos e masculinos.

Nos grupos operativos que tiveram como tema as DST's e a AIDS, as meninas foram menos questionadoras. Em contrapartida, mobilizaram-se para perguntas sobre métodos contraceptivos, manifestando preocupações sobre o uso correto e a segurança dos mesmos: O diafragma é seguro? Como se usa a pílula? Pílula é um método seguro para adolescente? A tabelinha pode falhar? Os meninos concentra-

ram-se em questões relacionadas às doenças e à masculinidade: “A mulher pode beber o esperma?”; “Sexo anal causa doença?”, “A masturbação é prejudicial, ‘dá’ espinha?”; “Existe uma doença chamada Síndrome do Sexo?”

As meninas manusearam com interesse e curiosidade os vários métodos contraceptivos e os modelos (pênis e pelve feminina), e experimentaram o uso do preservativo, tanto no modelo masculino quanto no feminino. Os meninos, durante o manuseio do material, demonstram menos curiosidade e muitos recusaram-se a experimentar colocar os preservativos masculino e feminino nos modelos, mesmo quando orientados e incentivados.

Resultados semelhantes foram descritos por Afonso (2001, p.215), ao destacar que:

“(...) as mulheres mostram scores de informação mais altos do que os homens, talvez por que sejam em nossa cultura, consideradas responsáveis pela questão da concepção e da contracepção. Quando se desmembra a informação, pode-se ver que existe uma setorialização desta, na medida em que as mulheres respondem melhor às questões sobre contracepção e os homens a questões sobre doenças sexualmente transmissíveis”.

117

Embora esta postura dicotômica marque a fala dos adolescentes, foram também recorrentes representações e identidades de gênero oscilantes entre o tradicional e o moderno, questionando a divisão de papéis, a dupla moral sexual e a hierarquia presentes na representação tradicional: “os dois podem cuidar dos filhos né!’ tem mulher que trai e tem homem que trai... os dois traem” . “Quem toma a iniciativa de ter uma relação sexual? “Uai, quem tiver afim”.

As dinâmicas grupais se mostraram um espaço continente da expressão de si e do conhecimento do outro, potencializando as ressignificações e a construção de conhecimento no âmbito da sexualidade. A participação concomitante de profissionais da saúde e da educação, assumindo uma postura democrática, reflexiva e dialógica, optando por uma ação transformadora, permitiu aos adolescentes se colocarem

enquanto sujeitos do conhecer, como expresso na seguinte fala de uma participante: “quando nós veio para cá, nós tinha vergonha de conversar, hoje eles conversam com nós e nós com eles”

AVALIANDO O PROCESSO GRUPAL

Segundo Pichon-Riviére (2000) uma das formas de se compreender ou analisar os processos grupais é através dos sete vetores de avaliação:

- Afiliação - é grau de identificação dos integrantes entre si e com a tarefa (um primeiro nível de identificação);
- Pertença - há um maior grau de identificação e integração com o grupo, permitindo a elaboração da tarefa;
- Cooperação - pressupõe o desempenho de papéis diferenciados e complementares, de tal modo que cada um contribui com o que sabe e com o que pode; no movimento grupal se manifesta pela capacidade de se colocar no lugar do outro;
- 118 - Pertinência - é o centramento na tarefa, se ela está ou não sendo cumprida (as equipes podem oscilar de forma diferente na realização da tarefa explícita e implícita), é a realização da tarefa estratégica;
- Comunicação - é o mais importante de todos os vetores, pressupõe um intercâmbio de significados, a mensagem vai circular por um canal que inclui ruídos e deverá ser decodificada pelo receptor, podendo ser verbal ou não verbal. Tal vetor é tomado por Pichon-Riviére como o lugar privilegiado pelo qual se expressam os transtornos e dificuldades do grupo para enfrentar a tarefa;
- Aprendizagem - é um processo que envolve criação, adaptação ativa à realidade, as fragmentações e as integrações dos saltos de qualidade que incluem a tese-antítese-síntese;
- Tele - é a disposição positiva ou negativa para trabalhar a tarefa grupal, é a aceitação ou a rejeição que os integrantes têm espontaneamente em relação aos demais e em relação à tarefa proposta.

No grupo, a passagem da afiliação para a pertença foi facilitada pelo diálogo e criação de uma identificação de grupo a partir do uso de uma Camisa do Projeto. Entre os adolescentes e a equipe deveria ser cons-

truída uma identidade. A equipe discutiu com eles qual seria a melhor alternativa para construir essa identificação. Algumas sugestões foram feitas: o uso de uma pasta, um crachá, uma camisa. Ficou estabelecida uma camisa com o nome e cores que identificariam os integrantes. Foi feita uma dinâmica para a escolha do nome e das cores da camisa. O nome escolhido foi "Projeto Amigos do Cafezal" com o slogan "Descobrimo o mundo" (Fig. 1).



Figura 1 - Camisa do Projeto Amigos do Cafezal

A construção da identidade, aparecendo como manifestação ideológica, como um nome, e física, como a camisa, por si só não garantiria o sentimento de pertença e o estabelecimento de uma identidade de grupo. Ao longo do processo os adolescentes adotaram a camisa para uso em outros momentos na comunidade bem como em todos os encontros.

O depoimento de um integrante da equipe serve para ilustrar o processo implicado na passagem da afiliação à pertença.

"No começo eu não queria participar do projeto. Não tinha jeito com adolescente, nem me interessava pelos seus problemas e sempre dizia que eles eram muito chatos. Nos primeiros encontros eu só participava pra não deixar a Maria sozinha. Mas com o passar do tempo eu aprendi a gostar dos meninos e a participar com entusiasmo" (Agente Comunitário de Saúde).

O sentimento de pertença também pode ser observado à medida que os adolescentes cobravam da equipe o cumprimento de atividades: "Uai, e o filme?"; "M. e as fotos? Você prometeu!"; "Que dia vamos nas

escolas?"; "E o moço do site? Ele sumiu? Que dia ele vem?"; "Semana que vem pode ser cachorro quente?". Os integrantes do grupo percebiam que tinham direitos, que tinham espaço para a negociação, se apresentam não como meros espectadores passivos, mas assumiam uma postura de protagonistas.

Nos encontros destinados a discutir os papéis sociais e o corpo feminino/ masculino, o vetor comunicação, entendido como o lugar privilegiado pelo qual se expressam os transtornos e dificuldades do grupo, manifestou-se de forma contundente, possibilitando a elaboração dos medos e anseios que permeiam a temática da sexualidade.

Pichon-Riviére (2000) relata que "a aprendizagem se realiza através do confronto, manejo e solução integradora dos conflitos; enquanto cumpre-se esse itinerário, a rede de comunicação é constantemente ajustada e só assim é possível elaborar um pensamento capaz de um diálogo com o outro e enfrentar o medo".

120

As dificuldades apareceram e os fantasmas que permeiam a temática sexualidade podem ser exemplificados nas seguintes frases dos adolescentes: "mulher é feia demais, tem peito caído", "o mais difícil de desenhar é o que está entre as pernas dos meninos"

O papel do coordenador foi fundamental para mediar e harmonizar os conflitos, facilitando a reflexão e ajudando o grupo a elaborar as dificuldades e estabelecer a aprendizagem operativa, através do reforço do ECRO e da cooperação. Os trabalhos em grupo menores, o exercício constante da escuta, os momentos de trabalhos só com os meninos ou só com as meninas, a oportunidade dada de exercer várias expressões (a fala, o desenho, a escrita, a dança) e a flexibilidade para a mudança de planos foram fundamentais para garantir um espaço mais democrático para que os adolescentes pudessem se colocar enquanto sujeitos do processo.

O exercício da troca de informações e o contato afetivo tornaram possível um compromisso maior frente às tarefas propostas pela coordenação, bem como o sentimento de pertencerem e serem responsáveis pelo grupo. Muitas vezes os integrantes assumiam a função de agentes facilitadores do processo de aprendizagem, através de pontu-

ações, e tentativas de barrar comportamentos considerados inadequados que comprometeriam a execução da tarefa: “Gente, a M. quer falar!”. “Não gosto da bagunça dos meninos”, “Não é justo os meninos ficarem atrapalhando”.

A experiência possibilitou o entrecruzamento dos conceitos científicos e cotidianos, à medida que, no âmbito das interações, foram levadas em consideração as experiências imediatas e os conhecimentos espontâneos trazidos pelos integrantes do processo.

As falas dos integrantes também foram analisadas no sentido de se avaliar a potencialidade das oficinas para criar um espaço de reflexão, bem como estabelecer uma aproximação entre os adolescentes e os profissionais de saúde.

“Eu falo com a minha mãe, é legal. Minha mãe sabe de muitas doenças, mas ela não sabia de todas as doenças que tinha. As doenças da época dela é muito diferente das doenças de agora. Aí é estranho, minha mãe não conhecer as coisa e eu conhecer: Eu acho que uma das idéias do grupo era essa. Transformar a gente em informante pra outras pessoas mesmos. E é isso que tá acontecendo.”

“O projeto foi e sempre será um meio de aprendizado para mim. Eu gostei do projeto porque as coisas que nesse momento não teria coragem de conversar com algum familiar eu conversei no projeto e de um jeito legal e bem compreensível.”

Alguns relatos apontam que durante as atividades, bem como após o término, os adolescentes estreitaram os vínculos com o Centro de Saúde. Tornaram-se mais presentes, procurando os profissionais para tarefas escolares e serviços de prevenção (Dengue, DST`s, etc). O depoimento do Agente Comunitário de Saúde é bem ilustrativo:

“Hoje eu sou referência para os adolescentes e também para os pais que me procuram para discutir vários assuntos. E hoje eu amo de coração os meus meninos e também o projeto “Amigos do Cafezal”. Amo a minha camisa e todas as amizades que conquistei durante o projeto. E agora eu estou capacitada

para ajudar e entender os adolescentes”.

A troca de experiências foi valorizada e incentivada no sentido de construir conhecimento e não apenas transmitir. Algumas falas apontam nessa direção:

que me ajudaram (grifo nosso) bastante a aprender e ficar bem informada”.

“Ah, eu comentei com umas colegas minha sobre as doenças, elas não sabiam e ficaram espantadas”

“Eu acho que é interessante, porque além da gente aprender muita coisa, eles também aprenderam sobre a Serra, a gente apresentou o bairro todo, e a gente também aprendeu com eles”.

122 Tal fato nos remete à perspectiva de Freire, segundo o qual, a pessoa tende a captar uma realidade, transformando-a em objeto de seus conhecimentos. Segundo este autor, “Quando se compreende a realidade, pode-se desafiá-la e procurar possibilidades de soluções. O homem deve tentar transformar a realidade para ser mais” (Freire, 1974). Por esse motivo, a consciência reflexiva deve ser estimulada, sendo fundamental que o educando reflita sobre sua própria realidade.

Segundo Pichon-Riviére (2000), não centrar-se na tarefa pode ser uma impertinência, quando ocorre a impostura (falar uma coisa e fazer outra) ou sabotamento (usar um subterfúgio para sair da tarefa). No processo do grupo houve sensibilização dos integrantes no sentido de realizar a tarefa.

O clima que se desenvolveu no grupo foi positivo, havendo disposição para trabalhar a tarefa grupal. A aceitação ou rejeição que os integrantes têm espontaneamente em relação aos demais também é um indicador do vetor tele. Embora os adolescentes tenham sido bastante receptivos à proposta, o grupo vivenciou manifestações de conflitos no que se refere às relações estabelecidas entre os meninos e as meninas. Os integrantes agiam com desprezo em relação às falas, atitudes e opiniões dos participantes do sexo oposto. Muitas vezes os

conflitos eram explicitados de forma verbal; “ô menina, cala a boca aí”. Investir na escuta dos adolescentes foi o recurso utilizado pela coordenação para compreender as causas e efeitos da relação conflituosa. Ao relatarem os acontecimentos, os adolescente colocavam-se frente ao grupo e à coordenação, o que facilitava a elaboração de ansiedades e resistências.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise das oficinas e de todo o processo grupal demonstrou que a intervenção conjunta entre a educação e saúde, pautada nos pressupostos do diálogo e da participação, permitiu a criação de um espaço propício à reflexão, ao diálogo e à troca de experiências nos vários campos do saber.

O processo demonstrado permite explorar um terreno que tem raros antecedentes no Brasil, pois a educação em saúde, relativa à sexualidade na adolescência, tanto na escola quanto nos ambientes da saúde, carece de investimento, seja na formação de professores e profissionais de saúde, quanto no desenvolvimento de estratégias que motivem o envolvimento dos jovens. A literatura aponta dificuldades diversas, próprias de um campo novo para a investigação pedagógica (Heilborn, 2006).

Acreditamos que tão importante quanto a informação é o fortalecimento do vínculo, a fim de que os adolescentes possam encontrar na escola, na família e nos centros de saúde um espaço de acolhimento e diálogo para escolhas conscientes no que diz respeito ao início da vida sexual e reprodutiva. Desse modo, a metodologia utilizada poderá ser replicada em outras realidades, com o objetivo de estreitar os laços entre os profissionais de saúde e os adolescentes, para que os mesmos se apropriem, ou adotem o Centro de Saúde como um espaço também da prevenção e da promoção em saúde.

Toda a estratégia desenvolvida vem orientando a implantação de programas de promoção à saúde dos adolescentes, sob a coordenação da Cruz Vermelha de Belo Horizonte em parceria com a gerência do Centro de Saúde local. Já existem quatro novos grupos implantados, com a participação dos profissionais de educação e saúde (Nogueira, 2008).

Tais desdobramentos podem subsidiar a concretização de políticas públicas de prevenção/promoção da saúde específicas para os adolescentes em ambientes de educação e da saúde. Fornece também evidências de um processo que permite sistematizar um modelo de intervenção pedagógica e psicossocial a ser difundido e incorporado às práticas de educação em saúde.

O projeto também deu origem à elaboração de novos materiais didáticos que poderão servir de orientação a outros profissionais de saúde e professores interessados em incluir a sexualidade em suas agendas e ambientes de trabalho. A articulação da investigação aqui descrita com projetos de formação de profissionais de saúde e professores pode transformar os problemas identificados na realidade dos jovens em questões de pesquisa que poderão dar origem a práticas fundamentadas. Tal aspecto da experiência aqui relatada aponta para intervenções que tenham aplicabilidade nas escolas e centros de saúde, de modo a transcender o discurso e encaminhar ações preventivas e promotoras de saúde, alvo principal do processo educativo.

124 Agradecimentos: A todos os integrantes da Equipe de Saúde da Família, à Gerência do Centro de Saúde da Vila Cafezal, aos participantes do Laboratório de Educação e Saúde da FIOCRUZ, às agências financiadoras (FAPEMIG e CNPq) e, principalmente, aos adolescentes com quem e para quem se realizou este trabalho.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. Repensando conceitos e práticas em saúde pública. In PARKER R. & TERTO JÚNIOR V. (orgs.). **Aprimorando o debate: respostas sociais frente à Aids**. Rio de Janeiro: ABIA, p. 12-19, 2002.

AFONSO, LM et al. **Oficinas em dinâmica de grupo na área de saúde**. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2003.

----- **A polêmica sobre adolescência e sexualidade**. Belo Horizonte: Ed Campos Social, 2001. p 248.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRANDÃO, T. L. **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo: Brasiliense; 1985. 252 p.

BRASIL, MEC. Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental / introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF, 1998.

CARIDADE, A. "O adolescente e a sexualidade" **Cadernos da Juventude**, 2002.. <http://www.bireme.br/bvs/adolesc>.

CLARO LBL, MARCH C, MASCARENHAS MTM, de CASTRO IAB, ROSA MLG. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** 2006, Rio de Janeiro, 22(8): 1565 – 1574.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

----- **Ação cultura para a liberdade e outros escritos**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

----- **Por uma pedagogia da pergunta**. Rio de Janeiro: Paz e Terra Coleção Educação e Comunicação: v. 15. 1985.

HEILBORN, M. L. Experiência da sexualidade, reprodução e trajetórias biográficas juvenis. In HEILBORN, M.L e col. **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro, Garamond e Fiocruz, 2006.

HORTA, NC. **O Significado do atendimento ao adolescente na Atenção básica do SUS: uma análise compreensiva**. Tese de mestrado. Escola de Enfermagem da UFMG- BH- 2007.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Nupcialidade e fecun-

didade. Censo demográfico 2000: http://www.ibge.gov/home/estatistica/populacao/censo2000/nupcialidade_fecundidade/tabnupbr113.pdf (acessado em 04/Out./2004).

KLEIN, JD; MACNULTY M, FLATAU CN. Adolescent's access to care. **Archives of Pediatric and Adolescent Medicine** 1998, 152: 676 – 682.

MOHR, A. Análise do conteúdo de "Saúde" em livros didáticos. **Ciência e Educação**, Bauru, vol. 6, n. 2, p. 89-106, 2000.

NOGUEIRA, M J. "Sexualidade e gênero na adolescência: uma perspectiva educacional. Tese de Doutorado em Ciências da Saúde. IRR / Fiocruz, 2008.

PICHON-RIVIÉRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

REYES, T. Métodos cualitativos de investigación: los grupos focales y el estudio de caso. **Revista Fórum Empresarial**, vol.4, no 2 , Diciembre de 1999.

SCHALL, V.T., MONTEIRO, S. S., REBELLO, S. M. Evaluation of the Zig-Zags game: a playful-educative resource for HIV/AIDS prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 107-119, 1999.

SILVA, M. P e de CARVALHO, W. L. P. O estudo do tratamento da informação nos livros didáticos das séries iniciais do ensino fundamental. **Ciência e Educação**, Bauru, vol. 11, n. 1, .2005.

SINASC .Sistema Nacional de Informações Sobre Nascidos Vivos. Informações de saúde: nascidos vivos. Brasília: SINASC, 2004. (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exesinasc/cnv/nvmg.def>)

SOUZA, LR.; Veras, r. Ideologia e saúde. In. IBASE. **Saúde e trabalho no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1982. p 11-14.

SUÁREZ M et al. **Gestão local e desigualdades de gênero**. Brasília: Agende; 2002.

THIOLLENT, M. J.M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 5. Ed. São Paulo: Polis, 1987.

VILLELA, W. V. e ARILHA, M.. "Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos". In: BERQUÓ, E. (org.). **Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil**. São Paulo: ed. Unicamp, 2003.

5.6 Transação: preâmbulo ao jogo da sexualidade

*Cristiane Barreto*¹⁴.

A adolescência inaugura uma nova etapa no jogo da sexualidade. Tempo do “é chegada a hora”. Um aparente paradoxo se impõe, porque é quando os ideais viris e de feminilidade apontam para a possibilidade do encontro com o ato sexual, quando é, então, finalmente possível, que certo impossível se instala. Afinal, aqui começam os embaraços das moças e dos moços: Como é? O que fazer? Como fazer para fazer? Enfim, como entrar nesse jogo, após o despertar da sexualidade? Como estar aí, nesse jogo, onde o tabuleiro é o corpo próprio, de forma menos desavisada? Como estar prevenido? Com as cartas na mesa e de pose a regras básicas? Tem-se início a partida, cujo final e vencedor, inclui perdas necessárias e cálculos, impensáveis até então, para que a puberdade não seja catástrofe. Adoece-se, engravida-se, abandona-se, inibi-se, desgoverna-se, maltrata-se. O que fazer com o corpo, e como situá-lo? Adolescer é inaugurar um necessário prelúdio. Preâmbulo do jogo entre os sexos. Para se posicionar no jogo da linguagem, nesse segundo momento da construção da sexualidade, um diferencial se impõe: o ato.

Há algo de desarranjado na sexualidade humana. O homem é afligido da linguagem e afetado de um sexo. E, então, para todo ser falante uma equação complexa se impõe.

Adolescer é se deparar com mudanças impostas ao corpo, que exigem novas respostas. Respostas que são reveladas no encontro com o sexo – sempre traumático, o que não significa ser uma catástrofe–, nas relações com os pares e das exigências do campo social. Fontes de mal estar. Não somos “programados”, não existe uma fórmula universal que nos indique como é ser um homem ou uma mulher, tampouco, para saber como fazer para nos relacionarmos no campo do sexo e do amor. Estamos submetidos à linguagem e suas leis. São as palavras, e a maneira como ela nos marca, deixando lastros e construindo os nossos corpos, que possibilitam inventar, elaborar um saber e arriscar, apostando em extrair o que a vida pode proporcionar de prazer, satisfação, responsabilidades e conseqüências. A relação que estabelecemos com os nossos pares e as regras sociais que regulam a convivência é o tabuleiro, mesa sobre a qual as cartas são distribuídas, retiradas, embaralhadas.

O mundo atual é cenário de vidas que se embaraçam num jogo onde as regras e indicações estão cada vez menos nítidas. Orientam pouco o caminho a ser traçado por cada um, regulam com desalinho e precariedade os laços sociais. E isto, claro, não é sem conseqüências. Na era da tecnologia, das informações que inundam o cotidiano, tanto aqueles que têm acesso, como os que estão, de certa forma, excluídos daí – os adolescentes que têm menos acesso aos bens da cultura e do saber–, se confundem em manuseá-las. E quanto ao saber sobre o sexo – essa construção tão singular, a ser feita com os aparatos que cada sujeito dispõe ou detém –, as informações e o conhecimento, podem auxiliar essa travessia?

¹⁴ O texto foi elaborado por Cristiane Barreto que é psicóloga e psicanalista e desenvolve trabalhos com adolescentes.

Sim. Pois, se visto que insuficiente, são auxiliares, principalmente, por proporcionar o acesso ao universo amplo da fala, aos recursos da palavra, a troca de cartas: entre a produção de saber, universal, e a interação social. O jogo é o do campo simbólico por excelência.

Tal como, para cada adolescente, é preciso que se sonhe com isso, e é desejável que se fale sobre isso, antes de começar a disso se ocupar, ou mesmo em plena partida, quando a jogada já foi inaugurada; para aqueles que já atravessaram o umbral da adolescência á preciso e desejável que se fale com eles! Conversar sobre “aquilo”.

E, aqui, sendo dever ético de cada discurso, cada disciplina, se reinventar, para sustentar maneiras de dizer que é para todos, e não só para os adolescentes, que viver é arriscado, e a sexualidade e o encontro com o sexo, é, para além de uma adorável possibilidade, condição de conseqüências inevitáveis: é a “rodada” das escolhas e suas peripécias que elegem as cartas. E as respostas não são exatas. Aqui, é fundamental a transação!

A pergunta infantil: “de onde vêm os bebês?”, se reedita em cada época, cultura, e fatalmente, se ampliam. As formas são variadas, tais como os recursos. A medicina, a pedagogia, a psicologia, (...), são muitas as disciplinas que se cercam dos temas a cerca da adolescência. Categoria múltipla e errática por excelência.

Temos aqui a criação de um jogo. Transação. A palavra condensa, reúne ação e transa. Nome adequado ao que está em jogo na adolescência – a ação e o manejo com as palavras, negociação com os pares da sua idade, com a geração que dita as regras, com os pais que proíbem ou liberam. Transação é também negociar, com as palavras, e não sem os corpos, formas de conquistar, de aceder à relação sexual. Realizar o ato, transar uma ação. O ato sexual não se realiza fora do campo da linguagem e não é sem as palavras, ainda quando em face de um tenebroso ou tênue silêncio. E manter aqui a palavra que os jovens inventaram para dizer do ato sexual é dar lugar ao novo, a produção dos códigos criados na adolescência. E, vale lembrar, “transar”, é uma palavra que circula entre as gerações, não é considerada palavra ‘tosca’, nem inteligível. Pois algumas palavras, mais recentes, é preciso dizer, ainda não transitam se fazendo entender facilmente. Transar flui na língua.

O caráter educativo desse jogo demarca sua conduta ética, quando é construído de forma interativa, com metodologia participativa. Inaugura a conversação, num campo ainda povoado de mitos, pré-conceitos e formulações caducas, e, não sem descontração e prazer, faz com que um grupo possa se interagir, disputar, acertar e errar.

Contudo, o que propicia de crucial no campo da pesquisa é a responsabilidade de transmitir e fazer acessível algumas regras básicas. Possibilitar o acesso “universal e irrestrito” do saber adquirido da medicina, sobre o que do sexo e da sexualidade podemos cercar, tratar e cuidar. Cuidar para que um “bem viver” possa se alojar quando dispomos de condições para ampliar o encontro e as “transações” entre os profissionais da Saúde e os adolescentes.

Nesse jogo, de impasses, dúvidas e ações, certamente os adolescentes provocam o corpo da Saúde e, ao menos àqueles que se mantêm atentos, eles ensinam a jogar. Bem vindos ao universo onde “transar” indica que a ciência não detém um “saber último” a respeito da sexualidade e do sexo, mas

que não se furta em divulgar, fazer acessível e ensinar o que pode ser ensinado. Contribui, assim, para que os adolescentes, com elegância, sigam sustentando suas “transações”.

5.7 Criação compartilhada de um jogo: um instrumento para o diálogo sobre sexualidade desenvolvido com adolescentes da Vila Cafezal, em Belo Horizonte Minas Gerais.¹⁵

Resumo

Este trabalho descreve o processo de desenvolvimento de um Jogo Educativo, desenvolvido, de forma compartilhada, com adolescentes de uma comunidade de Belo Horizonte (Vila Cafezal). Através de oficinas em grupos operativos, criou-se um espaço de diálogo sobre sexualidade e gravidez na adolescência. Fazem parte do jogo: (1) oitenta cartas de perguntas e respostas; (2) um baralho de reflexão e (3) um baralho de território, demarcando espaços públicos da Vila Cafezal. Constatou-se que o processo desenvolvido auxiliou os jovens na construção de conhecimento, no diálogo e compreensão sobre atitudes de cada gênero. Tanto o processo descrito no presente artigo quanto o material produzido podem ser utilizados como alternativas para criar um ambiente saudável e interativo para se trabalhar os temas referentes a sexo e sexualidade, na perspectiva requerida pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) e pelas demandas do Serviço Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Adolescência, Sexualidade, Educação em saúde, Jogo Educativo, Saúde Reprodutiva

Shared creation of a game: a tool for dialogue about sexuality developed with adolescents of the Vila Cafezal, Belo Horizonte, Brazil.

Abstract

This paper describes the development process of an educational game, creation shared with adolescents of a slum area known as Vila Cafezal, in Belo Horizonte. An environment to talk about sexuality and adolescent pregnancy was set up through workshops. It makes part of the game: (1) eighty Questions-answers cards; (2) Reflection cards and (3) a Deck of Places, citing public spaces of the Vila Cafezal chosen by the adolescents. It was found that the process helped the young people to educe knowledge, through dialogue and understanding the attitudes of each gender. Both the procedure described in this paper as the materials produced can be used as alternatives to create a healthy and interactive environment to work the issues relating to sex and sexuality from the perspective required by the Brazilian Curricular Parameters (PCN) and the demands of the Brazilian Health Service (SUS).

Keywords: Adolescence, Sexuality, Health Education, Educational Game

Apoio: CNPq e Fapemig.

¹⁵ Artigo submetido à revista *Ciência & Educação*. Faculdade de Ciências da Unesp, Campus de Bauru.

Introdução

A Orientação Sexual na Escola é prática defendida e orientada pelo Ministério da Educação (MEC) nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), como eixo transversal ao currículo (Brasil, MEC, PCN, 1998). Sua orientação considera a escola como parceira da família e da sociedade na promoção da saúde das crianças e dos adolescentes e atribui à escola, a co-responsabilidade de orientação da criança desde o pré-escolar ao ensino fundamental. “No diálogo entre a escola e as famílias, pretende-se que a sexualidade deixe de ser tabu e, ao ser objeto de discussão na escola, possibilite a troca de idéias entre esta e as famílias.” (PCN, 1998). Por outro lado, a literatura também aponta a dificuldade que escolas e famílias ainda apresentam para abordar o tema da sexualidade com as crianças e jovens. (Altmann, 2001; Sallas & Quintana, 2002; Villela & Arrilha, 2003; Werebe, 1998; Guimarães et. al, 2003; Boruchovitch, 1992, Hernández, 2000). Assunto polêmico na esfera pública e na esfera privada a sexualidade tratada sem o descobrir do próprio “eu” e do reconhecimento do outro, torna-se pouco significativa, não alcançando as discussões mais profundas sobre valores individuais e sociais, o que de fato importa no processo educativo. Desse modo, reconhece-se que uma abordagem transdisciplinar da sexualidade requer boa formação dos professores/profissionais de saúde e materiais educativos adequados.

O cenário nas escolas é preocupante, pois não se percebe a vinculação dos conteúdos ao contexto dos escolares, quando se trata de temas que visam auxiliar os jovens na compreensão do próprio corpo e de suas relações amorosas, bem como do desenvolvimento da responsabilidade pela sua saúde e do outro com quem se relaciona (Pinto, 1997; Bueno, 2001; Schall, 2005). Para temas como a sexualidade, que requerem não só domínio do conhecimento biológico, mas reflexão sobre a vida e o ambiente em que se vive, construir novos conhecimentos demanda processos singulares e criativos que preparem o cidadão para o seu viver cotidiano (Hercowitz, 2002; Machado et al., 2007).

Em relação às escolas, o livro didático é um dos materiais mais disponíveis e utilizados pelos professores em todo o território nacional. Avaliações recentes de alguns tópicos dos livros de ciências, no que se refere à saúde, revelam incorreções e concepções incorretas. (Mohr, 2000; Silva & Carvalho, 2005).

Pensou-se então em desenvolver estratégias e materiais educativos que pudessem dar lugar a um processo de construção de conhecimento que estivesse estreitamente vinculado à realidade e à participação dos jovens. No presente artigo são descritas as oficinas, a produção compartilhada do jogo, o produto obtido e algumas reflexões sobre o processo e suas perspectivas de replicação em espaços educativos e de saúde.

Os Fundamentos Teóricos da Pesquisa

Na área da saúde, os jogos têm sido referidos como alternativas que permitem alcançar, de forma prazerosa e motivante os objetivos de pesquisas, da educação e da divulgação científica. Experiências internacionais (Paperny & Starn, 1989; Schall et al., 1999; Amaro et al., 2006; Wideman, 2007) revelam a potencialidade do uso dos mesmos nas estratégias de educação e promoção da saúde. Segundo Wideman (2007) os jogos podem proporcionar experiências em vários contextos, que potencializam a compreensão de conceitos complexos "sem perder as conexões entre os problemas reais e as idéias abstratas que podem ser usadas para resolvê-los" (Shaffer et al. 2004 p.5 apud Wideman, 2007).

Segundo Vygotsky (1984), o jogo facilita o desenvolvimento da imaginação e da criatividade, ampliando ou criando novas relações entre o campo do significado e o campo da percepção visual. Para Macedo (1995) os jogos educativos têm grande importância para a produção do conhecimento, no sentido de serem reveladores do **como** e o **porquê** das coisas. De acordo com Monteiro et al. (1994) os jogos proporcionam maior interação e espaço para discussão entre as pessoas e servem de estímulo à discussão de temas-tabus, polêmicos, graves e atuais, que geralmente não são abordados de forma mais ampla, dada a sua complexidade. No âmbito da sexualidade a literatura aponta a dificuldade que escolas e famílias ainda apresentam para abordar a temática com crianças e jovens. (Altmann, 2001; Sallas & Quintana, 2002; Villela & Arrilha, 2003; Werebe, 1998; Guimarães, 2003; Boruchovitch, 1992; Hernandez, 2000), o que requer investimento para criar espaços e estratégias mais efetivas.

Ao aproximar jogo e educação compartilha-se com as visões mais contemporâneas de educação, que ressaltam a importância da iniciativa e participação dos alunos no processo de

aprendizagem. Desse modo, encontrou-se nos postulados filosóficos e metodológicos de Enrique Pichon-Rivière e Paulo Freire a ancoragem necessária ao estudo.

Embora apresentem visões distintas, esses autores se aproximam à medida que compartilham de um modelo educativo e similaridades na interpretação do processo de ensino–aprendizagem. Pichon-Rivière (2000), ao articular o materialismo dialético e a psicanálise apresenta uma discussão importante sobre grupos operativos e educação. Postula uma didática que emerge do campo da psicologia social, destinada não só a comunicar conhecimentos, mas desenvolver e modificar atitudes. Freire (1976), na perspectiva pedagógica de sua prática, traz os pressupostos de uma educação conscientizadora e problematizadora, na qual, palavras geradoras, círculo de cultura, e diálogo são conceitos fundamentais. Segundo o autor é impossível fazer uma reflexão sobre educação sem refletir sobre o próprio homem. Ressalta assim a necessidade de romper com a idéia clássica da prática educacional como um ato de transferência de conhecimento (Freire, 1976).

Para Freire (1974), aprender é compartilhar uma “leitura do mundo”, ou nas palavras de Pichon-Rivière (2000), aprender é realizar uma “leitura da realidade”. Tal perspectiva aproxima-se da visão sócio-histórica do conhecimento e da sala de aula, na qual o aluno tem papel ativo e o conhecimento é compartilhado e construído pelas ações conjuntas dos participantes da interação (Vygostsky, 1984).

Na tarefa de alfabetização de adultos, Freire (1976) ressalta a importância de buscar no cotidiano dos “alfabetizandos” as palavras geradoras, por meio das quais iniciarão o processo de alfabetização. As palavras geradoras não devem ser escolhidas simplesmente por sua combinação fonética, nas quais cartilhas são produzidas sem levar em consideração as diferenças socioculturais, desconsiderado a capacidade dos indivíduos de significar e re–significar.

Para Pichon-Rivière (2000) cabe ao coordenador “pensar com o grupo”, criando um vínculo entre o grupo e o campo de sua tarefa, no sentido de criar, manter e fomentar a comunicação. Para o autor a comunicação grupal é possível pela existência de um esquema conceitual, referencial e operativo de caráter grupal, ou seja, a semelhança de esquemas referenciais, usados para codificar e decodificar a mensagem, permitindo que o receptor compreenda a mensagem emitida pelo transmissor. O aprendizado no grupo é reforçado nas idéias de Freire por meio do círculo de cultura, ou seja, o aprender em grupo no contexto do grupo. No Círculo de Cultura, “(...) em lugar de

professor, com tradições fortemente 'doadoras', o Coordenador de Debates. Em lugar de aula discursiva, o diálogo. Em lugar de aluno, com tradições passivas, o participante do grupo". (Freire, 1974, p. 103).

Assim, a opção teórico-metodológica do presente estudo incorpora três premissas básicas: o conhecimento deve ser produzido na interação dos sujeitos comunicantes; os símbolos (palavras, gestos, objetos) utilizados nos materiais educativos devem ser contextualizados no sentido de refletir os anseios, preocupações e dúvidas do público-alvo; necessidade de fortalecimento de vínculo entre os profissionais de saúde e usuários, no caso em específico, os adolescentes, e entre alunos e professores. Considerando tais perspectivas, optou-se pela pesquisa participante, como descrito a seguir.

Metodologia da Pesquisa

Para ancorar os pressupostos teóricos que balizaram o estudo optou-se pela pesquisa participante. Para Brandão (1985), a pesquisa participante é um enfoque de investigação social que busca a participação da comunidade na análise de sua própria realidade, com objetivo de promover a participação social para o benefício dos participantes. Isso significa que as práticas que constituem o social e os referenciais que lhe dão sentido vão se produzindo concomitantemente, uma vez que o conhecimento e a ação sobre a realidade são constituídos no curso da pesquisa de acordo com as análises e decisões coletivas, dando à comunidade participante uma presença ativa no processo. Para instrumentalizar a prática pretendida, escolheu-se a técnica de grupos operativos. Na perspectiva de Pichon-Rivière (2000)

As oficinas temáticas foram utilizadas com instrumento para viabilizar e dinamizar o processo de grupo. Afonso (2003) destaca as oficinas como técnicas de intervenção psicossocial, uma ferramenta de trabalho na área de educação em saúde, que possibilita superar o caráter vertical de transmissão de conhecimento recorrente nas práticas pedagógicas tradicionais.

Espaço de investigação

A Vila Cafezal faz parte do Aglomerado da Serra, situado na região centro sul de Belo Horizonte. De acordo com dados censitários a região possuía em 2001 uma população de 10.481 habitantes, sendo (92,6%) cadastrados na Unidade Básica de Saúde da Vila Cafezal (UBS Cafezal). Havendo 49,1% de homens e 50,9% de mulheres, sendo (47,9%) de pessoas adultas entre 20 e 59 anos. A população da área de abrangência é composta por um grande número de jovens (até 19 anos), com 1º grau incompleto, sem plano de saúde, com renda familiar até três salários. A região é conhecida pelos altos índices de violência e encontra-se dentro dos critérios de alto risco estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA–BH) no Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS). Indicador composto que associa diferentes variáveis socioeconômicas e de ambiente num indicador sintético para analisar as características de grupos populacionais vivendo em determinadas áreas geográficas.

Quatro Equipes de Saúde da Família (ESF) estão designadas para o atendimento de 2.442 famílias (aproximadamente 600 famílias por equipe), sendo formadas por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de saúde e cinco ou seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), recrutados na própria comunidade. Para facilitar a identificação pelos respectivos usuários as equipes foram nomeadas com cores diferentes (roxa, laranja, azul e verde). Para a realização das atividades do projeto escolheu-se a equipe ESF Roxa, por já estar envolvida em trabalhos com os adolescentes.

Seleção do grupo

Solicitou-se aos ACS da Equipe Roxa que preenchessem a ficha cadastral de todos os moradores com idade entre 10 e 14 anos das famílias por eles atendidas. Ao final foram cadastrados 126 adolescentes (54 meninos e 72 meninas). Para selecionar o grupo, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: (a) estar cadastrado no Programa de Saúde da Família da Equipe Roxa na Vila Cafezal; (b) não estar participando de outro projeto social; (c) não estudar na parte da tarde. Após aplicação desses critérios tínhamos 35 jovens. Foi realizado um sorteio aleatório, na presença dos

ACS e de uma médica do posto de saúde, de 20 adolescentes (10 meninos e 10 meninas). Cada ACS anotava o nome dos adolescentes que faziam parte de sua área de atuação. Ao final, outro critério de exclusão foi adicionado, após o depoimento dos ACS, que sugeriram descartar quatro adolescentes, uma vez que os mesmos estavam envolvidos com drogas e não moravam com as famílias, o que dificultava o acesso aos mesmos. Os agentes comunitários ficaram responsáveis em levar pessoalmente o convite para os pais ou responsáveis e para os adolescentes. Feitas três tentativas de confirmação, o grupo que aderiu ao estudo totalizou seis meninos e 11 meninas. Apesar de o convite ter sido feito para 10 meninos a adesão dos mesmos foi menor, fato apontado na literatura (Rena, 1999).

Estrutura das Oficinas

As oficinas foram dirigidas para o público adolescente (10 a 14 anos) da área adscrita da ESF Roxa, tendo incluído os 16 participantes do grupo escolhido. Foram realizados 35 encontros, no posto de saúde, às sextas-feiras de 14h00min as 17h00min, no período de abril de 2006 a março de 2007. Cada encontro foi dividido em três momentos: apresentação, reflexão do tema gerador do encontro e avaliação. Os temas geradores foram eleitos em parceria com os jovens, no primeiro encontro, através de uma dinâmica específica, na qual os adolescentes elegeram temas ligados à saúde reprodutiva e adolescência, sobre os quais tinham dúvidas e curiosidades. A partir dessa demanda, os pesquisadores confrontaram os temas com as possibilidades metodológicas e recursos humanos envolvidos no projeto. Os temas eleitos foram: Namoro, métodos contraceptivos, primeira relação sexual, doenças sexualmente transmissíveis, corpo humano, gravidez na adolescência e drogas.

Oficinas com Grupos Operativos: produção compartilhada de material educativo

No primeiro encontro objetivou-se iniciar um processo de constituição de uma identidade e integração grupal. Nesse momento estabeleceu-se o “contrato” entre os membros do grupo e a

coordenação, através do acordo de regras fundamentais. No segundo encontro foi proposta a discussão a respeito das diferenças entre homens e mulheres; por que estas diferenças se transformam em desigualdades?

No terceiro encontro foi realizada uma técnica para conhecer o corpo reprodutivo – feminino e masculino – de forma participativa e de modo a perceber que do corpo também fazem parte as características psicológicas, a história pessoal e as relações que se estabelecem com as pessoas, o meio social e a cultura. Foram discutidos mitos e tabus relacionados ao corpo da mulher e do homem. Nos dois encontros posteriores, através de um questionário de verdadeiro (V) ou falso (F), discutiu-se com o grupo questões relacionadas ao tema sexo e sexualidade, com o objetivo de esclarecer dúvidas e estimular a reflexão. Ver, tocar e examinar os diversos métodos contraceptivos – pílula, preservativo masculino e feminino, DIU, diafragma – foi o tema do sexto encontro. Os meninos e meninas, separadamente, tiveram a oportunidade de obter informações e esclarecer dúvidas a respeito do tema. No sétimo e oitavo encontros, através do recurso do jogo Zig-Zaids, produzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Schall et al., 1999), procurou-se criar um ambiente descontraído para discutir a temática das DST/AIDS.

No nono encontro um grupo de meninas e meninos entrevistaram pais e mães adolescentes. Através do relato da experiência procurou-se debater a temática da paternidade e maternidade. O décimo encontro teve como foco principal rever os objetivos iniciais do projeto que haviam sido propostos pela equipe e negociados com o grupo. Procurou-se reafirmar o compromisso e avaliar as expectativas dos adolescentes em relação à elaboração do jogo e dos vídeos de animação. Foi feita uma avaliação e discutido o comprometimento na participação das atividades posteriores. Os adolescentes foram distribuídos em dois grupos, segundo a escolha dos mesmos, para a realização do jogo e dos vídeos de animação. No presente artigo são apresentadas as atividades realizadas pelo grupo que participou do desenvolvimento do jogo educativo. A experiência com os vídeos educativos foi descrita por Nogueira et al. (2006).

O projeto foi aprovado pelos comitês de ética do Instituto René Rachou/FIOCRUZ e da Prefeitura de Belo Horizonte.

Resultados e discussão

Aspectos estruturais do jogo na percepção dos adolescentes

Avedon e Sutton-Smith (1971) identificaram nove elementos estruturais nos jogos: propósito ou razão, procedimentos de ação, regras que governam a ação, número de jogadores requeridos, papéis dos participantes, habilidades e qualificação, padrões de interações dos participantes, cenário físico e ambiente necessário e equipamento para a sua prática. No primeiro momento os adolescentes citam alguns desses elementos como estruturantes do jogo tais como: objetivo, regras, o campo, no qual ele seria jogado (no caso, um tabuleiro), pinos para representarem os jogadores, perguntas e respostas, número de participantes. O padrão de interação entre os participantes, bem como os papéis e a definição das regras foram elucidados ao longo do processo.

Os adolescentes citam como inerente ao jogo o caráter de disputa, a presença de regras e a premiação. Segundo Mitchell & Savill-Smith (2004) a competição, contra si mesmo ou contra outros, aumenta a percepção de conquista e eficácia do jogador. Os adolescentes destacaram que poderiam produzir um jogo no qual a disputa seria entre meninos e meninas: “o jogo tem que ser uma competição com oponentes masculinos e femininos com regras e prêmios”; “tem que ter disputa entre meninos e meninas”. Tal fato é bastante interessante uma vez que a literatura da área (Hernandez, 2000; Portella, 2004) demonstra que na maioria das vezes os adolescentes buscam informações e discutem temas referentes à sexualidade com os pares, o que dificulta o entendimento de questões referentes ao sexo oposto. Em nosso estudo o grupo destacou a necessidade de criar cartas diferenciadas para homens e mulheres, “perguntas de homens” e “perguntas de mulher” o que aponta para uma visão recorrente que atribui conhecimentos e papéis específicos segundo o gênero. Em estudo etnográfico, Silva et al. (2006) demonstram como a segregação é uma característica comum nos grupos de brincadeira, sendo expressivamente maior entre os meninos.

O tema sexualidade na dimensão lúdica e educativa

Segundo Kishimoto (2008), a possibilidade de aprendizado e o respeito à natureza do lúdico garantida pelo ato de jogar remete ao conceito de jogo educativo. Em nosso estudo as duas dimensões aparecem nas falas dos adolescentes. A dimensão lúdica foi representada pelas palavras “lazer”, “brincadeira” e “diversão”, o que na literatura é representado pelo caráter “não sério do jogo”, em contraponto com a dimensão do trabalho (Huizinga, 1981).

Ressaltam também o caráter informativo e de aprendizado presente nos jogos. Nas palavras dos adolescentes o jogo serviria para “tratar um assunto”, “dar um cuidado especial a um assunto”. Quando indagados a respeito da temática que gostariam de “tratar”, no jogo, destacaram a temática do sexo e da sexualidade, justificando a dificuldade encontrada nas esferas da família e da escola para dialogar sobre tais assuntos. O relato dos adolescentes é coerente com a literatura da área (Altmann, 2001; Sallas & Quintana, 2002; Villela & Arrilha, 2003; Werebe, 1998; Guimarães, 2003; Boruchovitch, 1992, Hernández, 2000).

“Não converso com nenhum dos dois. Minha mãe não conversa, ela xinga. E é difícil, não é fácil não, com minha mãe é difícil, porque se a gente começa a conversar com ela sobre alguma coisa assim que ela acha errado, ela começa a xingar, não espera a gente acabar de explicar. Ela só dá conselho xingando.”

(Feminino, 15 anos)

“Com nenhum dos dois”

(Feminino, 12 anos)

O “ato de jogar” e o “jogo”, na percepção dos adolescentes, possibilitariam o desenvolvimento de atitudes, tais como: “união”, “companheirismo” e “solidariedade”; estimulando o raciocínio e facilitando o aprendizado de conceitos e noções. Neste sentido destaca-se o papel do jogo no sentido de possibilitar aprendizagem instruída, essencialmente vygotskyniana, na qual aprendizes internalizam as instruções e as usam subseqüentemente para auto-regular sua atenção, sua memória e outras funções cognitivas (Vygotsky, 1984). Torres et al. (2003) destacam a experiência de jogos educativos para grupos operativos como uma técnica que facilita a integração grupal e potencializa a construção de novos conhecimentos. Perspectiva semelhante é apontada por

Amaro et al. (2006) ao descrever a experiência do uso de jogos educativos entre crianças, com a finalidade de elaborar novos conhecimentos acerca de uma dieta saudável.

O desenvolvimento compartilhado do jogo

Assim feito, eles próprios construíram um protótipo de cartolina com o caminho a ser percorrido pelos jogadores e também o local no qual se passaria toda a brincadeira, no caso, a própria Vila Cafezal. A ideia de transpor para o tabuleiro o espaço físico da Vila Cafezal foi justificada pelos adolescentes pela necessidade de re-significar a região onde moram. Muitas vezes, a Vila Cafezal é retratada através dos meios de comunicação vinculada às notícias de pobreza, tráfico de drogas e violência. Desse modo, produziu-se um mapa da região, detalhando os locais eleitos por eles como os mais importantes da vila, que compõem o baralho de cartas locais. Foi sugerido por uma adolescente, e aceito pelo grupo, que o microônibus amarelo que circula dentro da Vila Cafezal – transporte público municipal – identificado pelo número 103, seria reproduzido para percorrer o trajeto do tabuleiro.

Tal fato explicita a possibilidade de, em determinado contexto e mediados pela linguagem, os indivíduos poderem captar a realidade transformando-a em objeto de seus conhecimentos. Para a abordagem sócio-histórica o papel do professor é fundamental nesse processo. No conceito de mediação, proposto por Vygotsky (1984), uma nova relação entre alunos e professores é gerada, sendo o professor um mediador entre o aluno e seu conhecimento. Em Freire, aparece a ideia do professor que pensa com o aluno e não aquele que pensa para o aluno, sendo a compreensão da realidade fundamental: "Quando se compreende a realidade, pode-se desafiá-la e procurar possibilidades de soluções. O homem deve tentar transformar a realidade para ser mais" (Freire, 1976)

Segundo Abduch (2005), com os adolescentes, a técnica de grupos operativos tem sido indicada como instrumento para desenvolvimento dos fatores básicos e elementares de prevenção, que são: auto-estima, juízo crítico, plano de vida e criatividade. Capacidades essas que, se desenvolvidas grupalmente, tornam-se fatores protetores aos riscos que os jovens estão expostos atualmente, como morte por causas externas, gravidez acidental, contaminação com o vírus da

imunodeficiência, adição a drogas, entre outros. A técnica de grupos operativos pode ser tida como um instrumento eficiente por se tratar de uma didática horizontal que considera o indivíduo agente ativo, responsável e engajado no processo de mudança, na medida em que suas necessidades pessoais e comunitárias são levadas em consideração. Restrepo (2001) destaca a necessidade de conhecermos as experiências individuais, o ambiente físico e social bem como a influência da cultura na relação dos indivíduos com o processo saúde doença.

Perspectivas de gênero na dinâmica de criação do jogo

No momento de discutir as temáticas percebe-se que as adolescentes são mais curiosas, fazem mais perguntas e são mais prolixas ao formulá-las ou respondê-las. Divagam mais e com frequência, abstraindo-se do tema em discussão, fazem perguntas sobre assuntos correlatos, principalmente, ligados à questão afetiva e métodos contraceptivos: “Depois que um homem transa com uma mulher pela primeira vez, ele tem obrigação de cuidar dela para sempre, mesmo que ela não queira, mas por preconceito dos pais?”; “O que o homem e a mulher devem fazer para que a relação dê certo?” Há uma forte tendência ao interesse por assuntos relacionados aos bebês, nascimento, vida intra-uterina: “Porque saiu uma água branca dos seios das mães?”; “Bebida alcoólica faz mal para o bebê?”

Os adolescentes são mais objetivos, menos prolixos, se interessam pelos assuntos ligados à questão física, a masculinidade, e são menos atentos a detalhes: “Um homem pode fazer sexo por 24 horas?”; “Sexo anal causa doenças?”; “Masturbação interfere na vida sexual?”.

Os achados são coerentes com pesquisas da área (Afonso, 2001; Hernández, 2000; Portella, 2004). Em pesquisa realizada entre adolescentes de 14 a 20 anos em Belo Horizonte, Afonso (2001, p.215) destaca que “(...)as mulheres respondem melhor às questões sobre contracepção e os homens a questões sobre doenças sexualmente transmissíveis”.

Em nosso estudo as perguntas ligadas ao relacionamento sexual e gravidez foram abundantes entre as adolescentes: “A primeira vez engravida?”; “Quanto tempo o esperma dura no corpo da mulher?”; “A mulher pode engravidar quando está menstruada?”; “É normal ter dor durante a relação?”

Em relação às DST e AIDS as meninas foram menos questionadoras, em contrapartida mobilizaram-se para perguntas sobre métodos contraceptivos, manifestando preocupações sobre o uso correto e a segurança dos mesmos: **O diafragma é seguro? Como se usa a pílula? Pílula é um método seguro para adolescente? A tabelinha pode falhar?** Entre os adolescentes do sexo masculino predominam as questões relacionadas às doenças e a masculinidade: **“A mulher pode beber o esperma?”; “Sexo anal causa doença?”; “A masturbação é prejudicial, ‘dá’ espinha?”; “Existe um doença chamada Síndrome do Sexo?”**

A natureza das questões colocadas pelos adolescentes nos faz refletir a respeito do processo de socialização nas sociedades contemporâneas, principalmente na família, que ainda é marcado pela clássica divisão de papéis segundo o gênero. Estudos como o de Oliveira et al. (2000) apontam para a clássica distribuição em relação às responsabilidades reprodutivas, cabendo às mulheres mais responsabilidades e aos homens mais autonomia. Em pesquisa realizada entre adolescentes de 14 a 20 anos em Belo Horizonte, Afonso (2001) destaca que no que se refere à temática da anticoncepção: **“(...) as mulheres mostram scores de informação mais altos do que os homens, talvez por que sejam, em nossa cultura, consideradas responsáveis pela questão da concepção e da contracepção”**. Em pesquisa no município de Duque de Caxias no Rio de Janeiro, Portella et al. (2004) destacam que a contracepção é percebida pelos homens como responsabilidade feminina, o que os levam a não conversar ou negociar o seu uso com as parceiras.

A proposta do jogo poderá preencher tal lacuna, podendo ser o momento de aproximação e disputa feita de maneira saudável, fazendo com que todos os participantes possam alcançar ganhos significativos que estão além do simples prazer de jogar e competir. O fato de meninos e meninas jogarem e competirem no mesmo espaço garante a representação dos sexos, podendo ter resultados positivos para as relações de gênero (Cruz & Carvalho, 2006).

As cartas do jogo: elaborando os baralhos

Uma vez analisadas, as informações foram incluídas no jogo de maneira lúdica e criativa, evitando, por exemplo, desenhos e textos que trouxessem informações equivocadas, como também o uso do grotesco. Ao final foram selecionadas 80 perguntas contendo as respectivas respostas,

distribuídas nas seguintes temáticas: sexo e sexualidade, DST/AIDS, gravidez e métodos contraceptivos. Desse modo, as dúvidas poderão ser compartilhadas entre os e as adolescentes, na tentativa de propiciar uma reflexão acerca da clássica divisão de assuntos femininos e masculinos que possa contribuir para o estabelecimento de relações mais igualitárias entre os gêneros.

Todas as respostas foram analisadas por dois ginecologistas, uma psicóloga e uma socióloga para garantir correção científica, linguagem acessível aos jovens e objetividade, evitando textos longos e cansativos. Além do tema principal do projeto, foi de escolha dos próprios adolescentes incluírem assuntos que se apresentam em seu cotidiano. Foram elaboradas 12 cartas, que constituiriam o baralho “Reflexão” abordando o uso do preservativo, a decisão em relação à primeira relação, a virgindade, o uso de drogas, violência dentre outros.

Os locais da Vila Cafezal que foram destacados pelos adolescentes compuseram o baralho de cartas locais: posto de saúde, escola, igrejas católica e protestantes, drogarias, a caixa d’água, o banquinho em frente à praça, a praça de esportes e as associações beneficentes. Os adolescentes criaram textos e imagens para representá-los. Os textos frisam a questão da não violência: “não é um local perigoso”; “não tem violência lá”; “não é um lugar violento”; “não tem brigas lá”. Tal fato nos remete para a preocupação dos mesmos em quebrar a visão recorrente que o local é violento e perigoso. Em vários momentos a descrição no grupo se aproximou muito de estereótipos, perpassadas por questões ideológicas. O papel do coordenador foi relevante no sentido de balizar a discussão e criar um espaço de diálogo para re-significar de forma conjunta os conceitos e símbolos trazidos pelo grupo, instaurando um espaço semelhante ao Círculo de Cultura.

Protótipo do Jogo TransAção

O jogo é composto de: oito pinos coloridos, um dado, oito ônibus, um tabuleiro, cartas perguntas e respostas (baralho verde), cartas de reflexão (baralho azul), cartas de locais (baralho roxo). Podem participar no mínimo duas pessoas ou duas duplas e no máximo oito pessoas ou quatro duplas. As cartas de perguntas e respostas (baralho verde) e as cartas de reflexão (baralho azul) devem ser embaralhadas juntas e dispostas com o texto virado para baixo em lugar acessível para todos os jogadores, formando um monte. O baralho de locais (baralho roxo) deve ser colocado

também em local acessível para todos os jogadores. Os ônibus devem ser colocados no tabuleiro em local reservado correspondente a casa “Ponto de Ônibus”. Os pinos coloridos serão posicionados na entrada, sendo cada cor correspondente a um jogador ou uma dupla. Inicia-se o jogo com cada participante lançando o dado, sendo que aquele que alcançar o maior número dará início ao jogo. A partir disso o jogo deve seguir em sentido horário. Vencerá o jogo aquele jogador ou dupla que chegar primeiro na última casa. É necessário que o jogador ou dupla tire o número exato de casas até atingir a casa final. Se faltarem cinco casas e o jogador ou dupla tirarem seis no dado, eles deverão voltar uma casa e assim por diante. O jogo poderá continuar se os outros participantes quiserem disputar o segundo e terceiro lugares.

Jogando e fazendo uma leitura crítica do jogo

Respeitadas as etapas metodológicas propostas pelo grupo de pesquisa, chega o momento de o jogo passar pelo primeiro crivo dos adolescentes.

Durante o jogo realizado em duplas (um menino e uma menina), os adolescentes decidiram que as questões sobre assuntos como métodos contraceptivos, gravidez, por serem do universo feminino, deveriam ser respondidas por meninas. A intervenção dos pesquisadores nesse momento foi a de sugerir que os meninos é que deveriam responder, podendo antes discutir a resposta com a menina. A sugestão foi aceita pelo grupo e motivou o diálogo e troca de informações, contribuindo para reforçar a perspectiva interativa que o jogo pode despertar e exemplificando a importância do papel do coordenador como mediador no processo ensino aprendizagem (Freire, 1974). No espaço da saúde, Stotz & Valla (1994) sugerem que os profissionais de saúde sejam agentes facilitadores e mobilizadores, possibilitando o intercâmbio entre o saber científico e o popular (Briceno-leon, 1996). Torres et al. (2003) destacam as vantagens citadas pelos profissionais de saúde que trabalham com jogos educativos, dentre elas a contribuição para a formação técnica da equipe multiprofissional. Tal recomendação foi incluída no manual de instruções que acompanha o jogo e que poderá auxiliar os professores e profissionais de saúde no uso do material.

Durante o processo foi criado um espaço descontraído e prazeroso. Segundo Schall (2002) este ambiente é fundamental para maximizar os potenciais que facilitam a dinamização do

conhecimento. Ao desenvolverem uma atividade lúdico pedagógica, mediada pelo uso de um jogo, junto a puérperas, Fonseca et al. (2002) apontam que a descontração da brincadeira e do ato jogar garantiu a liberdade verbal, diminuindo o medo das mães expressarem suas dúvidas e anseios. Postura semelhante foi percebida em nosso estudo. Ao constatarem que as dúvidas, os anseios e curiosidades eram compartilhados por outros membros do grupo, os adolescentes se sentiam mais a vontade para expressar opiniões, fazer questionamentos e relatar experiências.

Considerações Finais

Ao final do processo evidenciou-se a viabilidade de se desenvolver atividades de educação em saúde, de maneira descontraída e criativa, estimulando a participação efetiva do público alvo e tratando-os como sujeitos históricos e não como “caixas vazias”. A participação juvenil é uma estratégia eficaz de promoção do desenvolvimento, uma vez que fortalece a auto-estima, a assertividade e a construção do projeto de vida. Nos serviços de saúde, a participação ativa e autônoma de adolescentes e jovens no planejamento, na execução e na avaliação das ações contribui decisivamente para a eficácia, a resolução e o impacto social delas. (Brasil, 2005)

É importante que o serviço de saúde reflita sobre o seu papel frente às iniciativas juvenis, considerando sua responsabilidade de promover a saúde no âmbito comunitário. Segundo Ruzany (2008) para que seja possível outro enfoque sobre o adolescente, é preciso que a sociedade valorize seu potencial de contribuição e o apóie, permitindo que seus pensamentos, desejos, idéias e críticas sejam ouvidos. Uma vez que existe uma barreira cultural na sociedade brasileira de se tratar sexo e sexualidade nas esferas da família e da escola, campos que deveriam proporcionar a abertura ao diálogo sobre o tema, o jogo potencializa a conversa a respeito do assunto entre os próprios adolescentes, baseando-se em informações científicas de qualidade.

Segundo Brougère (2002) o jogo em si não é uma situação educativa, mas ele pode gerar uma experiência com efeitos educativos. No presente estudo o jogo, não é tido como um fim em si mesmo, mas, antes, um instrumento para potencializar a comunicação e a reflexão entre adolescentes e os profissionais de saúde, os pais e os educadores.

Tal potencialidade estaria ligada menos ao caráter informativo do material produzido, mas, sobretudo, na dialogicidade, tanto no âmbito do processo de produção quanto no uso do material – que atuaria no sentido de reforçar o vínculo entre profissionais de saúde e usuários, no caso específico, os adolescentes. Na obra “*Por uma Pedagogia da Pergunta*”, Freire (1985), demonstra a importância de se trabalhar o vínculo no processo de aprendizagem. No campo da sexualidade, pode-se utilizar o recurso dos jogos para problematizar e polemizar a respeito das práticas e vivências dos adolescentes. A criação de um espaço lúdico contribui para a construção do conhecimento bem como ampliar a possibilidade da instauração de novos vínculos entre os profissionais da saúde e os adolescentes.

Referências Bibliográficas:

- ABDUCH, C. Grupos Operativos com Adolescentes. **Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento**, v.1. Brasília, DF, agosto, 303p. , 1999.
- AFONSO, M. L. M. **Oficinas em dinâmicas de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Campo Social, p.(67, 99, 238), 2003.
- ALTMANN, H. Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis, v. 9, n. 2, 2001.
- AMARO, S. et al. Kalêdo, a new educational board-game, gives nutritional rudiments and encourages healthy eating in children: a pilot cluster randomized trial. **Eur J Pediatr**. 165: 630-635, 2006.
- AVEDON, E. M. & SUTTON-SMITH, B. **The study of games**. New York: John Wiley & Sons, 1971.
- BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não utilização de anticoncepcionais na adolescência. **Revista de Saúde Pública**, vol. 26, n. 6, p. 437-443, 1992.
- BRANDÃO, C. R. (Org.) **Pesquisa participante** (5ª ed.). São Paulo: Brasiliense, 1985
- BRASIL, MEC. **Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental / introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília: MEC/SEF, 1998.
- _____, MEC. **Parâmetros Curriculares Nacionais: Temas Transversais**. Brasília: MEC/SEF, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.
- BRICENO-LEON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cadernos de Saúde Pública**, 12:7-30, 1996.
- BROUGÈRE, G. Jeu et Loisir comme espaces d'apprentissages informels. **Education et Sociétés**,

10, 2002.

BUENO, S. M. V. **Educação preventiva em sexualidade, DST–AIDS e drogas nas escolas**. Tese (Livre docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

CRUZ, T. M.; CARVALHO, M. P. de. Gender play: break time in a primary school. **Cad. Pagu**, Campinas, n. 26, 2006.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; MELLO, D. F. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 166-171, 2002.

FREIRE, P. **Educação como Prática da Liberdade**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1974.

_____. **Ação Cultura para a Liberdade e Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1976.

_____. **Por uma pedagogia da pergunta**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 3ª Edição, 1985.

GUIMARÃES, A. M. D. N.; VIEIRA, M. J.; PALMEIRA, J. A. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. **Rev. Latino–Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, 2003.

HERCOWITZ, A. **Gravidez na adolescência**. *Pediatria Moderna*. São Paulo, V. 38 (8): 392–395, 2002.

HERNÁNDEZ, R. H. **Conocimientos sobre sexualidad humana en jóvenes de 18 a 20 años de edad de ambos sexos que trabajan**. Un estudio desde la perspectiva de los procesos de socialización. *Adolescencia y Salud* 2000. Disponível em: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ayas/2n2/v2n2.html>. Acessado em: 10 de novembro de 2008.

HUIZINGA, J. **Homo ludens: o jogo como elemento da cultura**. Tradução de J. P. Monteiro. São Paulo: Perspectiva, 1981.

KISHIMOTO, T. M. O jogo e a educação infantil. São Paulo: Pioneira, 1994. In: _____. **Jogo, Brinquedo, Brincadeira e Educação**. São Paulo, Ed. Cortez, 2008.

MACEDO, L. Os jogos e sua importância na escola. **Cad. Pesq.**, n. 93, p. 5-10, 1995.

MACHADO, M. F. A. S.; MONTEIRO, E. M. L. M.; QUEIROZ, D. N.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS; uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12 (2); 335-342, 2007.

MITCHELL, A., & SAVILL-SMITH, C. (2004). **The use of computer and video games for learning: A review of the literature**. Learning and Skills Development Agency. Retrieved May 4, 2005, from <http://www.lsda.org.uk/files/PDF/1529.pdf>

MOHR, A. Análise do conteúdo de “Saúde” em livros didáticos. **Ciência e Educação**, Bauru, vol. 6, n. 2, p. 89–106, 2000.

MONTEIRO, S.; REBELLO, S.; SCHALL, V. Jogando e aprendendo a viver: uma abordagem da Aids e das drogas através de recursos educativos. In: **Drogas e Aids: estratégias de redução de danos**. São Paulo: Ed. Hucitec, p. 133–146, 1994.

- NOGUEIRA, M. J. **O que você vai ser quando crescer**: sexualidade, gênero e maternidade adolescente. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Belo Horizonte, 2006.
- OLIVEIRA, M. C. F. A.; BILAC, E. D.; MUZSKÁT, M. Homens e Anticoncepção: um estudo sobre duas gerações masculinas das camadas médias paulistas. In: XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais., 2000, Caxambu. **Anais do XII Encontro Nacional de Estudos Populacionais**. Brasil 500 anos: Mudanças e Continuidades, 2000.
- PAPERNY, D. M., STARN, J. R. Adolescent pregnancy prevention by health education computer games: computer-assisted instruction of knowledge and attitudes. **Pediatrics**. 1989 May; 83(5): 742-52, 1989.
- PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2000.
- PINTO, H. D. S. A individualidade impedida: adolescência e sexualidade no espaço escolar. IN: AQUINO, J. G. **Sexualidade na escola**: alternativas teóricas e práticas. 3ª ed. São Paulo, Summus, p.97–105, 1997.
- PORTELLA, A. P. (et al.). **Homens – Sexualidades, Direitos e Construção da Pessoa**. Recife: SOS Corpo, 2004.
- RENA, L. C. B. **Ações educativas em sexualidade**: limites e possibilidades da intervenção psicossociológica em grupos de adolescentes. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, Belo Horizonte, 1999.
- RESTREPO, H. M. **Promoción de la Salud**: Como Construir Vida Saludable. Bogotá: Editora Médica Internacional, 2001.
- RUZANY, M. H. Atenção à Saúde do Adolescente: Mudança de Paradigma. In: Maria Helena Ruzany; Eloisa Grossman. (Org.). **Saúde do Adolescente**: Competências e Habilidades. Brasília: Ministério da Saúde, p. 21-25, 2008.
- SALLAS, L. F. e QUINTANA, A. M. A sexualidade enquanto tema transversal: educadores e suas representações. **Revista do Centro de Educação**; n. 19, 2002
- SCHALL, V.; MONTEIRO, S.; REBELLO, S.; TORRES, M. Evaluation of the zig-zags game: an entertaining educational tool for HIV/AIDS prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 107-119, 1999.
- SCHALL, V. T. A prevenção da Aids e do uso indevido de drogas a partir da infância e da adolescência: Uma abordagem lúdico-afetiva.. In: ACSELRALD, G. (Org.). **Avessos do Prazer**: Drogas, AIDS e Direitos Humanos. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2002
- SCHALL, V. T. Educação em saúde no contexto brasileiro – Influências sócio–históricas e tendências atuais. **Educação em Foco**, Belo Horizonte, V.1 (1):41–58, 2005.
- SILVA, L. I. C. et al. . Diferenças de gêneros nos grupos de brincadeira na rua: a hipótese de aproximação unilateral. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, 2006.
- SILVA, M. P. e CARVALHO, W. L. P. O estudo do tratamento da informação nos livros didáticos das séries iniciais do ensino fundamental. **Ciência e Educação**, Bauru, vol. 11, n. 1, 2005.

TORRES, H.C.; HORTALE, V.A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.4, p.1039-47, 2003.

STOTZ, E. N. & VALLA, V. V. Saúde pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. **Educação, Saúde e Cidadania**, pp. 99-123, Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

VILLELA, W. V. e ARILHA, M. Sexualidade, gênero e direitos sexuais e reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (org.). **Panorama da Saúde reprodutiva no Brasil**. São Paulo: Ed. UNICAMP, 2003.

VYGOTSKY, L. S. **Formação social da mente**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1984.

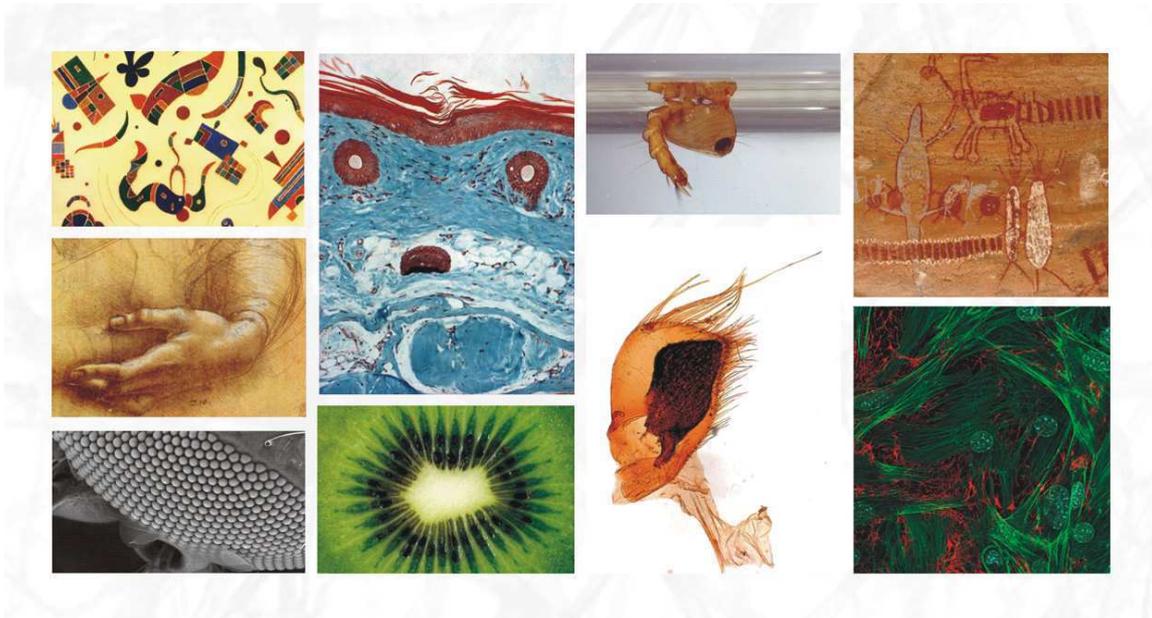
WEREBE, M. J. G. **Sexualidade, política e educação**. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 217p, 1998.

WIDEMAN, H.H.; OWNSTON, R.D.; BROWN, C.; KUSHNIRUK, A.; HO, F.; PITTS,, K.C. Unpacking the potential of educational gaming: A new tool for gaming research. **Simulation & Gaming**, v. 38, No. 1, 10-30, 2007.

5.8 “Dó, Ré, Mi, Fá. zendo” arte com massinhas: Oficinas educativas com adolescentes da Vila Cafezal – Belo Horizonte/MG.

Resumo

Segundo dados do IBGE (2001), 21% da população brasileira encontra-se na faixa dos 10 aos 19 anos, sendo 50,4% do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino. Estudos apontam que muitos desses jovens ainda não têm acesso a informações e serviços adequados no âmbito da saúde sexual e reprodutiva que garanta aos mesmos o exercício da sexualidade de maneira segura e responsável. Na interface entre a saúde, a educação e as questões da sexualidade, buscou-se refletir sobre intervenções que possam aumentar o acesso e o uso de **Tecnologias de Informação e Comunicação** (TIC) na área da saúde coletiva. Acredita-se ser de fundamental importância o desenvolvimento de projetos que estimulam as capacidades críticas e criativas, encorajando a participação e a mobilização da população alvo no **design** e produção de novas tecnologias. Desse modo, como recurso pedagógico, utilizou-se as oficinas de animassinha para a criação de pequenos filmes em desenho animado, usando massinha de modelar e sistema digital para captação e edição do material. A concepção da oficina situa-se no campo da participação no processo de produção midiática e o processo é considerado tão importante quanto o resultado obtido. É, por meio do processo de produção, que os participantes travam contato com os elementos de linguagem, necessários à construção de sentido simbólico. Apropriando-se da tecnologia, definem o que mostrar e a melhor maneira de expressar suas idéias. Neste processo, estão envolvidos diversos saberes: botar a mão na massa; inventar personagens, cenas, ruídos; construir a narrativa. Os vídeos foram realizados por um grupo de adolescentes que fazem parte do Projeto “Amigos do Cafezal”, que tem como proposta mais ampla a discussão de questões referentes a sexo e sexualidade com adolescentes de 10 a 14 anos, moradores da Vila Cafezal. Foram produzidos 04 vídeos animados. Os temas foram escolhidos pelos adolescentes e ressaltam suas preocupações cotidianas: uso de drogas, uso do preservativo, gravidez indesejada, DSTs. A metodologia participativa foi enriquecedora, uma vez que os adolescentes se colocaram como atores no processo de produção possibilitando que o produto final refletisse as preocupações, dúvidas e anseios do próprio grupo.



Memórias do Simpósio
Ciência e Arte 2006

Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro

Equipe do Simpósio Ciência e Arte 2006

Coordenação geral do evento

Luisa Massarani (Museu da Vida/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz) e Tania Araújo-Jorge (Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Comissão organizadora

Andréia S. de Souto (Inst. Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Angela M. Coutinho (Cefet-Química de Nilópolis)
Bruno Buys (Museu da Vida/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Carla Almeida (Museu da Vida/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Cynthia Mendonça (Inst. Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Débora R.T. Oliveira (Inst. Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Denise F. de Oliveira (Inst. Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Elio Grossman (Inst. Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Fernanda Veneu (Museu da Vida/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Izabel C. N. Araújo (Inst. Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Jane Buena (Museu da Vida/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Leandro L. Xavier (Inst. Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Lucia de la Rocque (Inst. Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Lucia M. Ballester Gil (Inst. Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Marina Ramalho (Museu da Vida/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Marcus Vinicius Campos (Inst. Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Rosane Meirelles (Inst. Oswaldo Cruz/Fiocruz)
Rosângela Rosa (Cefet-Química de Nilópolis)
Suele Maria de Lima (Cefet-Química de Nilópolis)
Thiago Teixeira (Inst. Oswaldo Cruz/Fiocruz)

Participação especial dos monitores do Museu da Vida e do Cefet-Química de Nilópolis

Comissão editorial das Memórias do Ciência e Arte: Lucia de la Rocque, Ildeu de Castro Moreira, Luisa Massarani, Rosane Meirelles e Tania Araújo-Jorge

Editor responsável: Luisa Massarani

Produção editorial e revisão de texto: Fernanda Veneu

Projeto gráfico: Luis Claudio Calvert

Capa: Luis Claudio Calvert sobre arte de Heloisa Diniz

Colaboração: Bruno Buys, Marina Ramalho e Raquel Aguiar

Mais informações sobre o evento no *site*
<http://www.ioc.fiocruz.br/cienciaearte2006/>

ISBN: 978-85-85239-35-0

S612 Simpósio sobre Ciência e Arte (2006: Rio de Janeiro)
Simpósio sobre Ciência e Arte - Memórias do
Simpósio Ciência e Arte 2006 / Luisa Massarani (org.). –
Rio de Janeiro : Museu da Vida/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz, 2007.
92f. ; 28 cm.

ISBN 978-85-85239-35-0

1. Ciência e as artes – Congressos. I. Massarani, Luisa (org.). II. Casa de Oswaldo Cruz. III. Título.

CDD - 501

2007

Museu da Vida/Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz

Av. Brasil, 4365 - Manguinhos - CEP 21045-900 - Rio de Janeiro - RJ - Tel. (21) 3865-2113

e-mail: cestudos@fiocruz.br | <http://www.fiocruz.br/museudavida/>

Dó, Ré, Mi, Fá... zendo arte com massinhas: Oficinas educativas com adolescentes da Vila Cafezal – Belo Horizonte/MG*

54

Introdução

Segundo dados do IBGE (2001), 21% da população brasileira encontra-se na faixa dos 10 aos 19 anos, sendo 50,4% do sexo masculino e 49,6% do sexo feminino. Estudos apontam que muitos desses jovens ainda não têm acesso a informações e serviços adequados no âmbito da saúde sexual e reprodutiva que lhes garantam o exercício da sexualidade de maneira segura e responsável.

Desse modo, na interface entre a saúde, educação e as questões da sexualidade, buscamos refletir sobre intervenções que possam aumentar o acesso e uso de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) na área da saúde coletiva. Acreditamos ser de fundamental importância o desenvolvimento de projetos que estimulam as capacidades críticas e criativas, encorajando a participação e mobilização da população-alvo no *design* e produção de novas tecnologias. Ancoramos nossa intervenção nas abordagens teóricas que compreendem o processo comunicativo como um processo de construção compartilhada, no qual se tornam possíveis as ações e interações entre os sujeitos comunicantes (Querè, 1991). Desse modo, nos aproximamos do paradigma praxiológico, um pouco distante do modelo informacional ou epistemológico, que contém a idéia de que o processo comunicacional é transmissivo, baseado no esquema emissor – mensagem – receptor e busca transmitir a mensagem com eficácia e livre de “ruídos”.

Na mesma linha, Freire (1976) ressalta a necessidade de romper com idéia clássica da prática educacional como um ato de transferência de conhecimento. Por sua vez, na obra de Pichon-Rivière (2000), a noção de aprendizagem está relacionada à apropriação instrumental da realidade, através dos conceitos teóricos, para apreendê-la e modificá-la, uma relação dialética mutuamente modificante e enriquecedora entre o sujeito e o mundo.

Como em Freire (1974), o ensinar e o aprender constituem uma unidade, na qual os papéis de aluno e professor são complementares. Desse modo, os autores percebem os indivíduos como sujeitos de conhecimento, ou seja, possuidores de saberes valiosos e capazes de transmitir conhecimento. Como diria Freire (1974), compartilhar uma “leitura do mundo”, ou, nas palavras de Pichon-Rivière (2000), realizar uma “leitura da realidade”. Rompe-se, assim, com a visão reducionista do ensinar como ato de comunicar saberes e alarga-se sua significação, sendo entendido como um processo que leva os indivíduos à reflexão, ao ato da pergunta e do questionamento.

No paradigma praxiológico, ao reconhecer a importância da construção compartilhada, Querè (1991) evidencia o caráter dialógico, em oposição ao caráter monológico que não serve mais para explicar o processo comunicativo. Não se trata mais de produzir representações similares junto ao comunicador e seu destinatário, é preciso compartilhar para interagir. Nesse momento, o papel do outro passa a ser fundamental. Para o modelo praxiológico não mais existe o mundo pré-definido, passível de representação. Ao contrário, a determinação só é possível a partir de uma ação comunicativa construída na relação com o outro.

O lugar do outro faz surgir o sujeito dialógico, que comunica ao interagir e constrói, na relação, sua prática comunicativa. Pensar a comunicação a partir da existência de sujeitos monológicos ou dialógicos levar-nos-á, sem dúvida, a atribuir-lhe lugares totalmente diversos. Se não podemos, hoje, descartar completamente o paradigma informacional, não podemos deixar de considerar as importantes contribuições do modelo praxiológico, particularmente o caráter dialógico com que o mesmo busca compreender o fenômeno comunicativo.

Partindo do pressuposto de um conhecimento compartilhado e produzido na interação com os sujeitos comunicantes, utilizamos, como recurso pedagógico, as oficinas de animassinha para a criação de pequenos filmes em desenho animado, usando massinha de modelar e sistema digital para captação e edição do material.

Metodologia

Na Vila Cafezal, um bairro integrante do Aglomerado da Serra, região centro-sul de Belo Horizonte, há quatro Equipes de Saúde da Família (ESF). Cada uma cobre uma área com cerca de 2.800 a 3.000 pessoas, ou seja, aproximadamente 600 famílias por equipe. Cada ESF dessa área é formada por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de saúde e cinco ou seis agentes comunitários de saúde (ACS), recrutados na própria comunidade.

Para a realização de nossas atividades contamos com o apoio da ESF Roxa². O trabalho da desta equipe abrange uma área de aproximadamente 800.000 m² de uma região bastante acidentada no Aglomerado da Serra, bairro da região centro-sul de Belo Horizonte (setores censitários 108 e 109 e parte dos 319, microáreas 9, 10, 11, 12 e 13), com uma população de 3.000 habitantes distribuídos em aproximadamente 600 famílias.

Oficinas com grupos operativos

Os vídeos foram realizados por um grupo de adolescentes que fazem parte do Projeto “Amigos do Cafezal” – que tem, como proposta mais ampla, a discussão de questões referentes a sexo e sexualidade. A oficina de sexo e sexualidade foi dirigida para o público adolescente (10 a 14 anos) da área adstrita da Equipe da Saúde da Família, composta por 16 participantes – 5 meninos e 11 meninas. A oficina incluiu 12 encontros realizados no posto de saúde todas as sextas-feiras das 13h às 16h, na quais foram discutidos vários temas em dinâmicas de grupo, além de terem sido realizados exibição de filmes, rodas de conversa etc.

Cada encontro foi conduzido por um profissional da área do tema gerador e acompanhado por outros membros da equipe. Cada encontro foi dividido em três momentos: reflexão do tema gerador, atividade lúdica para despertar interesse e integração do grupo, avaliação (em alguns encontros) e planejamento para a semana seguinte.

² Das oito equipes de Saúde da Família lotadas no Centro de Saúde Cafezal, quatro respondem pelo atendimento da Vila Fátima e quatro pelo atendimento da Vila Cafezal. Para facilitar a sua identificação pelos respectivos usuários, as equipes foram nomeadas com cores diferentes.

Nos 12 primeiros encontros, procuramos sempre, de maneira participativa, agregar conhecimento, propiciar a reflexão sobre temas ligados a sexo e sexualidade, com o objetivo de propor a produção de um material educativo que fosse elaborado por eles e para eles. Ao final desses encontros, o grupo foi subdividido: os adolescentes de 13 e 14 anos ficaram responsáveis pela produção de um jogo educativo que abordasse temas referentes a sexo e sexualidade na adolescência, ao passo que o segundo grupo, de 10 a 12 anos, ficou responsável pela produção dos vídeos animados nas oficinas de animassinha. Nosso objetivo, neste artigo, refere-se apenas à apresentação do trabalho do segundo grupo.

Oficinas de animassinhas

A concepção da oficina se situa no campo da participação no processo de produção midiática e o processo é considerado tão importante quanto o resultado obtido. É através do processo de produção que os participantes travam contato com os elementos de linguagem, necessários à construção de sentido simbólico; apropriando-se da tecnologia, definem o que mostrar e a melhor maneira de expressar suas idéias. Desse modo, nosso objetivo foi produzir desenhos animados utilizando processo artesanal (modelagem de massinha) e tecnológico (captação digital). Embasados em nossos pressupostos teóricos, buscamos, no espaço das oficinas, criar um ambiente de aprendizagem diferente daquele existente na sala de aula convencional, na qual a tecnologia é utilizada como veículo de ensino/aprendizagem. Em vários momentos, procuramos despertar a criatividade dos adolescentes, seu espírito crítico e o senso estético. Em todas as atividades era estimulada a participação em equipe com o cuidado de explorar as potencialidades individuais.

O trabalho foi realizado em quatro etapas.

• **1ª etapa – Discutindo os temas**

Durante os 12 primeiros encontros, procuramos criar um ambiente descontraído para agregar conhecimento e propiciar a discussão acerca dos seguintes temas: gravidez precoce, doenças sexualmente transmissíveis (DST), uso de drogas, métodos contraceptivos, uso do preservativo, o corpo reprodutivo feminino e masculino etc. Através de dinâmicas e de forma participativa, procuramos ressaltar que também fazem parte do corpo as características psicológicas, a história pessoal e as relações que se estabelecem com as pessoas, seu meio social e sua cultura. A participação de ambos os sexos potencializou a discussão da existência de diferenças entre homens e mulheres.

• **2ª etapa – Fazendo roteiros para contar as histórias**

Nesse momento os adolescentes foram incentivados a criar pequenas histórias para que pudessem produzir os vídeos animados. Em grupos de dois ou três (mas de maneira bastante flexível) foram criados 11 roteiros com temas diversos: uso de preservativo, uso de drogas, namoro, primeira relação sexual etc.

• **3ª etapa – Criando os personagens e cenários**

Com o roteiro em mãos os meninos e meninas criam os personagens e cenários nos quais as histórias transcorreram. Para tal finalidade foi realizada uma oficina de massinha, na qual foram repassadas técnicas para confecção de personagens e objetos. Da bolinha de massinha fizeram um retângulo que poderia virar o fogão, a geladeira, a bolsa etc. Da “coxinha de massinha” criaram o corpo da menina, o vaso de flor. Dependendo da criatividade e da necessidade, as formas abstratas foram ganhando cores e contornos definidos e se tornaram personagens e cenários para contar as histórias que eles criaram.

• **4ª etapa – Gravando os vídeos**

O primeiro passo é conhecer as possibilidades técnicas com as quais o grupo vai lidar. Desse modo, são apresentados para os alunos os recursos técnicos: computadores, câmera digital, televisão, equipamentos de som e tudo o que é necessário para produzir desenhos animados. A técnica é simples: ao ordenar fotografias em seqüência, com pequenas diferenças entre elas, cria-se a ilusão do movimento.

Considerações finais

No que se refere à dinâmica das oficinas como recurso pedagógico, as mesmas revelaram um excelente potencial, criando um ambiente descontraído que possibilitou a criatividade e o desenvolvimento da linguagem e da fala. As narrativas foram construídas buscando as dimensões do cotidiano e ressaltando as preocupações e dúvidas dos adolescentes.

O primeiro ponto que gostaríamos de ressaltar é a importância do espaço e do lugar do outro em nossa intervenção. Tentando manter os pressupostos de uma abordagem dialógica e reflexiva, os adolescentes foram colocados como os sujeitos históricos e da ação. A produção e transmissão de conhecimento foram pensadas de forma compartilhada.

Em alguns momentos, ficou evidente que para os adolescentes aquele espaço não poderia estar identificado com o ambiente da escola. Os adolescentes traziam, interiorizada, a cultura disciplinar da escola que se expressa de forma vertical, em dispositivos objetivos como a figura do professor, os olhares de censura, o sinal que demarca o tempo, o espaço para as atividades etc. Do mesmo modo, a sanção normalizadora presente nos instrumentos de punição e recompensa ainda são marcas do nosso saber disciplinar – que cria marcadores para corrigir e reduzir comportamentos desviantes que se objetivam em leis, programas e regulamentos que modelam a identidade dos sujeitos. É isso o que os adolescentes não queriam encontrar e o que reforçou ainda mais nossa proposta de criar um ambiente que fosse diferente do aprendizado tradicional, como questionado por Freire (1974).

Rompeu-se com o paradigma tradicional? Ainda não, mas acreditamos que demos passos em busca de um processo aprendido menos domesticador, menos adestrado. A tentativa de romper com os pressupostos teóricos já descritos por Foucault (1987) (vigilância hierárquica, sanção normalizadora e exame) guiaram nossa conduta e direcionaram nossa prática, tentando nos aproximar dos círculos de cultura nas bases da teoria freiriana, reconstruindo as categorias tempo e espaço. É válido destacar que circularizar a relação não deve ser reduzido à disposição de pessoas ou objetos em círculo, mas antes estar pautado na escuta do outro que pode estar ao lado ou à frente, mas nunca impedido de uma comunicação face a face (Freire, 1974).

Ficou demarcado que ao final do processo lúdico os adolescentes incorporaram importantes requisitos para o processo de aprendizado: atitude, interatividade, concentração e motivação. O grupo demonstrou prazer na construção coletiva do fazer, do brincar e do criar e recriar a arte. É válido destacar que a arte, em seu potencial de expressão estética, possibilita a explicitação de criatividade e sentimentos quando é garantido àquele que produz, objetos narrativas, cores e texturas, exteriorizar a sua subjetividade. Desse modo, o espaço da oficina se revelou como ambiente potencializador para o resgate da auto-estima, possibilitando a criação, a produção e o fazer arte.

• Referências

- FOUCAULT, M. *Corpos dóceis*. In: FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir*. 6. ed. Petrópolis. Vozes, 1987.
- FREIRE, P. *Educação como Prática da Liberdade*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.
- FREIRE, P. *Ação Cultura para a Liberdade e Outros Escritos*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- PICHON-RIVIÈRE, E. *O Processo Grupal*. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- QUERÊ, L. *De um modelo epistemológico da comunicação a um modelo praxiológico*. Trad. de Vera Lúcia Westin e Lúcia Lamounier. Mimeo, 1991.

5.9 Qualé, Papai! Ensaio fotográfico que propõe uma leitura dos temas relacionados à paternidade adolescente

Com o objetivo de ampliar o debate acerca da paternidade adolescente no âmbito das políticas públicas de saúde, bem como no meio acadêmico, será lançada a exposição “**QUALÉ, PAPAII!**”: um ensaio fotográfico que propõe uma leitura dos temas relacionados à paternidade adolescente. As fotos foram feitas em oficinas com os adolescentes do projeto “Amigos do Cafezal” e refletem o olhar e as impressões dos meninos – pais na adolescência –, dos Pesquisadores do “Projeto Amigos do Cafezal” e de um fotógrafo convidado. São painéis fotográficos e uma instalação retratando o cotidiano de pais adolescentes, acompanhados por textos que expressam o sentimento dos mesmos diante da paternidade precoce. Os textos foram extraídos das entrevistas realizadas durante a realização da fotos (Anexo 7).

A exposição percorrerá as nove regiões de Saúde de Belo Horizonte, em locais alternativos como escolas, postos de saúde e centro de convivência – realizando, paralelamente, rodas de conversa, debates, palestras e exibição de vídeo –, instigando o debate acerca da temática. (Anexo 8).

“No começo eu não queria participar do projeto. Não tinha jeito com adolescente, nem me interessava pelos seus problemas e sempre dizia que eles eram muito chatos. Nos primeiros encontros eu só participava pra não deixar a Maria sozinha. Mas com o passar do tempo eu aprendi a gostar dos meninos e a participar com entusiasmo. Nos encontros aconteceram muitas coisas boas e algumas ruins. Hoje eu tenho uma outra visão dos adolescentes, dos seus conflitos e problemas, pequenas para algumas coisas e grande demais para outros que às vezes confunde até os adultos. Às vezes eu penso e tenho atitude de adolescente, mas alguém me coloca na realidade. Hoje eu sou referência para os adolescentes e também para os pais que me procuram para discutir vários assuntos. E hoje eu amo de coração os meus meninos e também o projeto “Amigos do Cafezal”. Amo a minha camisa e todas as amizades que conquisei durante o projeto. E agora eu estou capacitada para ajudar e entender os adolescentes. Obrigada por toda a paciência que todos vocês: Maria, Héilton, Samuel e os meninos tiveram comigo.” ACS.

6 Considerações Finais

A realização desse estudo envolveu uma pesquisa que integra epidemiologia, investigação participativa e intervenção social com construção compartilhada de uma estratégia na área da educação e saúde e materiais educativos. Ressalta-se que a produção de conhecimento acerca da distribuição da gravidez na adolescência no município de Belo Horizonte poderá contribuir para reorientar e subsidiar as políticas públicas para o público adolescente, principalmente no que se refere à saúde sexual e reprodutiva. Os gestores municipais devem estar empenhados na formatação de estratégias e ações direcionadas para as especificidades locais, no sentido de viabilizar a aplicabilidade de recursos, bem como permitir uma melhor eficácia das propostas implementadas.

Coloca-se como possibilidade a partir desse estudo a elaboração e implementação de práticas educativas nos serviços de saúde, principalmente na atenção primária, que possam atrair e alcançar a adesão dos adolescentes, um público que normalmente procura esses espaços para aspectos relativos a agravos ou demandas curativas.

É preciso criar ou recriar, entre os profissionais de saúde e os adolescentes, um vínculo para que os mesmos reconheçam os locais instituídos da saúde como espaços da promoção. No caso dos adolescentes do sexo masculino, tal demanda torna-se ainda mais urgente, uma vez que aspectos culturais em nossa sociedade atrelam os cuidados da saúde às mulheres, colocando os homens mais vulneráveis a uma série de agravos. A saúde dos homens coloca-se como desafio no cenário atual. As questões da saúde e doença desse público, necessitam ser mapeadas no sentido de melhor responder às suas demandas. Acredita-se que o envolvimento e a motivação para o cuidado com a saúde, quando incentivado na fase da adolescência, poderá contribuir para consolidar uma prática cultural de cuidado na vida adulta. Os adolescentes estão mais propensos a construir e consolidar hábitos mais saudáveis, uma vez que ainda não detêm hábitos e comportamentos arraigados. São mais flexíveis e maleáveis para incorporar novas atitudes que contribuam para a melhor qualidade de vida.

Acredita-se que o estudo contribuiu para preencher uma lacuna existente nos serviços de saúde quanto ao desenvolvimento e implementação de práticas cotidianas que envolvam a comunidade e os profissionais de saúde e que incorporem e motivem os adolescentes de ambos os

sexos, a procurarem estes espaços. O desenvolvimento de uma estratégia pautada no diálogo e na participação apresenta-se como alternativa para o trabalho nos centros de saúde.

As oficinas pensadas de forma compartilhada revelaram uma excelente alternativa. O ambiente descontraído possibilitou o exercício da criatividade e o desenvolvimento da linguagem e da fala. As narrativas foram construídas buscando as dimensões do cotidiano e ressaltando as preocupações e dúvidas dos adolescentes. Acredita-se que foi dado um passo na construção de uma cena social e discursiva com uma configuração que não se constituísse em um “pólo que sabe e tem a prerrogativa de ensinar e outro pólo que necessita aprender” (Meyer et al., 2006), distante também do modo de fazer sintetizado pela frase “a gente ensina, você aprende” tão familiar nos programas e campanhas em educação e saúde. (idem).

A potencialidade da investigação participativa como momento de troca, na qual os participantes possam efetivamente ser colocados no lugar de sujeitos da construção do conhecimento, expressando valores, idéias, afeto, crenças e sentimentos foi também destacada por Fonseca e et al. (2002). As autoras destacam as potencialidades da construção de conhecimento e troca de experiências entre puérperas, através da utilização de um jogo educativo.

No mesmo sentido, Souza et al. (2003), no desenvolvimento compartilhado de impressos como estratégia de educação e saúde junto a trabalhadoras de escolas da rede pública do Estado do Rio de Janeiro, destacam os aspectos positivos da produção compartilhada de materiais educativos. O mural produzido pelas trabalhadoras pode ser considerado como um recurso educativo que reflete a realidade das mesmas, informando e permitindo a reflexão.

Neste estudo na elaboração do jogo educativo destaca-se como vantagem o fato do mesmo ter sido produzido de forma participativa e descontraída, estimulando a criatividade e o envolvimento dos participantes. Tal fato aumenta a potencialidade do material em refletir os anseios, as dúvidas e as curiosidades dos adolescentes.

O envolvimento dos adolescentes na atividade educativa propiciou a troca de experiências acerca dos temas em discussão. Ao perceberem que as dúvidas, os anseios e curiosidades eram compartilhados por outros membros do grupo, os adolescentes se sentiam mais a vontade para expressar opiniões, facilitando, assim, o processo de aquisição de conhecimento. No mesmo sentido, ao desenvolver uma atividade lúdico pedagógica, mediada pelo uso de um jogo junto a

puérperas, Fonseca et al., (2002) apontam que a "brincadeira" e "o jogar" garantiram a liberdade verbal, diminuindo o medo das mães se exporem.

Uma vez que existe uma barreira cultural na sociedade brasileira em tratar sexo e sexualidade nas esferas da família e da escola (campos que deveriam proporcionar a abertura ao diálogo sobre o tema), o jogo potencializa a conversa a respeito do assunto entre os próprios adolescentes, baseando-se em informações científicas de qualidade. Assim, o jogo se mostra como uma forma de adequar a conversa dentro dessas esferas, promovendo uma educação não formal a respeito da temática.

O jogo possibilita a criação de contextos interacionais, nos quais professores e alunos, participantes e profissionais de saúde possam construir conjuntamente significado sobre o mundo no qual estão inseridos, possibilitando um processo pedagógico entre professores/profissionais de saúde e alunos que se assemelha ao "círculo de cultura". O jogo educativo poderá também preencher a lacuna de troca de conhecimento entre meninos e meninas.

Fazer uma leitura da maternidade e paternidade na adolescência implica em contextualizar, e não simplesmente adjetivá-las como problemáticas e indesejadas. É necessário dar voz aos sujeitos sociais para compreendermos as motivações, os valores e normas, ou seja, a racionalidade que guia a conduta dos indivíduos nos vários contextos.

Deve-se considerar as experiências afetivo-amorosas dos sujeitos e o contexto sócio-histórico em que se formatam o ficar, o namorar, a primeira relação sexual, a paternidade e a maternidade. Adolescentes, homens e mulheres, não podem ser tidos como categorias homogêneas e estanques. Tal fato contribui, por exemplo, para o que se denomina criticamente de "discurso especializado sobre a gravidez adolescente" que enfoca os aspectos negativos do fenômeno.

Dessa forma, a importância da educação em saúde fica evidenciada no âmbito da construção de um conhecimento que favoreça o desenvolvimento de homens e mulheres, sem se preocupar apenas com questões ligadas aos aspectos médicos e biológicos. É importante tratar do sexo para além da sua função meramente reprodutiva. O direito ao exercício de uma sexualidade prazerosa e sadia só pode ser realidade se acompanhada de informações adequadas, bem como de espaços para reflexão e diálogo.

É preciso pensar, refletir e produzir soluções de comunicação capazes de concorrer com o discurso dominante, na qual os sujeitos sociais, neste caso os adolescentes, possam "ter acesso" a

outros discursos e serem capazes de criticamente usarem as informações. Desse modo, as políticas de intervenção na área da saúde devem incorporar aspectos da dimensão social e cultural das práticas cotidianas. A informação e a educação, por si só, não resolvem tal problema, ou seja, na elaboração de estratégias educativas devemos considerar que, ao tomarem suas decisões, os indivíduos não se baseiam somente no cálculo racional, mas antes são influenciados pelas condições materiais e simbólicas do contexto no qual estão inseridos.

Deve-se pensar em incorporar nas práticas cotidianas da atenção primária, estratégias e ações que incorporem um conceito mais amplo de integralidade. Como ressalta Costa (2003), no momento de traduzir integralidade ficamos restritos a uma generalidade: “(...) **assistência em todas as necessidades e em todas as fases da vida**”. Ao discutir a oferta de assistência integral, deve-se considerar o ser humano como o centro da assistência, adotar uma visão holística do ser humano, buscar a equidade no atendimento e romper com a assistência médico-assistencial, procurando interferir nas condições gerais de vida da população (Tanaka & Castro, 1998).

Segundo Teixeira et al.(2003), a noção de integralidade deve ser observada na dimensão da integralidade dos sistemas de Saúde bem como das práticas de saúde. A autora reconhece as dificuldades estruturais e conjunturais para a construção de um modelo assistencial pautado na integralidade. Embora o Programa de Saúde da família, criado em 1995, e considerada como uma estratégia de mudança do modelo de atenção a saúde no SUS, tenha como “imagem-objetivo” a integralidade das ações e serviços, ainda existe um longo percurso para sua efetividade.

Segundo Teixeira et al. (2003) o programa compete com um “modelo médico assistencial hospitalocêntrico e privatista” e enfrenta a resistência de vários atores implicados na sua reprodução, no entanto, superar este processo de medicalização e promover o redirecionamento da atenção voltada para o cuidado, para a ética do acolhimento e estabelecimento de vínculos ente os atores envolvidos é fundamental para avançar na constituição de novos sujeitos das práticas de saúde, (Teixeira et al., 2003).

Ao final do processo, reforça-se a motivação no sentido da viabilidade de se desenvolver atividades de educação em saúde de maneira descontraída e criativa, estimulando a participação efetiva do público alvo e tratando-os como sujeitos históricos, situados em um tempo espaço, que irá determinar um modo de vida peculiar. Deve-se pensar na elaboração e implementação de práticas

educativas, em espaços formais e não formais, que criem e recriem formas e momentos de aprendizado diferentes daqueles existentes nos ambientes convencionais da educação.

Se por outro lado o estudo respalda a potencialidade da metodologia participativa, por outro se deve destacar a limitada capacidade de se fazer generalizações, o que é inerente às pesquisas de cunho qualitativo. Embora a adesão dos adolescentes do sexo masculino tenha sido baixa, uma vez que dos 10 adolescentes convidados, apenas 06 participaram efetivamente dos trabalhos, considera-se essa participação um ganho que lança luz a uma possibilidade de incorporá-los em ações educativas. Ouvir-los e considerar suas demandas foi fundamental para despertar e motivar a participação. Tal fato sinaliza os ganhos dos profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e principalmente os ACS em exercitar a escuta em suas práticas cotidianas. Os agentes comunitários de saúde exercem um papel fundamental para o trabalho com os adolescentes. A facilidade de acesso aos mesmos e o conhecimento da realidade local possibilitam uma relação mais horizontal.

A falta de um conhecimento sistematizado acerca da fase do adolecer, em suas dimensões social, psicológica e biológica não pode ser fator impeditivo para que os agentes comunitários atuem diretamente nas práticas educativas. Acredita-se que a busca do adolescente não se faz pautada em informações científicas. Eles buscam diálogo, acolhimento e, principalmente, serem ouvidos em suas demandas e necessidades.

Quanto às perspectivas que se abrem após o estudo, destacam-se a avaliação e validação do jogo educativo que foi elaborado. Em projeto já aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Metodológico (CNPq) está previsto um processo avaliativo junto a grupos de adolescentes das nove regionais de saúde de Belo Horizonte. Além de avaliar a linguagem, a estrutura e o design do material, serão feitas adaptações nas cartas de discussão e cartas locais para que o jogo reflita a realidade de cada regional. Destaca-se ainda, que está previsto um trabalho integrado entre as escolas municipais e os centros de saúde. Tal interface possibilitará a elaboração e implementação de ações e estratégias em ambos os espaços, e será possível utilizar o jogo como recurso educativo. O jogo deverá ser apropriado não de maneira instrumental, mas como um recurso que possa alcançar as dimensões do lúdico e do aprendizado, do brincar e do aprender.

A sensação de que se começasse o trabalho novamente, muitas coisas seriam alteradas, me conforta à medida em que demonstra que a construção desse estudo representou um rico

processo de aprendizado. Uma reflexão que me coloca diante da condição humana de resignificar a posteriori.

7 Referências Bibliográficas

ABDUCH, C. Grupos Operativos com Adolescentes. **Cadernos, juventude saúde e desenvolvimento**, Brasília, DF, v.1, p. 303, agosto, 1999.

AFONSO, M. L. M. **A polêmica sobre adolescência e sexualidade**. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2001. p 248

AFONSO et all. **Oficinas em dinâmica de grupo na área de saúde**. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2003.

ALVES–MAZZOTTI, A. J & GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2001.

AMARAL, M. A.; FONSECA, R. M. **Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual**. Dez. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, BH, MG

ARAÚJO, C.A.A. O modelo comunicativo da Teoria do Jornalismo”, – Monografia de Final de Curso. Nov.1996.

ARAÚJO, I. **Razão Polifônica: a negociação de sentidos na intervenção social**. Perspectivas em Ciências da Informação, Belo Horizonte, n. especial, p. 46–57, 2003.

ARENDT, H. **A condição humana**. 10. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.

AYRES, J. Repensando conceitos e práticas em saúde pública. In PARKER R. & TERTO JÚNIOR V. (orgs.). **Aprimorando o debate: respostas sociais frente à AIDS**. Rio de Janeiro: ABIA, p. 12–19, 2002.

BANDEIRA, L. Relações de gênero, corpo e sexualidade. In: GALVÃO, Loren & DÍAZ, Juan (org). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

BARBERO, J. M. "América Latina e os anos recentes: o estudo da recepção em comunicação social" in SOUSA (1995).

BLUMER, H. A natureza do interacionismo simbólico. In: MORTENSEN, C.D. Teoria da comunicação: textos básicos. São Paulo: Mosaico, 1980, pp. 119–138.

BRANDÃO, C. R. **Repensando a Pesquisa Participante**. São Paulo, Brasiliense, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Brasília, Ano III – nº 1 – 01ª – 26ª de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus: informações de saúde. Disponível em: <www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>. Acesso em: 10 fev. 2008.

BRYMAN, Alan. **Research Methods and Organization Studies**. London: Routledge, 1992.

CAMARANO, A. A. Fecundidade e anticoncepção da população jovem. In: **JOVENS acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília: CNPD, 1998. v.1, p. 109–133.

CARIDADE, A. “O adolescente e a sexualidade”. **Cadernos da Juventude**, 2002.

CARVALHO, J. A. **O amor que rouba sonhos**: um estudo sobre a exposição feminina ao HIV, São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003, 195 p.

CASTILHOS, Clair. O Sistema Único de Saúde: Filosofia, História e Visão Panorâmica da Atualidade. In: A presença da mulher no controle social das políticas de saúde / Rede Feminista de Saúde. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003.

CASTRO, M. G.; ABRAMOVAY, M.; SILVA, L.B. **Juventude e sexualidade**. Brasília: Unesco, 2004

CATHARINO, T. R. Gênero e Sexualidade no Espaço Escolar - uma proposta de educação e saúde. In: **Revista Ártemis**, v. 5, p. 5, 2006.

CAVASIN, S. (Org.) **Gravidez entre adolescentes de 10 a 14 anos**: estudo exploratório em cinco capitais brasileiras e vulnerabilidade social: relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: ECOS, 2004.

CHIESA, A.M.; WESTPHAL, M.F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços de saúde. **Saúde em Debate**, n.45, p.19–22, 1995.

CHODOROW, N. Estrutura familiar e personalidade feminina. In: ROSALDO, M. Z. & LAMPHERE, L. (coords). **A mulher, a cultura, a sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

CHUNG, V., HOROWITZ, A.M., CANTO, M.T., SIRIPHANT, P. Oral cancer educational materials for the general public:1998. **J Public Health Dent**, 2000; 60:49–52.

CLARO, L.B.L., MARCH, C., MASCARENHAS, M.T.M., de CASTRO, I.A.B., ROSA, M.L.G. Adolescentes e suas relações com serviços de saúde: estudo transversal em escolares de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil, **Cad. Saúde Pública**, 2006, Rio de Janeiro, 22(8): 1565 – 1574.

COSTA, A.M. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. In: COSTA, A.M. **A presença da mulher no controle social das políticas de saúde / Rede Feminista de Saúde**. Belo Horizonte: Mazza Edições; 2003.

CORRÊA, S., ÁVILA, M. B. Direitos sexuais e reprodutivos: pauta global e percursos brasileiros. In: BERQUÓ, E. (org). **Sexo e Vida**: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, Editora Unicamp, 2003.

DADOORIAN, D. Adolescentes: **Por que elas querem engravidar?** Revista Feminina, vol.24, no. 01, janeiro/fevereiro de 1996.

DEBORD, G – **A Sociedade do Espetáculo**. Contraponto. R.J. 1998.

DESSER, N.A. **Adolescência: sexualidade e culpa**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

DIAS, A.B., AQUINO, E.M.L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil, **Cad. Saúde Pública** 2006, Rio de Janeiro, 22(7): 1447 – 1458.

DÍAZ, J., DÍAZ, M. Contracepção na adolescência. In: SCHOR, N.; MOTA, M.S.F.T.; CASTELO BRANCO, V. (orgs.) **Cadernos Juventude Saúde e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, 1999. v.1.

FAUSTO–NETO, A 1999. **O indivíduo apesar dos outros**: modos de descrever, modos de construir o mundo da recepção. Seminário de Avaliação das Ações de IEC, Ministério da Saúde, Brasília.

FONSECA, Luciana Mara Monti; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan; MELLO, Débora Falleiros de. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. In: **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2002, vol. 10, no. 22008-10-11], pp. 166-171.

FRANÇA, Vera Veiga. **Jornalismo e vida social: a história amena de um jornal mineiro**. Belo Horizonte: Ed UFMG, 1998.

FREIRE, P. **Educação como Prática da Liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

————— **Ação Cultura para a Liberdade e Outros Escritos**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

————— **Por uma Pedagogia da Pergunta**. Rio de Janeiro: Paz e Terra. Coleção Educação e Comunicação: v. 15. 1985

FRIAS, L.A.M., OLIVEIRA, J.C. Níveis, tendências e diferenciais de fecundidade no Brasil a partir da década de 30. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**. Campinas, 1991.

GIDDENS, A. **A Transformação da Intimidade**: Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

GRANDINO, A., NOGUEIRA FILHO, D.M. (1987) **Sexo ou Sexualidade**: A visão da Psicanálise. LP&M Editores, Porto Alegre.

GREENWOOD, D.J.; LEVIN, M. Reconstruindo as relações entre as universidades e a sociedade por meio da pesquisa-ação. In: DENZIN, N.; LINCOLN, Y. (Orgs.). **Planejando a pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

HORTA, C. H. **O Significado do Atendimento ao Adolescente na atenção básica à saúde: uma análise compreensiva**. 2006. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, BH, MG.

HEILBORN, L. (org.). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. HEILBORN, M.L. e col. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro, Garamond e Fiocruz, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo demográfico. Brasília: IBGE, 2001. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 10 de dezembro de 2004.

KELLY-SANTOS, A., ROZEMBERG, B. Comunicação por impressos na saúde do trabalhador: a perspectiva das instâncias públicas. **Ciênc. saúde coletiva**, Oct./Dec. 2005, vol.10, no.4, p.929-938. ISSN 1413-8123.

KNAUTH, D. R.; MACHADO, P. S. Comentários ao artigo "Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva". **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, 2005.

LASMAR, C. **Antropologia do Gênero nas Décadas de 70 e 80: questões e debates**. Teoria & Sociedade (UFMG), Belo Horizonte, v. 2, p. 75-110, 1997.

LEVANDOWSKI, D.C.; PICCININI, C.A. A interação pai-bebê entre pais adolescentes e adultos. **Psicologia Reflexão e Crítica**, v.15, n.2, p.413-424, 2002.

LÉVY, P. **Cibercultura**. São Paulo: Ed 34, 1999.

LUZ, Z.M.P., PIMENTA, D.N., RABELLO, A., SCHALL, V.T. Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health educational material. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n.2, 2003.

LYRA, J. L. C. **Paternidade Adolescente: uma proposta de intervenção**. 1997, 182p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

MEYER, D. E. E. et all. "Você aprende. A gente ensina": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006.

MINAYO, M.C.S. et all. (Orgs.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2005. p. 19.

MONTEIRO, S. **Qual prevenção? Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

_____. Gênero, Saúde e Proteção entre Jovens – Um perfil tradicional. IN: BARBOSA, Regina Maria et al. **Interfaces: Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva**. Campinas: Editora da Unicamp, 2002.

MONTEIRO, S. S. (Org.); VARGAS, E. P. (Org.). **Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

NASCIMENTO, P. Homens e saúde: diversos sentidos em campo. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, 2005, Rio de Janeiro,

OSIS, M.J.D. . Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, v. 14, p. 25–32, 1998.

OLIVEIRA, M. K. **Vygotsky**: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio–histórico. São Paulo: Scipione, 1997. 111p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS, 2004. Disponível em: <http://www.who.int/en/>. Acesso em: 10 de dezembro de 2004.

ORLANDI, R. **Paternidades nas adolescências**: investigando os sentidos atribuídos por adolescentes pais à paternidade e à prática de cuidado dos filhos. 2006. 1 v. Tese (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Santa Catarina.

ORTNER, S. B. Está a mulher para o homem assim como a natureza para a cultura? In: ROSALDO, Michelle Zimbalist & LAMPHERE, Louise (coord.). **A mulher, a cultura, a sociedade** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

PARKER, R. Cultura, Economia Política e Construção Social da Sexualidade. In: LOURO, Guacira L. (org.). **O corpo educado**. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PIMENTA, D.N., LEANDRO, A. & SCHALL, V.T. As Leishmanioses e suas Representações Audiovisuais. Anais do I Seminário Brasileiro e III Jornada Paranaense de Antropologia da Saúde, Curitiba – PR, 22 a 25 de novembro de 2002.

PALAZZO, L.S, BÉRIA, J.U, Tomasi E. Adolescentes que utilizan servicios de atención primaria: ¿Como viven? ¿Por qué buscan ayuda y como se expresan?, **Cad. Saúde Pública** 2003, Rio de Janeiro, 19(6): 1655 – 1665.

QUERÊ, L. **De um modelo epistemológico da comunicação a um modelo praxeológico**. Tradução de Vera Lígia WESTIN e Lúcia LAMOUNIER. Mimeo: 1991.

REYES, T. Métodos cualitativos de investigación: los grupos focales y el estudio de caso. **Revista Fórum Empresarial**, vol.4, no. 02, Diciembre de 1999.

- RIOS–NETO, E. L.G. Passado, presente e futuro da fecundidade: uma visão de idade, período e coorte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.17, n1/2, jan./dez. 2000.
- ROSALDO, M. Z., LAMPHERE, L. (coord). **A mulher, a cultura, a sociedade** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
- ROZEMBERG, B.; SILVA, A.P.P; SILVA, P.R.V. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: O ponto de vista dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, p.1685–1694, nov–dez, 2002.
- SCHRAIBER, L.B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W., MONTEIRO, S. organizadoras. **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: Editora; Brasília, 2005.
- SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS. Informações de saúde: nascidos vivos. Brasília: SINASC, 2004. <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvmq.def>>. Acesso em 19 jan. 2007
- SOUZA, Kátia Reis de, ROZEMBERG, Brani, KELLY-SANTOS, Adriana et al. Shared development of printed material as a health education strategy with public school employees in Rio de Janeiro State. In: **Cad. Saúde Pública** [online]. 2003, vol. 19, no. 2 [cited 2008-10-11], pp. 495-504
- STOLTZ, E.N. Enfoques sobre Educação e Saúde. In: VALLA, V.V.; STOLTZ, E.N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume–Dumará, 1993.
- SUÁREZ, M.; TEIXEIRA, M., CLEAVER, A. J.T. **Gestão Local e Desigualdades de Gênero**. Brasília: Agende, 2002.
- TEIXEIRA, Simone; LESSA, Judith Kelly Abras. **O processo de reflexão-ação frente à gravidez precoce em área da Vila Cafetal**: um trabalho conjunto da equipe de saúde da família e sua população adolescente. 2003. 35f. Monografia (Especialização em saúde da família) – Universidade Federal de Minas Gerais.
- TEIXEIRA, A.M.F.B, KANUTH, D.R., FACHEL, J.M.G., LEAL, A.F. Adolescentes e uso de preservativos: as escolhas dos jovens de três capitais brasileiras na iniciação e na última relação sexual, **Cad Saúde Pública**, 2006, Rio de Janeiro, 22(7): 1385 – 1396.
- THIOLLENT, M.J.M. **Crítica Metodológica, Investigação Social e Enquete Operária**. 5. ed. São Paulo: Polis, 1987.
- THOMPSON. J.B. **A mídia e a modernidade**. Uma teoria social da mídia. Petrópolis–J.Vozes.1995.

VAITSMAN, J. Gênero, identidade, casamento e família na sociedade contemporânea. In: PUPPIN, Andréa Brandão & MURARO, Rose Marie (org). Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ, 2001. P.13–20.

VARGAS, E. P.; SIQUEIRA, V.H.F. Sexualidade e corpo: o olhar do sujeito através das imagens em vídeo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. Sup.2, p. 69–83, 1999.

VASCONCELLOS–SILVA, P.R.; RIVERA, F.J.U.; ROZEMBERG, B. Próteses de comunicação e alinhamento comportamental sobre impressos hospitalares. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, v. 4, n. 37, p. 531–542. 2003.

VIGOTSKI, L. S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. Tradução de José Cipolla Neto et al. 6.ed. São Paulo: M. Fontes, 2003.

VILELA, W.V., ARILHA, M. Sexualidade, Gênero e Direitos Sexuais e Reprodutivos. In: BERQUÓ, E. (org.). **Sexo e Vida**: Panorama da Saúde Reprodutiva no Brasil. Campinas/São Paulo: Editora Unicamp, 2003.

WHO. 2001. Strengthening implementation of the global strategy for dengue fever/dengue haemorrhagic fever.
http://www.who.int/csr/resources/publications/dengue/WHO_CDS_D_EN_IC_2000_1/en/print.html.
Acesso em: 21 nov. 2007.

ANEXOS

ANEXO 1 – Ficha de cadastro de adolescentes na região da Vila Cafezal
Equipe Roxa

Obs.: Utilize uma ficha para cada residência

Endereço da residência: _____

Quantidade de adolescentes de 10 a 14 anos que moram na residência: _____

Liste abaixo as informações referentes a cada adolescente de 10 a 14 anos que mora na residência:

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Horário de Estudo: () Manhã () Tarde () Noite () Não estuda

Participa de Projeto Social? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

Quais dias da semana o adolescente participa desse projeto? _____

Liste abaixo as informações referentes a cada adolescente de 10 a 14 anos que mora na residência:

Nome: _____

Idade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Horário de Estudo: () Manhã () Tarde () Noite () Não estuda

Participa de Projeto Social? () Sim () Não

Se sim, qual? _____

Quais dias da semana o adolescente participa desse projeto? _____

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Responsáveis legais pelos adolescentes que participarão das Oficinas)

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2006

Prezada Sr^a. _____

As oficinas do projeto **“Sexualidade e gênero na Adolescência: uma perspectiva educacional”** terão início em março de 2006, após apresentação desta proposta na reunião de pais e assim, elas ocorrerão semanalmente, para discutir, refletir e promover a conscientização e esclarecimento de dúvidas sobre gravidez na adolescência, AIDS e DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e o uso de métodos contraceptivos na adolescência, assim como outros temas relacionados ao assunto.

Buscaremos neste trabalho, com os adolescentes, agregar conhecimento, propiciar a reflexão sobre os temas acima referidos, produzindo um material educativo que seja elaborado junto com eles e para eles. Essa construção compartilhada irá possibilitar a produção de um material que reflita a realidade social e que projete os anseios, preocupações e desejos dos próprios adolescentes. O trabalho será organizado em formas de oficinas temáticas, que serão filmadas e fotografadas. Os temas serão selecionados de acordo com a demanda dos próprios adolescentes.

As informações contidas nestas gravações serão transcritas e posteriormente analisadas. Além disso, as informações e as imagens poderão ser utilizadas em qualquer meio existente, garantindo o anonimato caso não haja concordância com sua veiculação. Estes dados serão utilizados na minha tese de doutorado, intitulada **“Sexualidade e gênero na Adolescência: uma perspectiva educacional”**.

Informo que você tem total liberdade de recusar-se a assinar este consentimento para participação de seu filho na pesquisa, o que não acarretará em nenhum tipo de penalização juntamente ao Posto de Saúde da Vila Cafezal.

Caso você aceite a participação de seu filho nesta pesquisa, agradeço sua colaboração e solicito ainda a declaração de seu consentimento livre e esclarecido, que deverá ser firmado em duas vias.

Atenciosamente,

Maria José Nogueira

Aluna do programa de Doutorado em Saúde Coletiva no Centro de Pesquisa René Rachou.

Endereço da pesquisadora:
Centro de Pesquisa René Rachou
Laboratório de Educação em Saúde
Avenida Augusto de Lima, 1715, sl. 206
Barro Preto, Belo Horizonte/MG
CEP: 30.190-002

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ como responsável legal por _____ participante das oficinas do projeto "**Sexualidade e gênero na Adolescência: uma perspectiva educacional**", autorizo a participação e gravação das mesmas que serão utilizadas na pesquisa intitulada com o mesmo nome.

Estou ciente de que serão respeitados os princípios éticos da pesquisa científica e as informações obtidas serão tratadas sigilosamente.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2006

Assinatura

ANEXO 3 – AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

ANTES DE ASSINAR ESTE TERMO, VOCÊ DEVE INFORMAR-SE PLENAMENTE SOBRE O MESMO, NÃO HESITANDO EM FORMULAR PERGUNTAS SOBRE QUALQUER ASPECTO QUE JULGA CONVENIENTE ESCLARECER.

Eu, _____, como responsável legal por _____, venho pela presente autorizar a utilização da imagem do (a) mesmo (a), no ensaio fotográfico “qualé papai” que faz parte do projeto de pesquisa intitulado **“Sexualidade e gênero na Adolescência: uma perspectiva educacional”**, que é um estudo da aluna de doutoramento do Maria José Nogueira

Concordo que o **Centro de Pesquisa René Rachou** está habilitado a usar a minha imagem no projeto, bem como os materiais promocionais do mesmo, incluindo o direito de cópia sem limitação do número de edições.

Por se tratar de um trabalho sem fins comerciais, estou de acordo que todo material resultante do projeto **“Sexualidade e gênero na Adolescência: uma perspectiva educacional”** de propriedade do **Centro de Pesquisa René Rachou**, incluindo suas cópias, não produzirá qualquer forma de pagamento ou reembolso em meu benefício.

Também estou de acordo que o **Centro de Pesquisa René Rachou** não se obriga a usar a imagem ora cedida na pesquisa caso não seja necessário, ficando esta questão à escolha do autorizado.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do voluntário

ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____,
como responsável pelo Posto Municipal de Saúde da Vila Cafezal, estou ciente dos trabalhos propostos pelo projeto "**Sexualidade e gênero na Adolescência: uma perspectiva educacional**", o qual tem a finalidade de promover a conscientização e esclarecimento de dúvidas sobre sexo e sexualidade na adolescência. Estou ciente de que as oficinas serão filmadas e fotografadas e as mesmas serão utilizadas para fins puramente científicos e com total autorização dos pais e/ou responsáveis. Do mesmo modo, declaro estar ciente da participação da **Equipe Roxa de Saúde da Família (a médica, a enfermeira e os (as) Agentes Comunitários de Saúde)**. Concordo com a liberação do espaço físico (**a sala de reuniões**) para que os encontros sejam realizados. Estou ciente de que serão respeitados os princípios éticos da pesquisa científica e as informações obtidas serão tratadas sigilosamente.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 2006.

Assinatura

ANEXO 5 – O processo: descrevendo e analisando os encontros.

Optou-se por descrever de forma detalhada do 1º ao 11º encontros, nos quais foram discutidos os temas geradores levantados em grupo. Após um pequeno período de recesso que acompanhou as férias escolares, as atividades foram reiniciadas sendo realizados do 12º ao 35º encontros. Para facilitar o trabalho, os adolescentes foram distribuídos em 02 grupos. O primeiro, composto de meninos e meninas na faixa de 10 a 12 anos, ficou responsável pela produção dos vídeos animados (sendo denominado “grupo vídeo de animassinha”). O segundo grupo, de 13 e 14 anos, trabalhou na elaboração do jogo educativo. É válido destacar que, em alguns momentos, os trabalhos foram feitos em um único grupo e, em outros, houve o deslocamento de adolescentes de um grupo ao outro, de acordo com a vontade manifestada pelos mesmos.

1º Encontro: Eu, Você, Ele. Nós.

Objetivo: Neste primeiro encontro, criou-se um espaço para que os membros do grupo estabelecessem os contatos iniciais, com o objetivo de iniciar um processo de constituição de uma identidade e integração grupal. Nesse momento, estabelece-se o “contrato” entre os membros do grupo e a coordenação, por meio do acordo de regras fundamentais.

Procedimentos:

- a) Como técnica de integração, foi utilizada a técnica dos nomes e gestos. (40 minutos)
- b) Momento de o coordenador apresentar a oficina e falar sobre algumas “regras básicas” do contrato do grupo. (20 minutos)
- c) Técnica “vestindo a camisa”. Para escolher um nome para o grupo, o **layout** da camisa e firmar o contrato grupal. (30 minutos)
- d) Técnica para levantamento dos temas de interesse do grupo. (20 minutos)

Relatos: M. J. N.

Houve um pequeno desencontro e alguns adolescentes estavam no posto, mas logo foi resolvido e a reunião começou um pouco atrasada. A sala estava em círculo: havia um grupo de 4 meninas que já se conheciam e estavam sentadas bem próximas na roda (Alessandra, Natalia, Juliana e Kelly) e outras duas que também já se conheciam (Jociane e Flaviana). O único menino (Davi) ficou bem próximo do grupo das 4 meninas, pois já as conhecia. Como o grupo estava em “panelinhas”, foi proposta uma dinâmica para a troca de lugares, ou seja, nos sentaríamos na roda seguindo a ordem alfabética – assim propus ao grupo. Houve um pouco de resistência por parte das meninas, mas aceitaram.

Propus a primeira pergunta: Quem somos?

“Seres humanos”, “adolescentes”, “animais”, “um grupo de pessoas”, “gente, cada um de um jeito, né?” “Pessoas”, “meninas”. A partir daí, propus que fosse realizada a apresentação inicial de todos os participantes. Empregamos a técnica dos nomes e gestos. A técnica foi muito rica. Eles participaram, criaram gestos engraçados e levaram a sério. Foi respeitado o desejo de não participação. Segunda pergunta: O que vamos fazer?

Coloquei uma planta no centro e perguntei como ela foi parar ali. Ai eles responderam: “Uai, alguém pegou ela na sala da Dra. S colocou aí, aí você pegou e colocou ela no centro”. Perguntei, mas antes? Aí as respostas eram muitas e falavam juntos: “alguém plantou”, “alguém colocou uma semente”, “alguém colocou terra”, “alguém cuidou”.

Percebi que tinha, no tom de algumas respostas, algo que sugeria que o que eu estava perguntando era óbvio demais. Então sugeri a seguinte comparação: o projeto era algo que iríamos (todos) plantar no Cafezal. Era uma semente que iríamos plantar e que poderia dar frutos e flores. A princípio, não entenderam bem a comparação: o que pode significar uma dificuldade de abstração. Mas depois começaram a falar o que esperavam como frutos: aprendizado, diversão, fazer novas amizades, brincar e lanchar.

Depois empregamos a técnica das fichas. O que eu quero fazer aqui: “eu quero jogar futebol”, “eu quero fazer um grupo de Funk”, “eu quero fazer artesanato”, “ouvir música durante a reunião”, “eu quero brincar e dançar”, “eu quero sentar perto da Joyce”, “sorrir e brincar”, “eu quero lanchar”, “fazer amigos”, “aprender muita coisa”.

O que eu não quero fazer aqui: “brigar”, “desrespeitar o outro”, “ter constrangimentos”, “eu não quero falar, porque eu tenho vergonha”, “não quero ficar longe da Jociane”, “ficar parado”, “não

quero xingar nem brigar com os outros”, “não quero xingar palavrões e quero respeitar o projeto”, “não quero conversa”, “coisa chata”, “dançar forró”, “eu não quero brincar de bola”, “ficar falando”.

Havia proposto fazer fichas para “o que eu devo” e “o que não devo fazer aqui”. Eles reclamaram que não queriam escrever mais, então propus que apenas falassem, as falas foram anotadas: “não devemos chegar atrasados”, não devemos “ir de ‘guela’ no lanche”, “não devemos fazer bagunça”, “devemos respeitar os colegas para sermos respeitados”, “não devemos brigar”.

Peguei as fichas sobre “o que eu quero” e “o que eu não quero”. Propus ao grupo, ler, para todos as repostas. Eles concordaram. A partir daí, conversamos sobre regras (horário, compromisso com o projeto, ser uma opção e não obrigação, respeito às escolhas, etc.). Sugeri que, em todos os encontros, iríamos sortear duas fichas para fazermos no próximo encontro, assim poderíamos contemplar todos. As fichas sorteadas foram dançar Funk e jogar Futebol.

Após o lanche, realizamos uma brincadeira para que fosse escolhido um nome para o projeto. Eles adoraram a idéia de ter uma camisa e empenharam-se para realizar a tarefa solicitada. Foi distribuído, para cada participante, um recorte de papel em forma de camisa para que pudessem esboçar o que imaginavam para a camisa: nome do projeto, cores e dizeres. Deixamos o grupo bem à vontade. Ao final, foi colocado um varal de cordão na sala para que os adolescentes pendurassem as camisas que haviam feito. Eles circularam para observar as propostas. Riam, brincavam, elogiavam e tentavam adivinhar os autores das camisas propostas. (Ilustração 2)

Ao final, o projeto ficou denominado “Projeto Amigos do Cafezal”, na cor preta e com detalhes em roxo.

Ilustração 2 – Camisa do Projeto Amigos do Cafezal



2º Encontro: Ser homem, Ser Mulher.

Objetivos: Discutir as diferenças entre homens e mulheres; por que estas diferenças se transformam em desigualdades?

Procedimentos:

- a) Os adolescentes foram acolhidos com música (**funk**), conforme sorteio do último encontro. (30 minutos) – 13h30min até 14h00min.
- b) Foi realizada a técnica dos “Papéis sociais”. (90 minutos) – 14h15min até 15h30min.

Pontos para discussão

- O que é ser homem?
- O que é ser mulher?
- Quais as diferenças entre ser homem e ser mulher?
- Quais dessas diferenças são biológicas? Quais são construídas socialmente?
- Quais diferenças existem entre um adolescente do sexo masculino e uma adolescente do sexo feminino?

Futebol e lanche: Organizar o futebol e tentar trabalhar a idéia de regras e funções femininas e masculinas

Relatos:H. S. B.

O segundo encontro com os adolescentes foi ainda mais descontraído. A maioria presente na primeira reunião retornou e alguns novos integraram o grupo. O que se pôde perceber é que ainda estamos em fase de integração e de conhecimento mútuo, mas houve uma evolução expressiva em relação ao primeiro contato.

Após o momento de descontração, eles aceitaram participar da técnica proposta sem impor resistência ao pedido dos pesquisadores. Eles foram divididos em grupos e discutiram em fichas de cores diferentes sobre profissões, comportamentos e atitudes de homens e mulheres. Cabe ressaltar, aqui, que eles se interessaram mais pela atividade quando foi introduzido um caráter de competição. Isso tem sido recorrente nas atividades, ou seja, os adolescentes que participam do projeto se identificam mais com as brincadeiras e técnicas que envolvem competição.

Na segunda parte da dinâmica, selecionamos assuntos descritos pelos próprios adolescentes, nas fichas separadas por gênero, e fizemos um aprofundamento dessas questões. Os dados foram colhidos por meio de anotações e gravações para posterior análise. Embora alguns adolescentes não tenham participado de maneira intensa da atividade, pude perceber, por meio daqueles que participaram com maior entusiasmo, que eles possuem posturas bem típicas da faixa etária a qual pertencem e, ao mesmo tempo, têm características peculiares da condição social em que vivem. O que se percebe com clareza é que os adolescentes estão interessados e muitos dispostos a participar do projeto e demonstram isso pelos depoimentos aos pesquisadores.

3º Encontro: Corpo humano: Prazer em me conhecer! Prazer em te conhecer”.

Objetivo: Conhecer o corpo reprodutivo – feminino e masculino – de forma participativa e de modo a perceber que do corpo também fazem parte as características psicológicas, a história pessoal e as relações que se estabelecem com as pessoas, o meio social e a cultura. Discutir mitos e tabus relacionados ao corpo da mulher e do homem.

Procedimentos:

- a) Foi realizada a técnica da associação da primeira letra do nome com uma característica pessoal.
- b) Foram sorteados 04 grupos (grupo feminino, grupo masculino e 02 grupos mistos).
- c) Foi solicitado aos integrantes de cada grupo que desenhassem um adolescente e uma adolescente. Dois voluntários se deitaram na folha de papel pardo e os demais componentes do grupo desenhariam, primeiramente, o contorno do corpo e depois o/a voluntário/a se levantaria e todos/as poderiam desenhar as partes do corpo que se lembrassem (interno e externo).
- d) Foi pedido ao grupo que atribuísse uma identidade para os personagens desenhados, colocando tudo que achassem necessário: características, adereços, nome, profissão, idade, gostos, etc.
- e) Quando os desenhos ficaram prontos, foi solicitado a cada grupo que apresentasse o seu desenho explicando quem era o personagem e as partes de seu corpo.
- f) Após a apresentação, foi pedido que cada adolescente escrevesse perguntas ou dúvidas que tivesse referentes ao tema ("Saco de pergunta").
- g) No terceiro momento, conversa com a Dra. Simone, médica do posto, para responder às perguntas. Apesar da timidez, eles se mostraram curiosos pelo assunto.

Perguntas feitas pelos adolescentes:

- Por que o óvulo da mulher pode reproduzir? (masculino)
- O que provoca doenças? (masculino)
- O que é organismo celular? (feminino)
- Por que nós temos vergonha? (feminino)
- Os cuidados são iguais ou diferentes para homens e mulheres? (feminino)
- Para que serve a vagina? (masculino)
- Por que um ovo (testículo) é maior que o outro? (masculino)

Relatos Dra. S.T.

Grupo razoável (17 adolescentes: 10 meninas e 07 meninos), grupo homogêneo do ponto de vista de descontração e interação, mas com uma tendência de "isolamento" dos meninos no fundo da sala, o que foi "corrigido" com a redistribuição dos lugares por meio de sorteio dos participantes em 04 grupos.

Técnica (desenho):

1 – Corpo feminino:

Grupo dos meninos: mais agressivo, com tendência a atribuir características pejorativas à figura feminina desenhada (“banguela”, “feia”, “magrela”, “caolha”, “peito caído”, etc.). Mesmo assim, após o desenho terminado, um dos meninos, deita-se sobre o corpo desenhado, simulando um ato sexual.

Grupo das meninas: mais atento a detalhes de vestiário e acessórios femininos (saias curtas, tops, adereços) que aos órgãos femininos, propriamente ditos. Menos características atribuídas à figura feminina.

Grupos mistos: Um dos grupos desistiu de completar o desenho, após desentendimento de duas adolescentes que não gostaram da figura que fizeram. O outro grupo trabalhou em conjunto e as características negativas foram menos recorrentes.

2 – Corpo masculino:

Grupo meninos: Também prevalecem as características negativas, mas não há registro de órgãos internos.

Grupo meninas: Um grupo omitiu órgãos (todos), registrando apenas caracteres masculinos de vestuário/adereços (calção, boné). O outro registrou um pênis rudimentar, mas não identificou o desenho.

Grupo misto: Tanto no desenho do corpo feminino quanto no masculino houve omissão dos órgãos internos. E não foram registrados características (nem negativas nem positivas).

4º Encontro: O que eu sei? O que eu não sei? O que eu quero saber?

Objetivo: O objetivo foi avaliar o conhecimento do grupo a respeito de algumas questões relacionadas ao tema sexo e sexualidade, com o objetivo de esclarecer dúvidas e estimular a reflexão.

Procedimentos:

- a) Aplicação de um questionário sobre sexualidade/reprodução/contracepção/DST, etc.
- b) Atividades em grupo.
- c) Meninos: Discussão dos desenhos da semana anterior. (S e H)
- d) Meninas: Discussão das respostas do questionário. (M e Dra. S)
- e) Troca de experiências e lanche.
 - o Atividades em grupo.
 - o Meninos: Discussão das respostas do questionário. (H e Dra. S)
 - o Meninas: Discussão dos desenhos da semana anterior. (M e Z)

Relatos da Dra. S. T.

Após o pré-teste, o grupo foi dividido em meninos e meninas e cada sub-grupo, em separado, discutiu as questões/respostas com a médica mais a MJ. (grupo das meninas) e com a médica mais o H B (grupo dos meninos).

1 – Meninas

Mais curiosas, fazem mais perguntas e são mais prolixas ao formulá-las ou respondê-las. Também divagam mais, abstraindo-se, com freqüência, do tema em discussão, fazendo perguntas sobre os assuntos correlatos, principalmente ligados à questão afetiva:

2 – Meninos

Mais objetivos, menos prolixos. O grupo dos meninos, mais rápido nas respostas e menos prolixo na reflexão ou discussão das questões, também respondeu corretamente à maioria das proposições. Assuntos mais ligados à questão física, menos atentos a detalhes. (Comentários Dra. ST).

Os garotos discutiram sobre os desenhos e, apesar do tema, se mostraram bem tranquilos, fizeram diversos comentários e abordaram assuntos como namoro, vícios e drogas. (comentários H B). “Mulher é feia demais” – fala de um deles. O Mais difícil de desenhar? Desenhar entre as duas pernas do menino. Desenhar a cabeça da “Dona Gigi”. Órgãos internos. Os pulmões parecem duas batatas. Confusão ao definir o que são as características femininas. (Comentários S.B)

5ª Encontro (continuação): O que eu sei? O que eu não sei? O que eu quero saber?

Objetivo: Avaliar o conhecimento do grupo a respeito de algumas questões relacionadas ao tema sexo e sexualidade, com o objetivo de esclarecer dúvidas e estimular a reflexão.

Procedimentos:

a) Atividades em Grupo:

- 1) A partir dos relatos do encontro anterior, decidimos trabalhar separadamente com o grupo das meninas, uma vez que as mesmas demonstraram interesses divergentes.
 - i) Meninas 10, 11 e 12: Discussão de temas Diversos (M. J.).
 - ii) Meninas 13 e 14: Continuação do questionário da reunião anterior (Dra ST)
 - iii) Meninos: Os garotos conversaram com H.B, S.B e S.S, que conduziram um bate-papo, abordando o tema “jogo”.

b) Lanche

c) Atividades em Grupo:

- 1) Meninas 10, 11 e 12: Continuação do questionário da reunião anterior (Dra. S.T).
- 2) Meninas 13 e 14: Discussão do Informativo (Z.S).
- 3) Meninos: Visita ao Cafezal para fotografar e Filmar (S.B e H.B).

Relatos da Dra. S. T.

O 1º grupo de meninas mostrou-se mais disperso e inconstante durante toda a atividade. Nesse grupo há uma forte tendência ao interesse por assuntos relacionados aos bebês: nascimento, vida intra-uterina, malformação e morte fetal e/ou materna. Já as meninas maiores concentram a sua atenção nos assuntos relacionados a namoro, relacionamento, amor, comportamento diferente de meninos e meninas, homem e mulher.

Os grupos responderam corretamente à maioria das questões, demonstrando com aprendizado do conteúdo apresentado na reunião anterior. O grupo dos meninos (semana anterior), menos prolixo na reflexão ou discussão das questões, também respondeu corretamente à maioria das proposições. O grupo todo, reunido, mostra-se mais coeso e mais interativo.

Relatos de S. B.

Chegou mais um menino indicado pela Z.S. O grupo não fecha com um número definido, o que complica um pouco as observações. No bate-papo sobre o jogo, destacam com características: disputa, a questão da competição, meninos vs. meninas, lazer, diversão, coisas que têm muitas pessoas, rivalidade, jogos de perguntas e respostas, colocar obstáculos, jogo temporizado. Temas para as perguntas como: favela, escola e família. Citam com exemplos: Futebol, hockey, videogame.

Os garotos fizeram os seguintes comentários acerca do jogo:

- O jogo tem que ter perguntas sobre sexo e sexualidade e sobre o lugar que moramos.
- Tem que ter obstáculos e regras.
- Tem que ser coletivo.
- Tem que ter objetivo.
- A cor azul deve representar os meninos e o rosa deve representar as meninas.
- Cada time tem que ter uma bandeira.
- Tem que falar sobre reprodução e outros temas.
- Tem que ter disputa entre meninos e meninas.
- Tem que ter pontos para as perguntas.
- Tem que falar sobre as doenças transmissíveis.

6º Encontro: Usando os Sentidos: Visão e Tato.

Objetivo: Ver, tocar e examinar os diversos métodos contraceptivos (pílula, preservativo masculino e feminino, DIU, diafragma). Obter informações e esclarecer dúvidas a respeito do tema.

Procedimentos:

- a) Antes que os adolescentes chegassem, nós preparamos a sala com frases sobre métodos anticoncepcionais e com exemplares dos próprios métodos que foram distribuídos sobre as carteiras. Todos receberam algum material ao entrar na sala (DIU, camisinha, diafragma, etc.).
- b) Foram orientados a fazer a leitura das frases espalhadas pela sala. No segundo momento, eles trocaram de métodos entre si. Mostraram-se muito curiosos, principalmente com relação ao DIU, à camisinha feminina e ao diafragma.
- c) Dra. Simone explicou as divisões dos métodos em temporários, hormonais, naturais, de barreira e definitivos (ligadura de trompas e vasectomia).
- d) Os adolescentes foram separados para a segunda parte. Os adolescentes discutiram os temas apresentados, fazendo perguntas e esclarecendo dúvidas. As perguntas foram formuladas de forma anônima e entregues ao palestrante de cada grupo.
 - Existem outros métodos definitivos sem ser a vasectomia e a ligadura de trompas?
 - O que é DIU?
 - Como funciona o diafragma?
 - A vasectomia pode ser desfeita?
 - Como funciona a tabelinha?
 - A tabelinha pode falhar?
 - O escorrimento da ovulação pode durar mais de três dias?
 - Mulheres que usam o DIU podem engravidar?
 - O método da esponja pode falhar?
 - O implante do hormônio debaixo da pele pode provocar alguma reação adversa?
 - O diafragma é usado somente quando se tem relação sexual?
 - O método de controle da temperatura da pele é seguro?
 - Como se coloca o diafragma?
 - Existe outro método intra-uterino sem ser o DIU? (Original)

- O que é vasectomia?
 - Como se insere o DIU dentro da mulher?
 - Como se coloca a camisinha feminina?
- e) Lanche
- f) Garotos conversaram com a Dra. S.T. Ela respondeu às perguntas escritas por eles.
- g) As garotas foram distribuídas por idade. As mais jovens conversaram com a M.J e em seguida com Dra. S.T. As mais velhas tiraram dúvidas com J.L, enfermeira do posto de saúde Vila Cafezal.

Relatos de M. J.N.

Eu recebi o grupo dos meninos e o de meninas de 10–12 anos. Os meninos foram mais objetivos e mais rápidos em sua demanda de discussão e perguntas. As meninas menores mostraram-se mais curiosas e sensibilizadas pelos temas apresentados, mas, ao mesmo tempo, são muito impacientes e confusas, frequentemente desviando do assunto em discussão e não prestando atenção às respostas das próprias perguntas. Manusearam com interesse e curiosidade os vários métodos contraceptivos e os modelos (pênis e pelve feminina), perguntando também sobre relacionamento sexual e tentando, com o uso de 2 modelos, reproduzir o ato sexual. Já os meninos, durante o manuseio do material, demonstram menos curiosidade e muitos se recusaram a experimentar colocar o preservativo masculino no modelo, mesmo quando orientados e incentivados.

As meninas menores, ao contrário, querem (todas) manusear e experimentar o uso do preservativo, tanto no modelo masculino quanto no feminino. Gastaram tanto tempo nessa atividade que não houve tempo para as respostas às perguntas anônimas individuais, que ficaram para a próxima reunião.

7º Encontro: DST e AIDS.

Objetivo: Discutir as temáticas referentes à DST e AIDS de forma lúdica e participativa

Procedimentos:

- a) Música para receber os adolescentes. Apresentação do grupo para os convidados (Alunos da Escola de Designer que vão colaborar na elaboração do jogo).

- b) Os alunos falaram do trabalho que realizam e como poderiam colaborar no projeto.
- c) Palestra: DST AIDS, Conhecer para prevenir! (Dra. S.T)
- d) Técnica “saco de perguntas”.
- e) Atividades em Grupo.

Meninos: Relato da experiência do uso do preservativo (H.B).

Meninas: Apresentação do Cafezal para os alunos da Escola de Design (M.J, Z.S e S.B).

Relatos de H. S. B.

Apesar dos 15 dias sem encontro, devido a feriado, todos chegaram no horário previsto. Os adolescentes estavam bem mais tranquilos em relação ao início do projeto. Neste encontro, Dra. S.T, fez uma palestra sobre DST/AIDS. Os adolescentes se mostraram muito interessados e ficaram o tempo todo bem atentos. Ao final da palestra, eles não quiseram fazer perguntas orais. Decidimos então, optar em tirar as dúvidas por escrito.

- A mulher pode se contaminar com o vírus HIV praticando sexo oral?
- Quais são os primeiros sintomas da AIDS?
- A sífilis pode matar?
- Existe alguma maneira de retardar a gonorréia?
- Quais as formas da AIDS ser transmitida?
- As doenças das mulheres podem ser as mesmas que tem no homem?
- O que significam as siglas HIV e AIDS?
- O que a AIDS provoca no corpo humano?
- Quais são as doenças sexualmente transmissíveis?
- O que é HPV?
- O que é sífilis?
- O que é herpes?
- Quando um homem ou uma mulher são soro-positivo, o seu parceiro pode ser contaminado?

- Quando a vagina está com pus, é doença transmissível?
- Quando uma pessoa está com herpes, lá dentro da vagina, e na hora em que essa pessoa for fazer sexo, a doença se transmite?
- Herpes vaginal pode ser passada para a boca?
- Experiência de usar a camisinha

No encontro anterior, os garotos levaram para a casa duas camisinhas. Eles foram incentivados a fazer uma experiência sobre a colocação e uso do preservativo.

Neste encontro, conversamos com os garotos por meio do seguinte roteiro:

- Experiência em usar a camisinha
 - Fácil, difícil, foi interessante tentar.
 - O que sentiram ao ver as fotos das doenças.
 - Já tinham visto?
 - Explorar a idéia de medo ou prevenção.

Apenas o Marcelo relatou tentar usar uma das camisinhas, mas desistiu durante o processo (diz ter gastado uns 10 minutos). Davi diz que vendeu as duas camisinhas para comprar um pão: “O cara queria comer a mulher, eu queria comer o pão. Eu vendi a camisinha pra ele e ficou todo mundo feliz”. Marco e Evanildo disseram que deram as camisinhas para garotos mais velhos. José diz que ainda tem as duas camisinhas em casa.

A partir de tais relatos, podemos nos perguntar quais racionalidades guiam a conduta dos indivíduos. Em um ambiente marcado pela carência de recursos, o preservativo é utilizado como moeda de troca. O relato acima não é um caso isolado, mas, antes, um dentre os vários exemplos que pudemos constatar durante o processo de intervenção.

8º Encontro: Vamos jogar?

Objetivo: Por meio do jogo Zig Zags, procurou-se criar um ambiente descontraído para discutir a temática.

Procedimentos:

- a) Inicialmente, os adolescentes foram convidados a assistir ao Vídeo dos encontros anteriores. Alice chegou com um coelho que foi batizado pela turma, por meio de votação, de “Flash”. Ficou decidido que ele seria a mascote do grupo.
- b) Técnico do jogo. S.B coordenou uma atividade usando o jogo Zig-Zaids.
- Os adolescentes foram separados em grupos.
 - Grupo 01: Davi, Jociane, Liliana, “Matheus”, Lorena e Juliana (Mediadora: M.J);
 - Grupo 02: Taís, José, Natalia, “Marco Túlio”, Alessandra e Cássia (Mediadora: Dra. S.T);
 - Grupo 03: Rose, Evanildo, Kelly, Alice e Lucio (Mediador: H.B).
- c) Proposta das entrevistas. Ficou combinado que durante a semana os grupos preparariam os roteiros e marcariam as entrevistas com mães e pais adolescentes.

Relatos de M.J.N.

A divisão entre grupos se mostrou bem interessante. Dois meninos, duas meninas menores e duas meninas maiores (preferencialmente). Na semana passada, nós trouxemos um jogo para o pessoal do Design demonstrar como seria o jogo a ser reproduzido pelos adolescentes. Com isso, estes (os adolescentes) já se mostram interessados em jogar. Mais uma vez, o sistema de premiação para o “vencedor” se mostrou eficaz para prender a atenção dos jogadores. No início, houve um momento de dispersão da atenção, mas, ao longo do processo do jogar, pareceu-me que a atenção deles havia se prendido, independentemente da premiação. O grupo 03 tem se mostrado problemático quanto à atenção no jogo. Está difícil para H.B manter a atenção dos meninos. Evanildo se mostra muito desatento. No grupo 03, após o final, H.B continuou fazendo as perguntas para os adolescentes. Alguns dos adolescentes, quando receberam o jogo, tentaram logo entender como funcionava, lendo as instruções (Natalia, Jociane e Davi). No grupo da Kelly, eles nem tentaram entender e logo reclamaram que não sabiam jogar. Eu coordenei o grupo 03, que acabou não tendo a presença do Lucio, que não quis participar e foi embora (por ser maior, mais velho, e já trabalhar, claramente não se envolveria no grupo). O destaque foi Alice, que venceu o jogo. Evanildo e Cássia, apesar do potencial, são muito distraídos e aparentemente têm dificuldade de concentração. Rose precisa de uma atenção especial: apesar da idade, ela não sabe ler nem escrever, o que limita sua participação nas atividades. Tal fato nos faz refletir acerca da qualidade do ensino na escola local, uma vez que os outros meninos e meninas, apesar de alfabetizados,

apresentam grandes dificuldades na escrita e na leitura, cometendo erros primários, inadmissíveis devido à escolaridade dos mesmos.

9º Encontro: Entrevistando

Objetivo: Propiciar o debate a respeito da gravidez na adolescência, por meio do relato da experiência de mães e pais adolescentes.

Procedimentos:

- a) Música e bala para acolher os participantes. Bate-papo informal com os adolescentes.
- b) Separação dos grupos para três atividades, que foram definidas no encontro anterior.
 - Grupo 1 – Entrevistas que foram agendadas (M.J, Z.S e S.B).
 - Grupo 2 – Oficina de Origovírus (H.B).
 - Grupo 3 – Roda de Conversa (Dra. S.T).
- c) Encontro dos grupos para troca de experiências e lanche.

Relatos de M. J. N.

As meninas prepararam os roteiros e estavam muito mobilizadas para a atividade. Dei algumas instruções ao grupo e ficou combinado que o trabalho seria realizado por eles. O grupo distribuiu as tarefas e discutiu a respeito do percurso que faríamos para as três entrevistas que estavam agendadas. A Ane e a Natália se propuseram a fazer as perguntas. Evanildo me pediu para gravar, sugeri que negociasse com o grupo. Ele se dirigiu à Natália demonstrando que, de certa forma, ela tinha assumindo a postura de Líder. Líliliane se propôs a fotografar. Durante as entrevistas, os adolescentes se revezaram naturalmente nas tarefas de filmar, fotografar e fazer as perguntas. O grupo estava muito unido e realizou as entrevistas com muita seriedade. Na primeira entrevista, estavam ansiosos e um pouco atrapalhados. O roteiro era lido mecanicamente e os adolescentes pareciam pouco atentos às respostas dadas pelos entrevistados. A chegada do pai do bebê causou grande euforia no grupo. Os adolescentes colocaram algumas questões para ele e pediram para gravar e fotografar. Ao final, o grupo já estava mais descontraído. As duas entrevistas posteriores foram mais descontraídas. Foram colocadas questões que não estavam no roteiro e exploraram melhor as respostas que eram dadas.

10º E 11 Encontro: Vamos planejar?

Objetivo: O encontro teve como foco principal rever os objetivos iniciais que haviam sido propostos pela equipe e negociados com o grupo. Reafirmar o compromisso e avaliar as expectativas dos adolescentes em relação à elaboração do jogo e dos vídeos de animação. Fazer uma avaliação e discutir a respeito do comprometimento na participação das atividades posteriores.

Procedimentos:

- a) Recebimento dos participantes com música e bala. Bate-papo descontraído.
- b) Em círculo, foi proposta a discussão: qual era nosso objetivo inicial? Por que iniciamos este grupo? O que vocês vieram fazer aqui?
- c) Lanche
- d) Foi proposto aos adolescentes que, individualmente, refletissem sobre a proposta de elaboração do jogo e do vídeo de animação e descrevessem suas expectativas.
- e) Encerramento com o planejamento das atividades posteriores. Os adolescentes foram distribuídos em grupo para a realização do “jogo” e dos “vídeos de animação”.

eu quero participar do jogo, mas eu tenho medo de errar. Eu quero participar do projeto. Eu achei o projeto muito legal e quero continuar. (feminino, 14 anos)

Eu tô achando o projeto muito legal e criativo. Eu quero participar do jogo. (masculino, 14 anos)

Acho muito bom, porque eu aprendi como lidar com as pessoas e ter muitos amigos. Gostei muito de trabalhar com sexualidade e gênero e quero participar do jogo. (masculino, 14 anos)

E estou achando legal. Gosto da Maria, que é simpática; do Samuel que é engraçado; e do Héilton, que também é engraçado; e da Simone, que está sempre tirando nossas dúvidas; e da Judith, que é quietinha. (feminino, 14 anos)

Eu estou adorando o projeto. Tudo o que eu queria era algo pra fazer às sextas-feiras, mas eu nunca imaginei que seria uma coisa tão legal assim e nem que fosse com pessoas tão legais. O que eu não gosto é da bagunça dos meninos. Eu gostaria que eles fizessem menos bagunça. Eu sempre peço a Deus para que ele abençoe muito vocês. Eu também gostaria de participar do jogo. (feminino, 13 anos)

O que eu estou gostando do projeto? Estou gostando de tudo. Estou aprendendo muita coisa sobre o corpo humano. Gosto muito do professores e da Dra. S.T. Eu estou na expectativa de fazer o jogo e espero que ele seja bem divertido. (masculino, 14 anos)

Eu acho muito legal esse projeto e eu quero participar do jogo. (masculino, 13 anos)

12º ao 35º Encontros: Produzindo de forma compartilhada materiais educativos

12º: Discussão e elaboração dos roteiros dos Vídeos de animação – Todos os participantes.

13º: Discussão e elaboração dos roteiros dos Vídeos de animação – Todos os participantes.

14º: Apresentação do Vídeo de Animassinhas realizadas por alunos de uma escola Pública de Belo Horizonte.

15º: Reunião com os alunos do Curso de Designer da Universidade estadual de Minas Gerais (UEMG).¹⁶

16º: Grupo do Jogo e Grupo de Animassinhas.



Adolescentes discutindo a elaboração do jogo Grupo de Animassinhas

17º: Filme com o Grupo do jogo e Oficina de massinhas com o outro (modelagem e arte)

18º: Visita para apresentar o Cafezal para os Alunos do curso de Designer/UEMG.

¹⁶ Foi realizada uma parceria entre O LABES e a UEMG para que os alunos do curso de Designer colaborassem na elaboração do protótipo do material Educativo, bem como sua finalização.



Fotógrafo Henrique Teixeira em Visita ao Cafezal

19º: Grupo do Jogo: Fazendo o Mapa em cartolina.



Adolescentes fazendo o Mapa em Cartolina

Grupo Animassinhas: Fazendo roteiros e personagens.



Personagens e objetos de cena confeccionados durante as oficinas

20º: Grupo do Jogo: reunindo Perguntas. Perguntas, anexo XX



Grupo discutindo as Perguntas do Jogo

Grupo Animassinhas: Filmagem



Adolescentes nas filmagens do Animassinhas

21º: Grupo Jogo: Respondendo perguntas com Dra. Simone Teixeira e trabalhando as cartas

Grupo Animassinhas: Ensaio dos roteiros que foram elaborados.

22º: Presença dos alunos da escola de Design discutindo o formato do jogo: regras, cores, materiais, etc.

23º: Grupo do Jogo: Fazendo o tabuleiro em cartolina.

Grupo de Animassinhas: Fazendo roteiros e gravando.



Protótipo do Tabuleiro confeccionado em cartolina

24º. Grupo do Jogo: Discussão do tabuleiro feito em cartolina com os alunos da escola de Design e a equipe.



Jogo Transação

Grupo de Animassinhas – Fazendo roteiros e gravando.



Adolescentes Confeccionando personagens do Animassinhas

25º: Visita dos Amigos do Cafezal à exposição Ciência no Parque



Adolescentes em Visita ao Parque

26º: Grupo do Jogo: Primeiro teste em cartolina.

Grupo de Animassinhas: Finalizando os vídeos de animação.



Personagens confeccionados pelos alunos para o vídeo Animassinhas

27º: Reunião com Henrique (fotógrafo) para discussão da realização de um ensaio fotográfico.



Fotógrafo Henrique Teixeira em Visita ao Cafezal

28º: Todo o grupo discutindo o jogo e os trabalhos de animação.



Adolescentes em atividade de grupo

29º: Visita dos alunos do Colégio Minas Gerais. Apresentação das oficinas realizadas para elaboração do Jogo e das Animassinhas. Apresentação do DVD.

30º: Mapeamento dos locais escolhidos pelo grupo para integrar o jogo. Os adolescentes visitaram os locais, realizaram entrevistas e fizeram fotos.



Adolescentes elegem locais para Integrar o Jogo Visita à Escola

31º: Votação da cor do tabuleiro, revisão das cartas e finalização do mapa.

32º: Oficina de nutrição.



Adolescentes fazendo salada de frutas na Oficina de Nutrição.

33º: Preparação para a festa de Natal e avaliação da primeira etapa do projeto.

34º: Festa de Natal



Festa de Natal – 2006

35º: Encerramento do Projeto “Amigos do Cafezal”.



Parte dos Adolescentes que Integraram o Projeto Amigos do Cafezal

ANEXO 6 – Roteiros dos vídeos Animassinhas:

Título: Não use drogas

Autores: Lílian, Aline, Flávia, David

Cenário: sala de estar

Personagens: uma família – Cauã (Pai), Camila (Mãe), Thaís (Filha)

Mãe e pai conversando:

Cauan: Camila, eu acho que nossa filha está usando drogas!

Camila: Poxa, Cauã! Então vamos chamar nossa filha para conversar

Pai chama a filha (Grita): Thaís!

Thaís entra rápido

Thaís: Sim, pai!

Cauan: Thaís, me responde, você está usando drogas?

Thaís: Eu não vou mentir pai, estou usando drogas

Som de bomba caindo na cabeça do Pai

Cauan: Não chore filha. Nós vamos te ajudar. Vamos te colocar em um projeto. Você vai superar isso e ser feliz!

Personagens se abraçam / Música alegre

Música final

Moral

Quando descobrir que seu filho usa drogas, não o expulse de casa, dê apoio, e devolva a ele a felicidade.

Título: Conversa de adolescente

Autores: Tais, Lorena, Ziza e Rosiane.

Cenário: banco de praça, árvore, gangorra, balanço, grama

Personagens: duas garotas – Cristina e Poliana (duas crianças brincando ao fundo)

Música romântica

P: Aí Cristina! Ontem eu fiquei com o Tico de novo. Quase que o meu pai descobriu, porque o Tico contou para o Felipe e o Felipe, como é muito fofoqueiro, saiu espalhando.

Cristina: Que coincidência, eu fiquei com o Léo.

P: Ah! O Tico falou que é pra mim ir lá na rua dele, só que eu tenho que ir na hora que o Jho-jho não estiver na rua, senão ele vai desconfiar. Mas o que que eu vou falar pra minha mãe?

Cristina: Fala que você vai na minha casa.

P: Ai, amiga! É mesmo? Valeu!

Música de suspense

Cristina: Vocês tiveram uma relação sexual?

P: O Tico bem que já pensou nisso, mas eu tenho medo de engravidar.

Cristina: É só você usar camisinha.

P: Mas eu não sei colocar, e o Tico falou que se for acontecer ele não vai usar. Aí eu falei com ele: "Se você não for usar, eu uso, porque eu não quero ser mãe com 16 anos." E aposto que se eu engravidar ele não vai assumir.

Cristina: É só você ir lá no posto e procurar uma enfermeira e perguntar que elas te explicam.

P: Aí, amiga! Muito obrigada pelo conselho.

Título: Use camisinha

Autores: Liliane e David.

Cenário: Banco de praça, quarto

Personagens: casal – Eduarda e Thales

Eduarda: Thales, eu estou pronta para nossa primeira vez.

Thales: Sim Eduarda, eu te prometo que vai ser inesquecível.

Narrador: Quando chega a noite.

Eduarda: Estou nervosa.

Thales: Me beije e vai se acalmar

Narrador: Segundos depois.

Eduarda: THALES!

Thales: O que?

Eduarda: Pare e pense. Não está se esquecendo de nada?

Thales: Meu Deus! A camisinha.

Eduarda: Peguei! Agora sim, vamos ser felizes depois dessa relação.

Som: Plin–plin!

Moral: Não esqueça. Na hora da relação, lembre-se da sua felicidade. Use camisinha.

Título: A natureza tem que ser feliz

Autora: Paloma, Tais e Evandro

Cenário: sem cenário específico

Personagens: dois meninos e uma menina

Menino 1: Nossa, que legal! Os meus colegas estavam falando sobre sexo!

Menino 2: Meus colegas falaram que sexo é da natureza.

Menina: Será que é verdade?

Menino 1: Eu acho que sim, Nataly!

Menina: Porque?

Menino 2: Se eles não fizerem sexo, a natureza vai virar o que? Uma tristeza.

Todos: Nós estamos falando sobre sexo. Nós estamos muito felizes!

Título: “A Descoberta”

Autores: Davi, Liliane e Josiane

Cenário: praça com brinquedo, casa

Personagens: uma família – Pai, Mãe e Camila (filha)

Narrador: Camila é uma menina que brinca alegremente na pracinha perto de sua casa. Quando ela estava indo para o escorregador ela achou um pacotinho. Ela pensou.

Camila: O que será isso? Pra que serve?

Narrador: E levou o pacotinho pra casa. Chegando lá, ela levou o pacotinho para sua mãe e perguntou:

Camila: Mãe, o que é isso? Pra que serve?

Narrador: A mãe respondeu.

Mãe: Chame seu pai para conversar sobre o que é isso.

Narrador: com a família reunida começaram a conversar.

Mãe: Filha, esse pacote é camisinha!

Camila: Pra que serve?:

Pai: É para evitar doenças sexualmente transmissíveis e para evitar a gravidez.

Camila: O que é gravidez e doenças sexualmente transmissíveis?

Mãe: Quando você transa com uma pessoa sem camisinha, você pode pegar doenças como AIDS, sífilis, gonorréia, etc.

Camila: E a gravidez?

Pai: A gravidez acontece quando o esperma sai do pênis e anda no corpo da mulher até chegar ao óvulo. A camisinha serve para evitar que o esperma chegue ao óvulo.

Camila: Então, porque vocês não usaram quando me tiveram?

Som: Tam tam tam

Título: O Diálogo

Autores: Natália e Evanildo

Cenário: não especificado

Personagens: casal adolescente – Marcos e Carla

Narrador: Dois namorados, a menina mais nova chamada Carla, tinha 14 anos e o seu namorado chamado Marcos tinha 21 anos. Os dois estavam conversando, quando Marcos pergunta.

Marcos: Você me ama?

Narrador: Carla, sem entender, fala.

Carla: Claro que te amo! Se eu não te amasse eu não estaria com você.

Narrador: Marcos respondeu.

Marcos: Se você me ama mesmo, me prove.

Carla: Como assim? O que eu terei que provar?

Marcos: Transe comigo!

Narrador: Carla fica assustada com Marcos e fala.

Carla: Eu tenho medo!

Marcos: Medo de que? Eu não vou te machucar, pois eu te amo, é o que importa!

Carla: Muitas meninas que tem relação sempre engravidam sem querer. Eu não quero que isso me aconteça.

Marcos: Existe muito jeito de evitar, camisinha, pílula e muito mais.

Carla: Você quer arriscar a vida em apenas cinco minutos? Eu não tenho responsabilidade nem por mim, ainda mais por uma criança.

Marcos: Você está certa. Você é nova e eu tenho que ser mais responsável por você e também não quero te ver grávida tão nova.

Carla: É. Que pena que todos os homens não pensam assim.

ANEXO 7 – Roteiro de Perguntas do Ensaio Fotográfico com Pais Adolescentes

Roteiro de perguntas
Ensaio fotográfico com Pais Adolescentes
Amigos do Cafezal

Identificação
Nome do Entrevistador/Fotógrafo:
Idade:

Nome do Entrevistado:
Endereço:
Idade:
Número de filhos/Idade de cada:
Mora com a criança/Mãe?
Teve filhos com 12 13 14 15 16 17 18

Trabalha? Onde/função:

Estuda?Onde/Série

Perguntas Iniciais (quebra/gelo)

Qual é o seu nome?
Quantos anos você tem?
Como você está agora?
O que você gosta de fazer no seu tempo livre?
Quantos filhos você tem?
Qual é o nome do seu filho(a)(s)?
Com qual idade você foi pai?
Você cuida da criança?
Você gosta do seu filho?
Você trabalha?
Como era sua vida antes de ser pai?
Perguntas dirigidas ao tema
Quando você descobriu que seria pai você gostou da idéia? E agora você gosta?
Você assistiu o parto?
Você visitou a mãe no hospital?
Você se dá bem com a mãe da criança?
Você ajuda a criança com alimentação, fraldas, etc.?
Você mora com a criança e com a mãe?
Ao saber que você seria pai, qual foi a sua reação e qual foi a reação de seus pais?
No começo da gravidez quais eram suas reações e como você se sentia?
O que mudou na sua vida ao ser pai?

Quando seu filho nasceu, o que você sentiu em relação a isso?
Você ajuda nos cuidados do seu filho?
Você costuma dar banho nele? O que você sente?
Você, ao ouvir o choro de seu filho a noite, se levanta para ajudar a mãe?
No começo da gravidez, você estava ao lado da mãe de seu filho?

O que mudou entre vocês dois ao ter um filho?
Ao saber que seu filho ia nascer, o que você sentiu? Você foi ao hospital acompanhar o parto?
O que você gosta de fazer com seu filho(a)?
O que sua mulher gosta de fazer com a criança?
Como é saber que você vai ser pai?
Qual é a sensação de ver o seu filho a primeira vez? X
O que você faz quando seu filho chora?
Como você fica quando seu filho esta dormindo?
Você é a pessoa que cuida de seu filho?
Como você se sentiu após ser pai?
Como é a relação dos homens ao receber a notícia que serão pai?
Qual é a trajetória do homem na vida de seu filho?

Fechamento

O que é ser pai?
É bom ser pai?
Qual é a sensação de esperar um filho?
Ser pai cedo é bom ou ruim?

Complete a frase: Quero que meu filho(a) _____

Cualé Papai!

Um outro olhar sobre a Paternidade adolescente

