

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO
REGIONAL-MESTRADO E DOUTOURADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

Andréa Cristine de Lima

**A ATUAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS (SPE) NA
PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SANTA
CRUZ DO SUL: UM ESTUDO DE CASO**

Santa Cruz do Sul, março de 2010

Andréa Cristine de Lima

**A ATUAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS (SPE) NA
PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SANTA
CRUZ DO SUL: UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Orientador: Prof.Dr. Mario Riedl

Santa Cruz do Sul, março 2010

Andréa Cristine de Lima

**A ATUAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS (SPE) NA
PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SANTA
CRUZ DO SUL: UM ESTUDO DE CASO**

Esta Dissertação foi apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional - Mestrado e Doutorado, Área de Concentração em Desenvolvimento Regional, Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento Regional.

Dr. Mario Riedl

Professor Orientador

Dr. Marcos Artemio Fischborn Ferreira

Dr^a Marilene Maia

*Aos meus pais que confiaram em mim e ao
Ivan companheiro de todas as horas.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus familiares pelo incentivo e paciência, aos professores, colegas e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional, pela atenção e amizade e, em especial, ao professor orientador Dr. Mario Riedl, pela dedicação, paciência e principalmente pelo encorajamento na continuação deste trabalho.

Também agradeço à CAPES pela concessão da bolsa de estudos.

RESUMO

A ATUAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS (SPE) NA PREVENÇÃO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL: UM ESTUDO DE CASO

A gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade na adolescência, com sérias conseqüências para a vida dos adolescentes envolvidos, de seus filhos que nascerão e de suas famílias. São muitos os dilemas relacionados a esta questão, bem como as tentativas do poder público de minimizar esta problemática através de projetos e programas. Este estudo analisa uma política pública do governo federal denominada “Saúde e Prevenção nas Escolas – SPE”, que tem dentre os seus objetivos primordiais a prevenção da gravidez na adolescência. A partir deste estudo de caso no município de Santa Cruz do Sul – RS e com base nos dados relacionados à gravidez na adolescência, bem como de entrevistas qualitativas realizadas com os atores envolvidos no programa específico, identificamos as ações desenvolvidas nas escolas públicas no município. Uma das principais conclusões foi que o impacto do programa na redução da gravidez na adolescência não foi significativa até o momento.

Palavras-chave: gravidez na adolescência, política pública, Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas.

ABSTRACT

The precocious pregnancy is a worrisome issue related to adolescent sexuality, with serious consequences for the adolescent life, their children to be born and their families. There are numerous problems concerning this issue and the government is trying to minimize the occurrence of the phenomenon through projects and specific programs. This study analyses a public policy by the Federal Government, called "Health and Prevention in Schools", which has as main objective the prevention of pregnancy in the adolescence. Through this case study, performed in the county of Santa Cruz do Sul –RS, using data available concerning pregnancy in the adolescence, as well as interviews with actors involved in the specific program, we identified the various strategies and initiatives developed in public schools along the county. One of the major conclusions was that the impact of the policy on the reduction of adolescent pregnancy has not been significant so far.

Key-words: Adolescent pregnancy, public policy, Program Health and Prevention in Schools.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

01 Mapa do Estado do Rio Grande do Sul.....	036
02 Mapa de localização dos Bairros nos quais o número de bebês de mães adolescentes aumentou de 2007 para 2008.....	062
03 Mapa de localização dos Bairros nos quais o número de bebês de mães adolescentes aumentou de 2007 para 2008.....	081
04 Mapa de localização dos Bairros nos quais o número de bebês de mães adolescentes manteve a mesma proporção de 2007 para 2008.....	082
05 Mapa de localização dos Bairros nos quais o número de bebês de mães adolescentes diminuiu de 2007 para 2008.....	083

LISTA DE QUADROS

01 Nascimentos de bebês de mães adolescentes em Santa Cruz do Sul, por bairro, 2007-2008.....	061
02 Nascimentos de bebês de mães adolescentes em Santa Cruz do Sul, por bairro, 2007-2008.....	080
03 Comparativo entre as escolas Municipais e Estaduais.....	101
04 SPE- Atribuições do Grupo Gestor Municipal.....	103
05 Andamento e Finalidades Gerais e Locais do Programa.....	104

LISTA DE TABELAS

01 Mortalidade materna no Brasil, 1996-2006	048
02 Taxa de Mortalidade Materna no RS, 1995-2006	052
03 Números de Nascidos Vivos por Faixa Etária da Mãe, RS, 2000-2007	054
04 Flutuação da Natalidade por Faixa etária da mãe RS, por Períodos 2000-2007	055
05 Distribuição do Número de Mães Adolescentes Por Faixa Etária Detalhada Por Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2006	056
06 Distribuição do Número de Mães Adolescentes Por Faixa Etária Detalhada Por Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2007	057
07 Percentual de nascidos vivos por faixa etária da mãe - 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – 2006	059
08 Percentual de nascidos vivos por faixa etária da mãe - 13ª Coordenadoria Regional de Saúde – 2007	059
09 Distribuição do Número de Mães Adolescentes Por Faixa Etária na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2007	078

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial a Criança e ao Adolescente
CEMAI	Centro Materno Infantil
CEMAS	Centro Municipal de Apoio a Sorologia
CMMM	Coeficiente Médio de Mortalidade Materna
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DAS	Departamento de Ações em Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EE	Escola Estadual
EMEF	Escola Municipal de Ensino Fundamental
EMEI	Escola Municipal de Educação Infantil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LDB	Leis de Diretrizes e Bases para Educação
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NIS	Núcleo de Informações em Saúde
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PRONAICA	Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PU	Plantão de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIM	Sistema de informação sobre mortalidade
SINASC	Sistema de Informação de Nativos
SPE	Programa de Saúde e Prevenção Saúde e Prevenção na Escola
SUDS	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UMREST	Unidade de referência em Saúde do Trabalhador

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	013
1 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE.....	018
1.2 Políticas Públicas para Adolescentes.....	026
2 CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO INTEGRANTE DO PROGRAMA SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS (SPE).....	035
3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS.....	041
3.1 Gravidez na Adolescência no Brasil.....	045
3.1.2 Gravidez na Adolescência no Rio Grande do Sul.....	050
3.2 Prevenção da Gravidez na Adolescência e o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE).....	063
3.3 Atuação do Projeto Saúde e Prevenção na Escola:análise dos resultados no município.....	076
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	110
REFERÊNCIAS.....	114
ANEXO A - Roteiro Entrevista Coordenadora do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas.....	118
ANEXO B - Roteiro entrevista com seis escolas que aderiram ao SPE	119

INTRODUÇÃO

A prevenção da Gravidez na adolescência, é um dos caminhos, ou melhor, praticamente o único para evitar a gravidez indesejada, ou não - planejada. Assim como outros segmentos da saúde, a prevenção é um investimento com o qual se economiza futuramente, não somente economicamente, mas também, em aspectos sociais e na saúde emocional da adolescente.

No contexto da gravidez na adolescência temos os seguintes aspectos: há riscos tanto para a saúde da mãe, quanto para a do bebê. Atrelado diretamente a estes aspectos, estão o aumento dos gastos com medicina curativa, UTI neonatal, internações hospitalares e consultas, que poderiam ser evitadas.

Além destes, outros aspectos de ordem social e econômica, devem ser apresentados para esta análise. Entre eles estão: a evasão escolar da mãe, seja por não ter com quem deixar o bebê, por ter que trabalhar para sustentá-lo, ou seja, pelo sentimento de exclusão provocado pela gravidez.

Em consequência, ao deixar os estudos estarão menos qualificadas e muitas até inaptas ao mercado de trabalho, o qual está cada vez mais exigente. Além disso, talvez, futuramente serão mais brasileiras a procura de emprego, ou trabalhando precariamente.

É possível observar que temos um ciclo, o qual começa antes do nascimento do bebê e engloba aspectos sociais, econômicos e principalmente de saúde pública.

Além das questões já abordadas, o fato de analisar o que está sendo feito, no campo das políticas públicas, elemento principal do estudo, é de extrema relevância para o processo de desenvolvimento. Pois sem olhar para o que está sendo executado não é possível saber se as ações estão sendo realizadas de maneira que seus objetivos estejam sendo atingidos, ou se os recursos públicos estão sendo utilizados erroneamente.

Os elementos apresentados remetem à importância de cada segmento no processo de desenvolvimento, uma vez que a gravidez na adolescência reflete direta ou indiretamente no futuro social e este por sua vez no econômico, tanto de um local, região como do país.

Ao falar em desenvolvimento e prevenção da gravidez na adolescência estamos falando de políticas públicas, pois estas perpassam as nuances do desenvolvimento, ou melhor, são o caminho para fortalecer as comunidades e minimizar os efeitos das questões sociais as quais muitos indivíduos estão expostos. Efeitos que englobam aspectos de ordem econômica, social e de saúde pública e que se não trabalhados de maneira efetiva, emperram o desenvolvimento de qualquer região.

Esses aspectos demonstram que há relação da gravidez na adolescência com o desenvolvimento de determinada região, uma vez que os fatores acima expostos estão atrelados diretamente a este contexto. E ainda corroboram com a afirmativa de que sem políticas públicas efetivas, não existe desenvolvimento de fato.

Atualmente no país temos a Política Nacional do Jovem e do Adolescente, que em seu texto traz algumas questões, mas que não tem como objetivo principal, a prevenção da gravidez na adolescência. Normalmente opera na distribuição de anticoncepcionais e na facilitação de acesso á consultas. Já o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), tem aspectos diretamente relacionados a esta problemática.

Pelo exposto, visando contribuir e mostrar para os municípios que ainda não despontaram para a importância da prevenção da gravidez na adolescência, realizou-se um estudo de caso relacionado ao município de Santa Cruz do Sul, sede da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Considerando, que o mesmo, no que se refere a gravidez na adolescência ainda não foi avaliado, analisá-lo é fundamental para a continuidade, ou não das

ações até o momento desenvolvidas, ou ainda, para a definição de novas estratégias.

O estudo realizado, foi um estudo de caso, de uma política pública (programa) no município de Santa Cruz do Sul.

Além disso, analisar e avaliar políticas públicas é de extrema relevância, já que viabiliza escolhas de planejamento e possibilita um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade.

O presente estudo, teve enfoque na avaliação do programa Saúde e Prevenção na Escola (SPE), neste caso, fizemos um recorte nos objetivos do referido programa e analisamos a questão da gravidez na adolescência.

Para tanto, teve como objetivo analisar a atuação Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), na redução da gravidez na adolescência no município de Santa Cruz do Sul.

Visando analisar a atuação do programa realizou-se um estudo de caso no município de Santa Cruz do Sul, incluindo dados numéricos relacionados aos índices de gravidez na adolescência obtidos através do SINASC e Vigilância Epidemiológica do município de Santa Cruz do Sul.

Utilizou-se, portanto, o método qualitativo descritivo sendo a coleta de dados a partir de entrevista semi-estruturada com a coordenação do SPE em Santa Cruz do Sul e responsáveis pelas ações nas escolas E. E Sagrada Família, E. E. Bruno Agnes, E. E. Ernesto Alves de Oliveira, EMEF Prof. José Ferrugem, EMEF Bom Jesus EMEF Santuário obtivemos como e onde este projeto está atuando, além das perspectivas e planejamentos para o futuro.

Ainda com a utilização da técnica de entrevista semi-estruturada foi entrevistada, Assistente Social, coordenadora de um projeto municipal sobre sexualidade. Esta entrevista contribuiu para análise de fatores que são externos ao SPE, mas que estão relacionados à prevenção da gravidez na adolescência.

Com essa coleta de dados foi possível olhar para a proposta do SPE, de maneira geral, mas principalmente para questão da gravidez na adolescência e saber se o programa já produziu algum resultado nas escolas que aderiram ao mesmo. Bem como, identificar o andamento prático da proposta até o ano de 2009.

É importante ressaltar que o número de partos feitos em adolescentes na rede pública diminuiu 30,6% nos últimos dez anos, indicam novos dados do Ministério da Saúde. Foram 485,6 mil partos em 2008 contra 699,72, em 1998. No Sul, Sudeste e Centro-Oeste, a redução ultrapassou 35%. A queda na quantidade de adolescentes grávidas no Brasil deve-se, principalmente, ao acesso às políticas de prevenção e orientação sobre saúde sexual (Ministério da Saúde-2009).

A coordenadora da área de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, Thereza de Lamare destaca como fundamental na redução do número de partos entre adolescentes os programas que unem saúde e educação, como Saúde nas Escolas e Prevenção e Saúde nas Escolas (Ministério da Saúde-2009).

Esse estudo recente aponta para a importância de programas de prevenção e entre estes está o SPE - Saúde e Prevenção na escola, o qual foi analisado nessa dissertação, a partir dos seguintes itens: Política Pública de Saúde o qual nos dá um panorama geral sobre a Saúde como direito de todo cidadão, tratando dos princípios do Sistema Único de Saúde principalmente a descentralização e a equidade, Políticas Públicas para Adolescentes onde apontamos alguns números relacionados a saúde dos adolescentes, bem como, utilizamos o Estatuto da criança e do adolescente (ECA), instrumento primordial dos direitos da criança e do adolescente para analisar como estão as políticas públicas para este segmento.

Para conhecer o município no qual realizamos o estudo trabalhamos as Características do Município Integrante do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, não poderíamos deixar de citar os aspectos que envolvem a gravidez, para isso, desenvolvemos o item Gravidez na Adolescência: causas e consequências, neste apontamos o que leva as adolescentes a terem filhos, o que isso pode representar tanto para a adolescente, como para o bebê e o que este aspecto

acarreta economicamente e socialmente. Gravidez na Adolescência no Brasil, Gravidez na Adolescência no Rio Grande do Sul, esses dois itens nos dão a dimensão através de números sobre a gravidez na adolescência, mortalidade materna no Brasil e Rio grande do Sul e Santa Cruz do Sul. Prevenção da Gravidez na Adolescência e o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), aqui ressaltamos os principais aspectos do Programa analisado e a partir deste no item Atuação do Projeto Saúde e Prevenção na Escola: análise dos resultados no município partimos para a análise dos resultados encontrados nas entrevistas com a coordenação do SPE e escolas que aderiram ao programa.

Entende-se que os aspectos dão conta do amplo contexto que envolve a gravidez na adolescência e são suficientes para análise do programa de saúde e prevenção nas escolas SPE.

1 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Antes de falar em política pública de saúde é importante nos situarmos brevemente no campo das políticas públicas.

Para Celina Souza pode-se resumir política pública da seguinte maneira:

o campo do conhecimento que busca, ao mesmo tempo, "colocar o governo em ação" e/ou analisar essa ação (variável independente) e, quando necessário, propor mudanças no rumo ou curso dessas ações (variável dependente). A formulação de políticas públicas constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real (SOUZA, 2006. p. 6).

Mesmo considerando que a exposição acima consegue explicitar a intenção das políticas públicas, cabe ressaltar que o campo das políticas públicas é muito complexo e diante disso são muitos os conceitos que buscam determiná-la, porém, Celina Souza (2006), a partir do estudo de diversos conceitos nos apresenta algumas características.

Ou seja, das diversas definições e modelos sobre políticas públicas, extraiu e sintetizou os elementos principais: a política pública permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; envolve vários atores e níveis de decisão, embora seja materializada através dos governos, e não necessariamente se restringe a participantes formais, já que os informais são também importantes; é abrangente e não se limita a leis e regras; a política pública é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados; a política pública, embora tenha impactos no curto prazo, é uma política de longo prazo; envolve processos subseqüentes após sua decisão e proposição, ou seja, implica também implementação, execução e avaliação.

Como neste estudo analisaremos um programa de Saúde e Prevenção do Governo Federal esses aspectos servem como elementos para análise.

Em fins dos anos 70 e início dos 80, diversos países, inclusive o Brasil, questionavam as alternativas para o setor público decorrentes de severa crise

econômica que atingia as nações e que exigiam um redimensionamento do papel do Estado.

As reformas na política de saúde foram conduzidas, não só no Brasil, mas em boa parte do mundo, para responder a duas questões centrais: como otimizar os limitados recursos destinados ao setor e como organizar um sistema de saúde eficaz e com envergadura suficiente para atender às necessidades de saúde da população.

Mas para uma melhor compreensão é importante ressaltar o processo histórico que antecedeu o SUS (Sistema Único de Saúde).

O Movimento da Reforma Sanitária, no final da década de 70, e que culminou com a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, propôs que a saúde seja um direito do cidadão, um dever do Estado e que seja universal o acesso a todos os bens e serviços que a promovam e recuperem.

O Sistema público de saúde começou a ser construído com o processo de redemocratização do país. A sociedade civil teve grande envolvimento nesse processo, através de conferências prévias, estaduais e municipais que protagonizaram a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Essa conferência foi um marco, ou seja, balizou as mudanças posteriores no que se refere ao direito universal a saúde.

Antes da Constituição de 1988 a saúde era direito apenas de quem pagava por ela, ou seja, os trabalhadores com carteira assinada, que contribuíam compulsoriamente com parte do seu salário para a manutenção do sistema previdenciário público. Ou ainda, aqueles que tinham recursos financeiros para pagar o atendimento em caráter particular. O sistema então chamado de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) deixava sem cobertura os trabalhadores informais e desempregados.

Sendo assim, seu formato deixava à margem do sistema grande parte da população brasileira: os mais pobres, os que se encontravam em condições de

desvantagem social e, por isso, os que talvez mais precisassem de atenção à saúde.

A criação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), comandado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), período que antecedeu a constituição de 1988, reforçou as iniciativas de descentralização e universalização e preparou a introdução do Sistema Único de Saúde (SUS).

A reforma implementada no sistema de saúde brasileiro no final dos anos 80 trouxe como questão de fundo não só a garantia do direito à saúde, mas, em essência, a noção de equidade quanto à distribuição mais ampla dos recursos da saúde. Essas duas questões buscavam dar respostas às críticas dirigidas ao sistema de saúde vigente àquela época, cujo formato deixava à margem do sistema grande parte da população brasileira.

A Constituição de 1988 define as principais características do Sistema Único de Saúde, entre as quais estão: universalidade, gratuidade, integralidade, organização descentralizada com direção única em cada esfera de governo, prioridade das atividades preventivas e sem prejuízo das atividades de assistência, participação da comunidade, financiamento público das três esferas de governo e participação da iniciativa lucrativa e filantrópica de modo auxiliar (LUCCHESI, 1996).

Nos seus princípios consta: universalidade dos serviços, a equidade na prestação de serviços e a integralidade da assistência; participação da comunidade; descentralização político-administrativa hierarquização e regionalização.

A descentralização, um dos princípios básicos do SUS, torna-se bandeira da política de saúde. O Ministério da Saúde descreve a descentralização como: o processo de transferência de responsabilidades e prerrogativas de gestão para estados e municípios, atendendo as determinações institucionais e legais que embasam o Sistema Único de Saúde (SUS) e que definem atribuições comuns e

competências específicas à União, Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios (PORTAL DA SAÚDE)

Com o processo de descentralização, os municípios passam a trabalhar de acordo com as necessidades de saúde da sua população. Os recursos ganham possibilidade de investimento, a partir das demandas locais. Evitando assim, o investimento em programas e projetos sem relevância social para a população.

Outro aspecto importante com a descentralização é o aumento do controle social, uma vez que os Conselhos Municipais de Saúde, nesta configuração são obrigatórios.

Dentro desse contexto as Leis Orgânicas da Saúde (nº 8.080 de 19/09/90 e nº 8.142 de 28/12/90) - SUS e todas as suas alterações, vêm regulamentar o comando constitucional que instituiu o modelo descentralizado e universal de atenção à saúde, reconhecendo-a como um direito de todos. A participação da sociedade civil no processo de implementação e gestão do SUS é assegurada nas Conferências Nacionais de Saúde, realizada a cada quatro anos, e na representação paritária nos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde.

Segundo Costa (2001), os primeiros resultados sobre a importância da descentralização demonstram que: instituiu as Secretarias Municipais de Saúde, ampliou a capacidade de gerencia em razão das novas responsabilidades, aumentou a força de trabalho na saúde, gerou o aumento da oferta de serviços em ambulatório e ações de saúde coletiva, induziu a um maior comprometimento de recursos do orçamento municipal com o setor saúde.

Conforme o Ministério da Saúde, a descentralização não é um mero programa de transferência de recursos do governo federal para as outras instancias. É antes, um processo que envolve também a transferência de decisões e responsabilidades quanto às políticas de saúde pública no país.

Diante dessas colocações, fica evidenciada a descentralização como um dos aspectos fundamentais do SUS.

Entendemos que, além da saúde como direito de todos e dever do Estado, a descentralização é outro aspecto importante que difere o período anterior à constituição de 1988, ao SUS e o período atual com a implementação do SUS.

Porém, não se pode negar que a descentralização, devido ao contexto nacional político e desigual, tem o seu lado perverso. Para que realmente a descentralização cumpra com o propósito para o qual foi criada, ainda são necessários muitos avanços.

E é devido ao contexto de desigualdades, disparidades sociais que aparece também a equidade como princípio.

Todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde; como, no entanto, o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam. Mas somente a igualdade em um país de tantas desigualdades não resolve o problema da saúde brasileira. Por isso, a importância de lutar pela equidade do SUS, este caminho sim, traz a tona a realidade social brasileira.

O tema equidade passa a receber maior atenção na década de 80. Um dos marcos dessa discussão no campo da saúde é a estratégia formulada pela Organização Mundial da Saúde - OMS – "Saúde Para Todos no Ano 2000", que visa a promoção de ações de saúde baseadas na noção de necessidade, destinadas a atingir a todos, independente de raça, gênero, condições sociais, entre outras diferenças que possam ser definidas socioeconômicos e culturais.

Partindo desse princípio, a questão central a ser tratada pelas políticas que almejam equidade em saúde, é a redução ou a eliminação das diferenças conjunturais injustas, criando, desse modo, igual oportunidade em saúde e reduzindo as diferenças injustas tanto quanto possível (VIANA, et al, 2003).

Essas análises adquirem força no mundo contemporâneo porque as fragmentações e as diversidades de processos sociais verificados no mundo

globalizado restringem o espaço das versões homogêneas de vida social. Dessa forma, a noção de igualdade só se completa se compartilhada à noção de equidade. Não basta um padrão universal se ele não comportar o direito à diferença.

Essa é a essência do debate da equidade em saúde que é aplicado ao problema dos recursos limitados e a forma mais equânime de distribuí-los. A ideia de que a ausência de saúde pode afetar as oportunidades dos indivíduos de fazer ou ser algo, evidencia a importância da reflexão sobre a ideia de justiça social para o caso da saúde e, nesse sentido, é fundamental considerar as diferenças para aplicação de políticas e programas mais efetivos, que dêem respostas a problemas específicos e, conseqüentemente, atuem para redução das desigualdades injustas. (VIANA, et al, 2003).

O que evidencia que somente olhar para a saúde não é o suficiente, pois a saúde como o próprio SUS aponta no artigo 3º tem diversos fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, meio ambiente, trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do país (COLETÂNEA DE LEIS, 2000, p.118),

Ou seja, o aspecto saúde está atrelado a muitos outros aspectos e somente terá bons resultados se as políticas públicas derem conta de outras necessidades da população principalmente alimentação, saneamento básico e moradia.

Ao longo dos anos 90, a Organização Mundial da Saúde, o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento, entre outros organismos internacionais, classificaram a equidade como eixo central do debate econômico e da reforma do Estado. Entretanto, diferentes perspectivas e interesses estão presentes na arena política e temas como papel do Estado, descentralização, gasto público e distribuição dos recursos são apresentados em diferentes proposições (VIANA, et al, 2003).

Embora se considere que a inclusão do princípio de equidade na formulação de políticas de saúde não garante, de imediato, a implementação de políticas que

resultem em melhores níveis de equidade (na prestação de serviços), esse debate vem alcançando relevância no setor, promovendo importante redefinição nos rumos das políticas de saúde.

No primeiro momento, pode-se dizer que a inclusão da equidade ocorreu no plano da formulação das políticas e programas, na garantia do acesso universal aos serviços de saúde. Posteriormente, em sua fase de execução, a equidade passou a ser um dos princípios norteadores da política, seja no aspecto do acesso e utilização do sistema, seja na alocação dos recursos financeiros.

É necessário, antes de finalizar, ressaltar que sem sombras de dúvidas, mudanças muito positivas ocorreram a partir da política pública de saúde. Mas muitos problemas permanecem e necessitam de acompanhamento intenso e imediato.

É possível elencar alguns: oferta de serviços - em determinados locais, principalmente capitais ou municípios com um número considerável de habitantes, concentram-se grande parte de recursos, no entanto, os demais municípios ficam na dependência dos centros metropolitanos para atendimentos específicos em várias áreas da saúde.

Entende-se, logicamente, que em locais com maior demanda (mais habitantes), a oferta (de serviços) será maior, mas o eixo do problema está na longa espera para aqueles que não tem os serviços necessários nos municípios.

Outros aspectos que também necessitam de atenção, são a falta de leitos nos hospitais, ou melhor, a distribuição dos mesmos e ainda, a falta de qualidade e respeito aos cidadãos nos serviços de urgência e emergência.

O que justifica cidadãos nos corredores dos hospitais e nos serviços de urgência e emergência implorando por atendimento? O que justifica pessoas aguardando anos com sofrimento por alguma patologia que requer intervenção cirúrgica, ou até por um exame para saber como começar a realizar um tratamento de saúde?

Os impostos, as contribuições previdenciárias o imposto sobre os cheques (CPMF), até o momento pouco contribuíram para fortalecer o setor saúde, a verdade é que ainda se procura a resposta para solucionar o dilema da saúde no Brasil.

No que se refere á gravidez na adolescência, tema central do presente estudo, a exemplo dos aspectos acima citados, alguns avanços já ocorreram, entre eles estão: o acesso ao pré-natal, preparo das equipes para atendimento diferenciado, planejamento familiar e a distribuição de preservativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE). Porém, uma realidade que torna-se preocupante, ao passo que o mercado de trabalho está cada vez mais seletivo, é a adolescente depois de ter o bebê, pois o Brasil ainda não tem planejamento para este segmento pós nascimento do bebê. O que demonstra a necessidade e ampliação e efetivação de trabalhos preventivos.

A prevenção é um dos objetivos do SUS como contempla no capítulo I item 3:

A assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (COLETÂNEA DE LEIS, 2000. p. 119).

Mas é importante ressaltar, que além das esferas federal, estadual e municipal de governo, a sociedade civil tem papel fundamental para a consolidação e universalização do Sistema Único de Saúde (SUS). A participação e a mobilização por espaços de discussão, são elementos de repercussão extremamente relevantes e podem contribuir para minimizar a massa de excluídos do país.

Ou seja, a consolidação das políticas públicas envolve dimensões governamentais e da sociedade, as quais são extremamente complexas, são movimentos que resultam em decisões a respeito de um tema social relevante, a serem materializadas em lei, para a partir disso serem organizados e operacionalizados

Intrínsecos a esses aspectos temos os jogos de forças entre esses atores, os quais perpassam conflitos de interesses e culminam em um “campo minado”, seja esse de decisões para uma intervenção que resulte em direitos e benefícios para quem deles necessitam, ou para pessoas ou grupos que conseguem através da atuação de lobistas ter seu projeto talvez menos necessário ser aprovado.

1.2 Políticas públicas para adolescentes

Segundo dados do último recenseamento geral do Brasil, o grupo de adolescentes (10-19 anos) representava cerca de 20,3% da população do país e contribuíam com 2,4% da mortalidade geral, com predominância de mortes masculinas por acidentes e violências. A taxa de mortalidade na população adolescente masculina (99,0 por 100.000 habitantes) superava em muito a taxa feminina (34,9 por 100.000 habitantes). As principais causas de morte entre os homens foram as agressões (34,2%), os acidentes de trânsito terrestre (16,9%), o afogamento (6,3%), os eventos com intenção indeterminada (4,0%) e as lesões auto-infligidas (3,2%). No período 1996–2004, as mortes por agressões aumentaram 26,3%, mas o risco de morrer pelas demais causas diminuiu, por exemplo, por acidentes de trânsito terrestre 22,3%, por afogamento 28,2%, por suicídio 8,5% e por leucemia 8,0% (OPAS, 2007. p. 68 e 69).

O perfil de mortalidade deste grupo difere entre os homens e as mulheres; assim, as cinco primeiras causas de morte masculina são externas, enquanto que as duas primeiras causas de morte feminina são externas e a terceira são as causas maternas (4,6% dos falecimentos). (OPAS, 2007. p. 68 e 69).

As internações por traumatismos resultantes de acidentes e violência representaram 9,4% do total de 1.314.408 das internações hospitalares registradas neste grupo de idade em 2005. Entre as hospitalizações por causas externas se destacam as quedas (41,8%) e os acidentes de trânsito (15,8%).

Em 2004 foram notificados 661.290 partos em adolescentes de 10 a 19 anos de idade (21,8% do total), proporção algo menor que a observada em 1998 (24,0%).

Estimou-se que, em 2004, 26.726 nativos (0,9% do total) corresponderam a mães de 10 a 14 anos, e a prevalência do peso inferior ao normal ao nascer nesse grupo (13,5%) superou a média geral (8%). (OPAS, 2007. p. 68 e 69).

Segundo dados divulgados pela Agência de Notícias dos Direitos da Infância (ANDI), a cada dia cerca de 140 meninas entre 10 e 19 anos têm a gravidez interrompida pelos mais diversos motivos. Ainda assim, a ANDI destaca que o PPACA (Plano Presidente Amigo da Criança) não inclui uma ação para o acompanhamento de garotas que viveram essa experiência.

A questão do aborto é mais um dos lados perversos da gravidez na adolescência, pois as adolescentes sem saída “diante de uma gravidez muitas vezes não – planejada, procuram este caminho rápido, porém, muito perigoso”.

Mesmo com os números acima citados as estatísticas ainda estão longe da realidade, uma vez que muitos abortos são realizados clandestinamente e por isso não são contabilizados.

Quando o segmento adolescente é estudado, de maneira geral são apresentados como um rico potencial, capaz de influenciar de forma positiva o desenvolvimento do país. Mas para assumir esse papel de relevância na sociedade, é necessário que adolescentes e jovens tenham acesso universal a bens e serviços que provam a saúde e a cidadania (POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO ADOLESCENTE E DO JOVEM, 2004. p. 1).

As primeiras ações de programas específicos destinadas aos jovens, sobretudo adolescentes, aparecem no final da década de 1980, no interior da área da saúde, com a criação do programa Saúde do Adolescente, no âmbito do Ministério da Saúde. São marcadas pelo foco na prevenção, DST/AIDS, drogadição, acidentes e gravidez precoce.

O surgimento da Aids que acelerou este processo, e as escolas, inclusive as de orientação religiosa, passaram a promover palestras e debates, ampliando os conteúdos relativos à essas temáticas.

Para Loyola (1999) a abertura política favoreceu a discussão sobre novos temas, como a gravidez na adolescência, no início dos anos 80 e posteriormente a tematização da Aids, no final da mesma década.

Isso indica que a preocupação com a prevenção da gravidez na adolescência é antiga, principalmente no segmento saúde, mas que ainda não está resolvida. Percebemos que alguns avanços a partir da aproximação da saúde com a educação ocorreram, como citado anteriormente os números diminuíram no país, porém é importante que o decréscimo continue ocorrendo sem oscilações a cada ano.

Em consonância com os preceitos da Constituição Federal de 1988, que elegeu como um de seus princípios norteadores a prevalência dos direitos humanos e, dentro destes direitos, preconizou a saúde como um direito de todos.

Em 5 de outubro de 1988, o Ministério da Saúde oficializou o PROSAD – Programa de Saúde do Adolescente, integrado ao Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher/PAISM, tem como objetivo central desenvolver ações específicas dirigidas a adolescentes na área da Saúde Reprodutiva - para a faixa etária de 10 a 19 anos completos – que foi implantado em todo o território nacional (PEREIRA, 2006). As suas bases programáticas abordavam, a partir do quadro epidemiológico nacional, as áreas prioritárias: crescimento e desenvolvimento, sexualidade, saúde bucal, saúde mental, saúde reprodutiva, saúde do escolar adolescente e prevenção de acidentes, cujas ações se desenvolviam em todos os níveis de atenção por equipes multidisciplinares de saúde, em centros de referência. Havia uma ênfase nas ações educativas e na participação dos adolescentes como multiplicadores de saúde.

Em 1993, foi instituído O Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (PRONAICA), com o objetivo de ser inserido no esforço governamental de apoio às iniciativas inovadoras que levem à promoção da cidadania e melhoria de vida. Em janeiro deste mesmo ano, já havia sido instituído o Comitê Nacional de Educação Preventiva Integral, CONEPI.

A Educação Preventiva Integral (EPI) procura capacitar a sociedade, particularmente, o segmento infanto-juvenil, para enfrentar certas situações conjunturais de risco, que surgem em um determinado momento de sua evolução histórica (MEC, 1994, p.7).

Entre 1994 e 1999, da integração entre saúde e educação nasceu o Projeto Escolas, que iniciou ações apoiando projetos em 16 Unidades Federativas de maior importância para a epidemia (Manual de diretrizes para implementação do SPE, 2007).

No governo de Fernando Henrique Cardoso, cerne da ideologia neoliberal, que no Brasil expande-se a partir de em 1997, opera-se a inserção da educação sexual na escola através dos PCN (Parâmetros Curriculares Nacionais), que vinculados a LDB/96, têm como objetivo ser um referencial fomentador da reflexão sobre os currículos escolares. Os Parâmetros Curriculares Nacionais constituem um marco que direciona as políticas de educação sexual. Através dos PCN temas como Meio Ambiente, Ética, Pluralidade Cultural, Trabalho e Consumo, e Orientação Sexual, devem ser transmitidos de forma transversal, isto é, “não como uma área específica do conteúdo, mas ministrados no interior das várias áreas de conhecimento, perpassando cada uma delas” (FIGUEIRÓ, 2002, p. 66).

Ao serem publicados em 1997, após aprovação da nova LDB, os PCN constituíram referência nacional. No entanto, como o próprio nome diz, é apenas uma referência, não se impondo como diretriz obrigatória, tratando-se somente de uma proposta de conteúdos para orientar a estrutura curricular do ensino fundamental do país.

Em contrapartida, neste mesmo ano, 1997, a coordenação de saúde do adolescente promoveu uma reunião nacional com profissionais de serviços e ONG, em que foram traçadas diretrizes gerais para o desenvolvimento de ações intersetoriais buscando a “redução do problema da gravidez na adolescência, problema considerado grave e prioritário para o Ministério da Saúde” (ARRILHA, 1998, p. 702). Nesta mesma época, surgiram grupos como GTPOS, ABIA e ECOS, com iniciativas voltadas à educação sexual, de realizar projetos junto ao ensino público, treinar professores da rede pública e privada e publicar manuais.

Embora esses grupos permaneçam em atividade na realização destes e outros projetos e produções bibliográficas, pesquisa realizada em 1997, pela APTA – Associação para Prevenção e Tratamento da Aids e financiada pela Unicef, observa que “a ocorrência de projetos de prevenção nas redes municipais e estaduais é baixa; somente 19,6% dos municípios e 34,6% dos estados pesquisados têm projetos. (...) Estes projetos concentram-se mais fortemente nas regiões centro-oeste (50%), sul (25,8%), e sudeste (21,4%)” (ARRILHA, 1998, p. 698).

Ainda para Arrilha (1998), do ponto de vista das políticas governamentais, a aplicabilidade dos PCN e seu monitoramento tornam-se um desafio, na medida em que o país apresenta uma trajetória de infrutíferas tentativas de promoção oficial da educação sexual.

Em 1999 e 2000 o programa “Salto para o futuro”, atingiu aproximadamente 250 mil professores e mais de 9 milhões de alunos do ensino fundamental e médio (Manual de diretrizes para implementação do SPE, 2007).

No ano de 2003, no município de Curitiba, foi lançado o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). O projeto foi estruturado em municípios pilotos: Curitiba-PR, Rio Branco-AC, São José do Rio Preto-SP, São Paulo-SP e Itaquaquecetuba - SP, mobilizando até dezembro de 2003, 103 mil adolescentes e jovens (Manual de diretrizes para o implementação do SPE, 2007).

A questão da participação dos adolescentes como multiplicadores nos chama atenção, quando já abordada em 1989, uma vez que nos programas atuais como é o caso do Programa Saúde e prevenção na Escola-SPE, se repete. O programa será abordado posteriormente .

É possível perceber que alguns aspectos desenvolvidos a partir de 1989, estão surgindo novamente na atualidade. O que indica que o caminho da prevenção da gravidez na adolescência vem sendo trilhado desde 1989, porém, não significa que tenha sido eficiente o suficiente para zerar os casos, mas que contribuíram, uma vez que em programas de prevenção os resultados não são imediatos.

A adolescência entendida como:

Uma etapa do desenvolvimento do ser humano, marcada por profundas transformações biopsicossociais. O acelerado crescimento físico dessa fase é acompanhado pela maturação sexual. A capacidade de abstração e o pensamento crítico se desenvolvem, juntamente com um maior senso de independência emocional e de auto-conhecimento. Formula-se, gradualmente, o código pessoal de valores éticos (M.S; POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DE ADOLESCENTES E JOVENS MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. p. 3).

O Ministério da Saúde adota a convenção elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que delimita o período entre 10 e 19 anos, 11 meses e 29 dias de idade como adolescência, e o situado entre 15 e 24 anos como juventude. Há, portanto, uma interseção entre a segunda metade da adolescência e os primeiros anos da juventude. O presente documento, que adota a convenção acima, recorre aos termos “população jovem” ou “pessoas jovens” para se referir ao conjunto de adolescentes e jovens, ou seja, à abrangente faixa compreendida entre 10 e 24 anos.

A partir de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, foi o principal indutor das políticas destinadas a crianças e adolescentes, por isso será comentado de maneira mais específica.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) é a expressão máxima dos direitos da criança e do adolescente (Lei federal 8.069). É um importante instrumento para o desenvolvimento de políticas públicas para este segmento.

Diante disso, deve servir como base, conjuntamente com um diagnóstico, para a implementação de políticas públicas para adolescentes.

Este estatuto reconhece todas as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais, e fundamenta-se na doutrina da proteção integral. A condição de “pessoa em desenvolvimento” não retira de crianças e adolescentes o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e

moral, abrangendo a identidade, autonomia, valores e ideias, o direito de opinião e expressão, de buscar refúgio, auxílio e orientação.

O acesso da criança e do adolescente à justiça também é reformulado a partir do Estatuto, criando-se a Justiça da Infância e Juventude no âmbito dos Poderes Judiciários Estaduais, além de mecanismos e procedimentos próprios de proteção judicial e extrajudicial dos interesses individuais, difusos e coletivos das crianças e adolescentes.

Na definição das linhas de ação para o atendimento da criança e do adolescente, o ECA destaca as políticas e programas de assistência social, determinando o fortalecimento e ampliação de benefícios assistenciais e políticas compensatórias como estratégia para redução dos riscos e agravos de saúde dos jovens.

O que nos remete a analisar a questão da gravidez na adolescência como algo que vai muito além da questão saúde e que se não trabalhado nessa perspectiva a tarefa de diminuir os números torna-se mais difícil.

Conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (p. 52) no seu artigo 4º: “é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”.

No seu parágrafo único prevê que a garantia de prioridade, compreende, entre outros aspectos, c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas; d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude. No que se refere a saúde, no artigo 7º, consta: a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (COLETANEA DE LEIS, 2000. p. 53).

No artigo 8º são ressaltados alguns aspectos relacionados às gestantes. É assegurado à gestante, por meio do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal. 1º A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema. 2º A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal. 3º Incumbe ao Poder Público propiciar apoio alimentar à gestante e à nutriz que dele necessitem (COLETANEA DE LEIS, 2000. p. 53).

Esses aspectos valem para todas as gestantes, independente da idade das mesmas, porém, um aspecto preocupante é o acompanhamento da gestante adolescente após o nascimento do bebê, aspecto que não está previsto no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Ao relacionarmos o Estatuto da Criança e do Adolescente com a gravidez na adolescência, é possível afirmar, que especificamente o mesmo não refere em momento alguns aspectos sobre este segmento. O que torna visível, que o país percebe, ou percebia, no momento da criação do ECA (1990), esta demanda como exceção.

Por esses motivos que a prevenção é necessária, mesmo não sendo objetivo do trabalho desenvolvido a questão posterior ao nascimento do bebê é um aspecto preocupante, pois não há programas que dêem conta desta demanda e é neste momento após o nascimento do bebê que o ciclo se agrava.

Ao mesmo tempo, atualmente, o país tem programas e projetos que buscam minimizar os índices relacionados à gravidez na adolescência, o que de certa maneira vai ao encontro do artigo 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Um deles é o SPE (Programa Saúde e Prevenção nas Escolas). As ações realizadas no município de Santa Cruz do Sul estão diretamente ligas ao CEMAS-Centro Municipal de Apoio a Sorologia. (Coordenação SPE- Santa Cruz do Sul).

Esse programa do governo Federal em parceria com a UNESCO e UNICEF, tem como elemento muito importante a união da saúde com a educação a qual será melhor explicada no item 3.2 dessa dissertação.

De maneira geral, ao passo que muitos avanços ocorreram a partir da vigência do Estatuto da Criança e do Adolescente-ECA, é importante ressaltar que num país onde a pobreza e a exclusão são fatores determinantes, esta legislação ampla e moderna, necessita em grande proporção da efetiva concretização de políticas que de fato traduzam esta lei.

2 CARACTERÍSTICAS DO MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DO SUL INTEGRANTE DO PROGRAMA SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS (SPE)

O município de Santa Cruz do Sul está localizado no centro do estado do Rio Grande do Sul, a 150 km da capital do estado - Porto Alegre, integra a macrorregião do Vale do Rio Pardo, segundo dados do IBGE, a população em 2005 era de 115.857 habitantes, situada predominantemente na zona urbana.

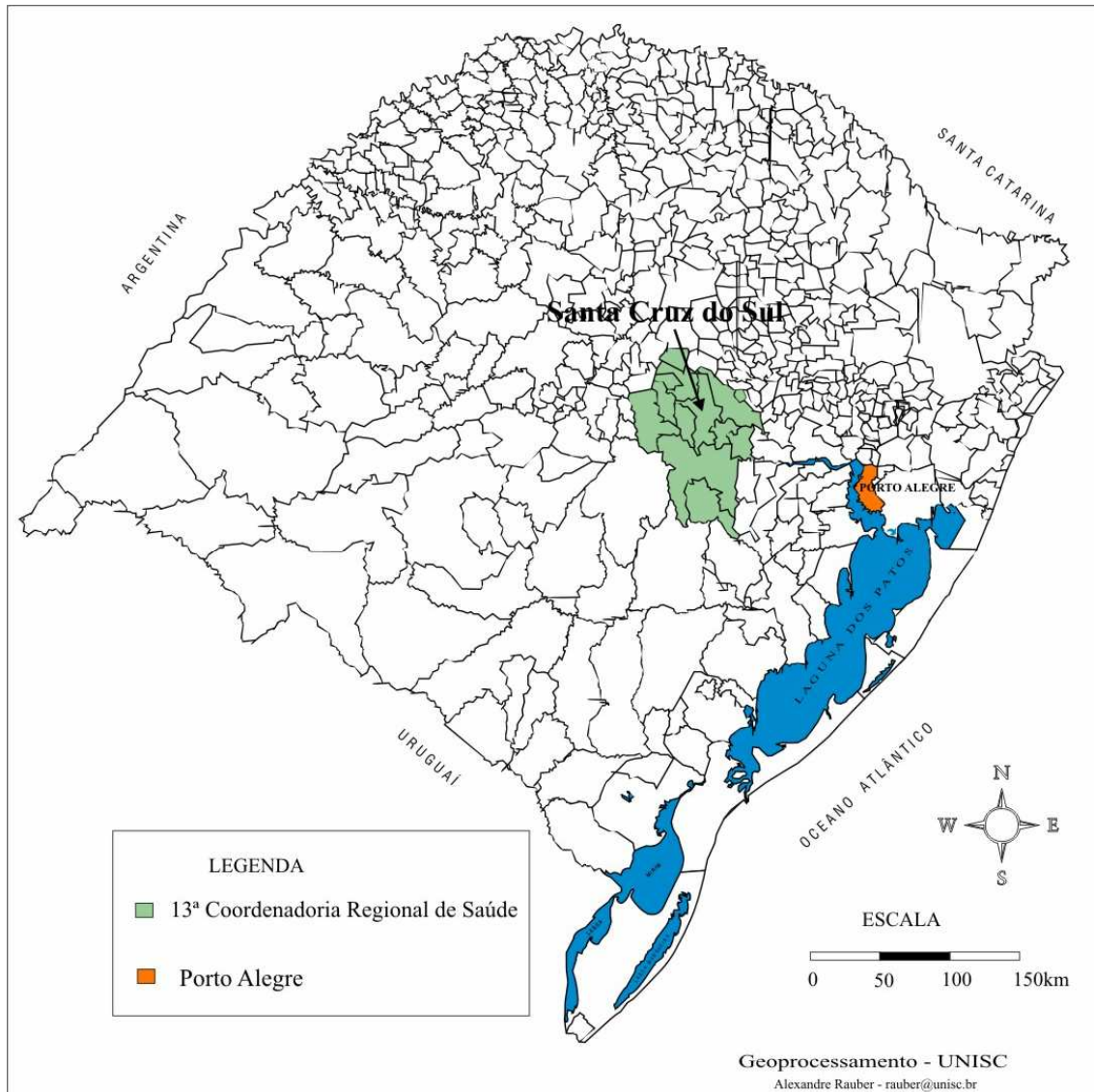
O PIB per capita é de R\$ 23.435,00 sendo que o município possui 516 estabelecimentos industriais e 3.208 comerciais. A área rural é constituída basicamente de minifúndios, cuja atividade principal ainda está centrada no cultivo do fumo, ou seja, a economia do município é fortemente influenciada pelas indústrias do setor fumageiro que se encontram instaladas no mesmo (Plano Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul 2006-2009).

O município serve de referência econômica e inclusive de Serviços de Saúde para os demais municípios integrantes da região que congrega 27 municípios.

Em 1991 foi criado o Conselho Municipal de Saúde, a Assistência à saúde do município de Santa Cruz do Sul está municipalizada desde 1992. Em 1998, o município aderiu à Gestão Plena do Sistema municipal, o mesmo é sede da 13ª coordenadoria regional de saúde.

O mapa que segue indica a localização do município de Santa Cruz do Sul, bem como, aponta os municípios da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde.

Ilustração 1 - Mapa do Estado do Rio Grande do Sul



Fonte: Laboratório de Geoprocessamento da UNISC

A rede pública municipal de saúde é constituída de vinte e um postos de saúde, sendo quinze localizados na zona urbana e seis no interior do município, e duas unidades móveis equipadas para atendimento médico e odontológico. Conta também com centros especializados de atendimento: DST/HIV, AIDS, CEMAS, saúde mental CAPS adulto, infantil, PU (plantão de urgência), Centro de Atendimento Materno Infantil-CEMAI, Unidade de Referência em Saúde do Trabalhador (UMREST) e a Casa de Saúde Ignez Irene de Moraes (FERREIRA, 2004).

Como este estudo está relacionado à saúde da adolescente gestante é importante comentar mais especificamente dois serviços que realizam atendimento a adolescentes e gestantes: o CAPS Infantil e o CEMAI.

O Centro Materno Infantil (CEMAI) foi inaugurado no ano de 1977 como Posto de Saúde Central. A partir abril de 1999 foi realizada uma reestruturação no serviço passando a funcionar como pronto atendimento pediátrico (em urgência e emergência) por 24 horas, além de um centro de referência no atendimento à saúde da mulher, como: pré-natal, prevenção de câncer de colo uterino e de mamas. Neste centro funcionam o serviço de Hanseníase do município, o atendimento a pacientes hipertensos, a diabéticos, a asmáticos, a recém-nascidos de alto risco e o programa de agentes comunitários de saúde. É realizado também o programa de planejamento familiar e os encaminhamentos para laqueadura e vasectomia. São realizadas também consultas médicas e de enfermagem em puericultura, com agendamento prévio (FERREIRA, 2004).

O centro possui sala de observação onde ficam internados crianças por 24 horas com a finalidade de diminuir as internações hospitalares. Em média permanecem internadas 150 crianças/mês.

O serviço inicialmente chamado CAPS Infantil, iniciou suas atividades em 8 de julho de 2002, com o objetivo de desenvolver programas de atendimento a crianças e adolescentes em uso de substância psicoativa, encaminhados pelo Conselho Tutelar e pelo Juizado da Infância e Juventude. No início, as atividades desenvolviam-se no CAPS Adulto e, após, em outro prédio compartilhado com o PAMSEMA (Programa de Atendimento de Medidas Socio-Educativas em Meio Aberto) e com o Núcleo de Atendimento a Infância e Juventude, ambos serviços ligados à Secretaria do Desenvolvimento Social. Em 2003 o Ministério da Saúde habilitou o serviço na modalidade de CAPS Infantil, regido pela portaria 336 de 19/02/02, a qual diz que é um Serviço de Atenção Psicossocial para Atendimento de Crianças e Adolescentes. No processo para habilitação à CAPS Infantil na Bipartite Regional da 13 CRS, pactuou-se incluir seis municípios da região: Vera Cruz, Candelária, Vale do Sol, Gramado Xavier, Herveiras e Sinimbu, cumprindo assim a exigência da Portaria de ter mínimo duzentos mil habitantes (FERREIRA, 2004).

O CAPS Infantil é um serviço ambulatorial, de atenção diária destinado ao atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais severos.

Além dos serviços públicos temos os privados, estes por sua vez são contratados ou conveniados. Entre eles estão: três hospitais, uma clínica de recuperação de dependentes químicos, um serviço integrado de saúde (SIS-UNISC). No que se refere a especialidades integram consultórios e clínicas particulares de médicos e fisioterapeutas, que recebem recursos financeiros do município para complementação da tabela dos SUS. Já as Unidades Básicas de saúde estão situadas nos bairros mais periféricos atrelados às dificuldades sócio-econômicas, situação de risco e impossibilidade de deslocamento (FERREIRA, 2004).

Os aspectos educacionais como estamos tratando de um programa efetivado nas escolas são fundamentais.

No município são 31 Escolas de Ensino Fundamental e 17 Escolas de Educação Infantil, com número total de vagas oferecido sendo de 2.674. O número de alunos está distribuído da seguinte forma:

Pré à 4ª série: 3.787

5ª à 8ª série: 3.029

EJA: 57

Classe Especial: 54

A taxa de evasão escolar fica em torno de 1,87 %, sendo apontadas como principais causas: falta de comprometimento familiar aliada a miserabilidade e escolaridade dos próprios pais; reprovação contínua; políticas públicas precárias para portadores de necessidades educativas especiais.

O Município de Santa Cruz do Sul é sede da 6ª Coordenadoria Regional de Educação que compreende os seguintes municípios: Mato Leitão, Pantano Grande, Passa Sete, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Sinimbu, Boqueirão do Leão, Candelária,

Encruzilhada do Sul, Herveiras, Gramado Xavier, Lagoa Bonita do Sul, Sobradinho, Vale do Sol, Vera Cruz e Venâncio Aires

Desde a chegada dos primeiros imigrantes ao Município, é dada grande ênfase ao aspecto educacional, tendo os mesmos fundado várias escolas comunitárias que, inicialmente, repassavam os conteúdos programáticos na língua alemã.

Como escolas particulares temos: Colégio Mauá, Colégio São Luiz e Colégio Dom Alberto. Mais tarde, em 1984, foi criada a Escola Educar-se, pela APESC (Associação Pró-Ensino em Santa Cruz). São estas as escolas particulares, em nível de 1º e 2º grau, atualmente existentes no município.

O Estado mantém no município uma rede de 21 escolas, sendo 05 (cinco) de 2º Grau.

O Ensino Superior vem sendo implantado e desenvolvido desde a fundação da APESC, no início da década de 60, e tornou-se uma realidade em 1964 com a criação do Curso de Ciências Contábeis. Hoje, a UNISC - Universidade de Santa Cruz do Sul, oferece à comunidade regional 33 cursos de graduação, 21 cursos de Pós-graduação e 06 (seis) cursos de Mestrado e dois doutorados, atingindo mais de 10.000 (dez mil) alunos, distribuídos em 4 campi: Santa Cruz do Sul, Sobradinho, Venâncio Aires e Capão da Canoa.

O Ensino Profissionalizante é realizado pelo SENAI, Colégio Dom Alberto, Escola Impacto, Escola Mario Quintana, SENAC, Curso Padre Reus, CEPRO, com vários cursos nas diversas áreas de atuação. Ocorrem ainda cursos de formação profissional realizados pelo SINE e Fundação Gaúcha do Trabalho, através de convênios, além de cursos de aperfeiçoamento realizados por diversas entidades como ACI, Sindicato dos Contabilistas, entre outras.

Diante dos dados acima é possível observar que o município tem serviços para atendimento a adolescentes, bem como para gestantes. O Hospital Santa Cruz é referência regional para gravidez de alto risco, aspecto importante para

adolescentes grávidas. Possui número razoável de escola com baixo índice de evasão, a prevenção da gravidez na adolescência, mesmo não citada como algo efetivo pode ser observada nas escolas e no próprio CEMAI, uma vez que neste local funciona o planejamento familiar e a sala de espera onde ocorrem alguns trabalhos preventivos com adolescentes.

Outro aspecto que é importante ressaltar está relacionado a cultura do fumo, algo na atualidade ainda indissociável da identidade do município no discurso político. Como citado no plano municipal de saúde a diversificação está presente “A área rural é constituída basicamente de minifúndios, cuja atividade principal ainda está centrada no cultivo do fumo, mas vem sendo diversificada atualmente, com produção de hortifrutigranjeiros, piscicultura, condomínios de suinocultura, micro usinas de leite”, porém esta diversificação ainda está longe de gerar influencia seja esta econômica ou social no município.

Logicamente não se trata de substituir o fumo, mas sim, além deste criar alternativas rentáveis e socialmente viáveis com perspectivas ampliadas também para o produtor, não somente para o “dono do capital”, como acontece no setor fumageiro.

Todos estes aspectos influenciam na dinâmica do município, bem como no setor saúde, em determinados momentos positivamente em outros negativamente.

3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

A gravidez na adolescência é atribuída a diversos fatores, os quais são apontados por pesquisas de cunho antropológico, médico, psicológico, sociológico, entre outros.

Diante destes estudos é possível afirmar que a gravidez na adolescência é multicausal. Entre os principais aspectos atribuídos a gravidez na adolescência estão: os fatores biológicos, familiares, culturais, sociais e psicológicos (VITALLE, et al. 1997. p. 2).

Nos fatores biológicos observou-se que a idade em que ocorre a menarca (início do ciclo menstrual), tem se antecipado em torno de 4 meses por década desde o século XX. Sendo a menarca, em última análise, a resposta orgânica que reflete a interação dos vários segmentos do eixo neuroendócrino feminino, quanto mais precoce ocorre, mais exposta estará à adolescente a gestação. Os fatores de ordem familiar estão diretamente ligados ao contexto da adolescente. Estudos mostram que as adolescentes que engravidam precocemente, ou durante a adolescência são de famílias cujas mães também engravidaram jovens. Os aspectos sociais estão atrelados às modificações no que se refere a sexualidade, quebra de tabus e outras inibições sexuais da sociedade e em consequência das famílias. Sendo que essas modificações, de certa forma, contribuem para aumentar a atividade sexual. Diante disso, estes também podem ser elementos que levam a gravidez precoce (VITALLE, et. al. 1997. p. 2).

É importante ressaltar que para determinados grupos a gravidez na adolescência é aceita e está dentro de suas normas e costumes, ou seja, situação que faz parte do contexto local e da cultura vigente.

Para Guimarães (2001), a religião contribui para a iniciação sexual mais tardia. Segundo ele, alguns profissionais de saúde que trabalham com adolescentes têm esta impressão. Porém, ainda não há estudos que comprovem tais suposições.

A relação entre aspectos psicológicos e o uso de métodos contraceptivos, também é apontada em alguns estudos. Indicam que quanto menor a idade da adolescente, mais estas negam a possibilidade de engravidar. Os encontros sexuais ocorrem de forma eventual e diante disso, estas não assumem a necessidade de utilizar rotineiramente anticoncepcional. O uso de método contraceptivo seria a prova formal de demonstrar vida sexual ativa (VITALLE, 2001).

Consideramos que o conjunto destes fatores com maior ou menor ênfase em determinados momentos, com maior ênfase, podem ser associados a gravidez na adolescência. Além disso, a situação socioeconômica da adolescente está diretamente atrelada aos fatores acima citados, devido ao fato de o nascimento de bebês de mães adolescentes acontecerem com maior incidência de mães adolescentes pobres (KASSAR, et. al, 2006).

No contexto atual, a gravidez precoce é um problema que envolve também os homens. Deve, portanto, ser tratado também com os jovens, em todos os seus aspectos, desde a concepção do bebê até a responsabilidade da criação do mesmo. Por isso a importância de programas que abordam a responsabilidade da paternidade.

Outro dado de grande preponderância no contexto da saúde sexual e reprodutiva desta população é o fato da exploração sexual de adolescentes e jovens no território brasileiro, que tem um impacto direto sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Recente estudo do governo federal mostrou que a exploração sexual de crianças e adolescentes é uma prática disseminada no Brasil – atingindo cidades grandes, médias e pequenas. Embora a situação seja mais grave em algumas regiões e cidades do país, a exploração sexual está presente em 937 municípios brasileiros. Destes, 298 (31,8%) situam-se na Região Nordeste; 241 (25,7%) no Sudeste; 162 (17,3%) Sul; 127 (13,6%) no Centro-oeste; e 109 (11,6%) Norte (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens, 2004).

Outro problema é a exploração e a violência sexual contra adolescentes e jovens de grupos tradicionais que ficam vulneráveis quando seus territórios são

invadidos e seus costumes e tradições perdem a força de proteção frente à violência e à assimetria de poder trazidas por outras culturas.

Para fazer frente a essa questão, o Ministério da Saúde articulou-se com a Secretaria de Direitos Humanos no Plano Nacional de Enfrentamento ao Tráfico e à Exploração Comercial Sexual de Crianças e Adolescentes, constituindo parte da rede para a proteção e assistência às vítimas e aos adolescentes autores de violência sexual.

Esses fatos com certeza, não somente contribuem para o envolvimento dos adolescentes com drogas e outros crimes, como também, para os números relacionados a gravidez na adolescência.

No que tange as repercussões da gravidez na vida das adolescentes, ou seja, as consequências para as mesmas e os recém nascidos, temos a considerar diversos aspectos.

As mulheres entre 15 e 19 anos, têm mais probabilidade de apresentar síndromes hipertensivas, anemia, estado nutricional comprometido, desproporção feto-pélvica, partos prematuros e problemas decorrentes de abortos provocados sem assistência adequada. Entre as mulheres de 15 a 19 anos, a chance de ocorrência de morte por problemas decorrentes da gravidez ou do parto é duas vezes maior que entre as maiores de 20 anos, e entre as menores de 15, essa ocorrência é ainda cinco vezes maior, sendo essa uma das principais causas de morte da faixa etária (VITALLE, et. al, 1997).

Quanto aos recém-nascidos, além da maior probabilidade de apresentarem baixo peso ao nascer, estes têm o risco aumentado de morrer por desnutrição e problemas infecciosos no primeiro ano de vida, tornarem-se pais na adolescência, apresentarem atraso de desenvolvimento, dificuldades escolares, perturbações comportamentais e tóxico – dependência (VITALLE, et. al, 1997).

Atrelados diretamente a estes aspectos estão o aumento dos gastos com medicina curativa, UTI neonatal, internações hospitalares e consultas que poderiam ser evitadas.

Além destes, consideramos que outros aspectos de ordem social e econômica, devem ser apresentados para esta análise. Entre eles estão: a evasão escolar da mãe, seja por não ter com quem deixar o bebê, por ter que trabalhar para sustentá-lo, ou seja, pelo sentimento de exclusão provocado pela gravidez. Em consequência, ao deixar os estudos estarão menos qualificadas e muitas inaptas ao mercado de trabalho, o qual está cada vez mais exigente.

Além disso, talvez, futuramente serão mais brasileiras a procura de emprego, ou trabalhando precariamente.

A partir destas colocações alguns pontos merecem maior atenção. Quando falamos em gravidez precoce, indesejada ou não planejada, não significa que isso ocorre com todas as adolescentes. Para determinadas classes sociais de diferentes percepções sobre a gravidez na adolescência, a gravidez é status que indica que a menina passou para a fase adulta, constituiu família, e por isso será mais respeitada. Algumas adolescentes destacam que a gravidez foi indesejada, mas na verdade, ela somente não foi planejada. O que significa que a adolescente por algum motivo desejava engravidar.

Independentemente da gravidez indesejada ou não, os riscos para a mãe e para o bebê estão situados em diversos âmbitos. Os números nacionais, como apontaremos no próximo item, revelam que ainda ocorrem muitos nascimentos de bebês de mães adolescentes. Demonstrando que é necessário o acompanhamento deste segmento, a partir de políticas e programas, bem como da discussão desta temática.

É fato também que a gravidez não planejada, quando indesejada, pode revelar-se em um grave problema para a saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens brasileiras/os, como o atesta o número de atendimentos decorrentes de aborto no SUS, bem como nos índices de óbitos maternos juvenis.

Este é um problema de saúde preponderante entre mulheres jovens, em particular, entre negras e pobres, mais expostas aos riscos do aborto em condições inseguras, como também às consequências das deficiências na assistência obstétrica e dos impactos das condições de vida na situação de saúde.

Em 2002, foram registrados no DATASUS 1.650 óbitos de mulheres por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério. Destas mulheres, 268 (16%) tinham entre 10 e 19 anos e 687 (42%), entre 20 e 29 anos. Portanto, mais de metade dos óbitos maternos registrados pelo DATASUS atingem a população mais jovem (58%). Ou seja, foram 75,9 óbitos maternos, para 100.000 mil nascidos vivos. No período de 2006 foram 77,2 óbitos maternos para 100.000 mil nascidos vivos no Brasil.

Para analisarmos a dimensão da gravidez na adolescência no Brasil, a ilustração, a partir de números nos dá subsídios que corroboram as constatações acima apresentadas. Porém, os números que serão apresentados, não revelam o número de adolescentes que engravidaram e que devido ao aborto, seja este espontâneo, ou provocado, não tornaram-se mães. Além disso, mesmo com esses números apurados, é difícil darmos conta da realidade, uma vez que muitos abortos são realizados em clínicas clandestinas, ficando fora das estatísticas oficiais. Sendo assim, o número de adolescentes grávidas pode ser muito maior do que os formalmente registrados.

Mesmo a gravidez na adolescência tendo repercussões em diversos aspectos do cotidiano, Vitalle et al (1997) ressalta que atualmente postula-se que o risco seja mais social do que biológico.

3.1 Gravidez na adolescência no Brasil

Em 2007, os cartórios registraram 2.750.836 nascimentos no país, segundo dados do Registro Civil. Em 2006, foram 2,8 milhões de nascimentos registrados, e, em 2005, 2.874.704. Percebe-se, portanto, que pela segunda vez consecutiva, o

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) constatou uma diminuição significativa no número de nascimentos no Brasil.

Além de aspectos gerais que envolvem a gravidez, o foco deste estudo consiste em examinar a atual situação do Brasil, no que se refere a gravidez na adolescência. Para tanto considera-se importante realizar um resgate histórico a partir de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE.

Nos últimos 10 anos, verificou-se que as mulheres estão começando sua vida sexual cada vez mais cedo, mas o importante é que o mesmo está acontecendo com a prática contraceptiva, conforme indicam os números.

Em 1980, o Brasil possuía 27,8 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, este número representava 23% da população geral. A taxa de fecundidade era de 11% entre 15 e 19 anos. Dos partos realizados pelo "INAMPS", 13% eram de menores de 19 anos (IBGE, 1980).

Conforme dados do IBGE, em 1988, no Brasil, constatou-se que na classe social mais pobre, encontravam-se os maiores índices de fecundidade na população adolescente. Sendo assim, no estrato de renda familiar menor de 1 (um) salário mínimo cerca de 26% das adolescentes entre 15 e 19 anos tiveram filhos, e no estrato mais elevado somente 2,3% eram mães.

A constatação de que o maior índice de gravidez na adolescência encontrava-se nas comunidades mais carentes, prevalece na atualidade. O fator econômico repercute, inclusive na taxa de fecundidade entre as mulheres (IBGE, 2005).

Em 2005, o número de mulheres em idade reprodutiva no Brasil somava 51,2 milhões, sendo que, 63% tinham pelo menos um filho nascido vivo. Entre as mulheres mais pobres, em idade reprodutiva, cerca de 74% tinham pelo menos um filho, enquanto que aquelas com rendimento *per capita* de 2 (dois) salários mínimos ou mais a proporção era de 49,2%. No Acre a proporção chegou a 71,9%, enquanto que a menor proporção de mulheres com filhos foi registrada na região metropolitana de São Paulo 58,2% (IBGE, 2005).

De acordo com dados do Registro civil de 2005, 19,9% das crianças que nasceram, originaram-se de mães adolescentes. A região norte apresentou proporções mais elevadas (Tocantins, Pará e Acre). Com valores abaixo da média nacional, ficaram Distrito Federal, São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul. No período de 1995 e 2005, Piauí e Ceará tiveram os maiores crescimentos relativos a proporção de nascidos vivos de mães adolescentes: 54,1% e 39,7% respectivamente.

Em 2006 a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS-2006), traçou um perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de cinco anos no Brasil. Financiada pelo Ministério da Saúde, foi coordenada pela equipe da área de População e Sociedade do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP).

A pesquisa evidenciou que a taxa de fecundidade manteve sua tendência de queda, atingindo, em 2006, o valor de 1.8 filhos por mulher, em contraste com os 2.5 registrados em 1996. A maior redução ocorreu nas áreas rurais, de 3.4 para 2.0, e na região Norte, de 3.7 para 2.3 filhos por mulher.

A escolaridade das mulheres continua sendo um diferencial importante: para aquelas sem instrução a taxa de fecundidade foi igual a 4, enquanto que ficou abaixo de 1.6 para mulheres com escolaridade mínima de 9 anos.

A pesquisa também revela que ocorreu a acentuação do rejuvenescimento do processo reprodutivo. A fecundidade das mulheres mais jovens (15 a 19 anos) passou a representar 23% da taxa total, em 2006, em contraste com 17%, em 1996, ao passo que a taxa das mulheres acima de 35 anos que representavam 13%, contribuem agora com 11%. O confronto entre as taxas de fecundidade observada e desejada (2.5 e 1.8, em 1996, e 1.8 e 1.6, em 2006), revelou que as mulheres estão cada vez mais conseguindo alcançar suas intenções reprodutivas. Entretanto, as defasagens entre desejo e realidade, ainda hoje, são mais acentuadas entre as mulheres menos escolarizadas e as negras.

Entre as jovens de 15 a 19 anos, 23% estavam grávidas no momento da pesquisa (PNDS) e 12% já estiveram grávidas, mas não tiveram filhos nascidos vivos. O que de certa maneira, corrobora a ideia citada anteriormente sobre a incidência de abortos entre adolescentes.

Em 2008, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou um levantamento que mostra queda no número de nascimentos no Brasil, também entre as adolescentes.

O número de filhos de mães entre 15 e 19 anos diminuiu de 551.093, em 2006, para 531.299, em 2007. Na faixa etária de 20 a 24 anos, a pesquisa também registrou queda, de 833.307, em 2006, para 798.815, em 2007. Já entre mães na faixa etária de 30 a 34 anos, a pesquisa registrou um ligeiro crescimento. Em 2007, foram 430.817 casos, contra 428.080 no ano anterior.

Outro aspecto que chama atenção é a mortalidade materna no Brasil, a Tabela 01 ilustra esse contexto.

Tabela 01 - Mortalidade materna no Brasil, 1996-2006

<i>Ano</i>	<i>Taxa de mortalidade por 100mil nascidos vivos</i>
1996	51,6
1997	61,2
1998	64,8
1999	57,3
2000	52,4
2001	70,9
2002	75,9
2003	73,0
2004	76,1
2005	74,7
2006	77,2

Fonte: DATASUS, 2006.

Surpreendentemente, verifica-se uma taxa de mortalidade materna crescente no período analisado, apesar da redução constante no número de nascidos vivos no Brasil.

Não temos condições de afirmar que esse aumento se deva à melhoria no registro de informações do DATASUS ou é decorrência da insuficiência do atendimento da rede pública de saúde.

Sendo assim, o número de óbitos maternos aumentou no Brasil, no período considerado. Neste contexto, temos dois extremos a serem explorados, as mães adolescentes e as tardias (mais de 35 anos) ambas com risco maior de morte do que as faixas intermediárias.

Para finalizar é importante ressaltar que, mesmo com a redução das taxas de fecundidade no país, observamos o aumento dos números relacionados a proporção de adolescentes entre 15 e 17 anos com filhos. Ou seja, a pesquisa de 2006 que traçou um perfil da população feminina em idade fértil e das crianças menores de cinco anos no Brasil, aponta para o rejuvenescimento do processo produtivo.

Examinando esses dados, fica nítido que há estreita relação entre o número de filhos, gravidez na adolescência, pobreza e escolaridade das mães. Sendo assim, para um país que almeja o desenvolvimento talvez a diminuição da pobreza, educação de qualidade, promoção e a proteção da saúde de seus cidadãos, seriam caminhos promissores à serem percorridos.

Até os 15 anos, em 2006, 33% das mulheres já haviam tido relações sexuais, valor que representa o triplo do ocorrido em 1996. Por sua vez, 66% das jovens de 15 e 19, anos sexualmente ativas já haviam usado algum método contraceptivo.

O número de partos em adolescentes na rede pública diminuiu 30,6% nos últimos dez anos, indicam dados do Ministério da Saúde (2008). Foram 485,6 mil partos em 2008 contra 699,72 mil em 1998. No Sul, Sudeste e Centro-Oeste, a redução ultrapassou 35%. A queda na quantidade de adolescentes grávidas no Brasil deve-se, principalmente, ao acesso às políticas de prevenção e orientação sobre saúde sexual.

Os postos de saúde no país disponibilizam, gratuitamente, métodos contraceptivos. A compra pelo Ministério da Saúde de preservativos masculinos, por exemplo, chegou a um bilhão em 2008, a maior realizada por um governo no mundo. Grande parte dessa leva é distribuída em campanhas como as do carnaval, cujo foco é a população de adolescentes e jovens. Antes do carnaval de 2009, foram entregues aos estados 19,5 milhões de preservativos.

O aumento no número de equipes de Saúde da Família também reflete no acesso a informações sobre planejamento familiar nas comunidades das regiões metropolitanas e cidades do interior. Atualmente, esses profissionais atendem 49% da população, levando informações sobre prevenção de gravidez, saúde sexual e reprodutiva aos adolescentes e jovens das cidades atendidas. Em 2000, o índice de cobertura era 15,7%. O total de equipes trabalhando em todo o país saltou de 7,6 mil para 29,7 mil nos últimos nove anos (Ministério da Saúde, 2009).

Por causa dessas iniciativas, meninas e meninos estão mais informados sobre saúde sexual e reprodutiva e têm mais acesso a preservativos e métodos contraceptivos - afirma a coordenadora da área de Saúde do Adolescente e do Jovem do Ministério da Saúde, Thereza de Lamare. Ela destaca ainda como fundamental na redução do número de partos entre adolescentes os programas que unem saúde e educação, como Saúde nas Escolas e Prevenção e Saúde nas Escolas (Ministério da Saúde, 2009).

Quando olhamos para as adolescentes grávidas, estamos olhando para um contexto. Contexto este que requer ações efetivas para o segmento, bem como a atuação integrada, ou seja, não tratar essa questão somente relacionada à saúde, mas sim em outras perspectivas como educação e assistência social.

3.1.2 Gravidez na adolescência no Rio Grande do Sul

O Rio Grande do Sul conforme censo do IBGE de 2007, possui uma população de 11.080.317 habitantes, distribuída, em 496 municípios. No que se

refere a saúde, os municípios estão divididos em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (SINASC,2007).

Como estamos tratando de gravidez na adolescência, é de extrema relevância olhar para a mortalidade materna. Embora quantitativamente a mortalidade materna não se situe entre as principais causas de morte, a mesma constitui prioridade para o Estado, pois reflete a ocorrência de mortes inaceitáveis, ou seja, que geralmente poderiam ser evitadas.

Morte materna é a morte da mulher durante a gestação, ou dentro de um período de 42 (quarenta e dois) dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez ou por medidas em relação a ela, porém, não devidas a causas acidentais ou incidentais (DATASUS, 2006).

O Coeficiente específico de mortalidade materna no Rio Grande do Sul de 1970 a 2005 revelou quatro aspectos que chamaram a atenção do poder público. Primeiramente, chamou a atenção no final da década de 80 os mais baixos coeficientes até então ocorridos. Este fato causou preocupação especial e iniciou-se o estudo de óbitos de mulheres na faixa de 10 a 49 anos, diante disso, observou-se problemas no diagnóstico, os quais começaram a ser corrigidos. Com isso, iniciou também um aumento da mortalidade materna.

Com este estudo, a partir de 1992 o denominador passou a ser o de nascidos vivos (SINASC) e não mais o número estimado de menores de um ano, e esta mudança passa a interferir no cálculo do coeficiente (A Saúde da população do Rio Grande do Sul, 2006).

Em 1994 foi criado o Comitê de Mortalidade Materna, e incrementou-se a investigação de todas as causas decorrentes da “Gravidez, Parto e Puerpério” e mais mortes maternas passam a ser registradas. Comitês Regionais e Municipais passaram também a realizar trabalhos especiais de busca ativa ao óbito materno, ou seja, buscar informações concretas sobre os óbitos na faixa etária de 10 a 49 anos.

O coeficiente vinha mostrando um crescimento regular: 51,0/100.000 nascidos vivos em 1995 e 52,2 / 100.000 nascidos vivos em 1996. Em 1997 sobe de forma abrupta para 75,8 e em 1998 para 85,6. Porém, mais uma vez, a investigação revelou que houve um aumento de causas indiretas, mal- diagnosticadas, que não estavam relacionadas à mortalidade materna. Isso ocorreu em função de inadequado preenchimento de atestados de óbito no item “óbito feminino em idade fértil”. Com a investigação, 52 óbitos ditos como de causa materna indireta, foram eliminados (A Saúde da população do Rio Grande do Sul, 2006).

Significa que devido a melhorias no preenchimento dos formulários de óbito evidenciou-se distorções seja de acréscimo (1997, 1998) de mortalidade materna como depois das constatações de erro o decréscimo (1999). Sendo que depois de 1999 os números demonstram que não ocorreram mudanças tão significativas, o que está elucidado na Tabela 02.

Tabela 02 - Taxa de Mortalidade Materna no RS, 1995-2006

<i>Ano</i>	<i>Taxa de mortalidade para 100mil nascidos vivos</i>
1995	51,0
1996	52,2
1997	75,8
1998	85,6
1999	50,9
2000	47
2001	45,5
2002	64,4
2003	60,3
2004	56,8
2005	55,7
2006	59,4

Fonte: DATASUS, 2006.

Para o cálculo de diferenças regionais, em função do baixo número de óbitos em várias regiões, utilizou-se um período de três anos para o cálculo de um coeficiente médio de mortalidade materna, (CMMM). As CRS (Coordenadorias Regionais de Saúde) com mais alto coeficiente médio de mortalidade materna em 2005 foram a 9^a, 10^a, 13^a e a 15^a, sendo esta última a que apresenta CMMM mais

alto. A 16ª CRS tem o coeficiente médio mais baixo (23,1/100.000 NV). (A Saúde da população do estado do Rio Grande do Sul, 2006).

Os aspectos acima abordados remetem a importância do correto preenchimento de formulários para controle distribuídos pelas secretarias estadual e municipal de saúde. Pois a falta de preenchimento, ou o preenchimento incorreto dos mesmos, acarreta distorções nos números e podem levar a investimentos em segmentos ou áreas que não necessitam e deixar em situação precária os segmentos com necessidades latentes de investimentos.

No caso da mortalidade materna, felizmente a discrepância nos números levou a investigações mais aguçadas que resultaram em números mais fidedignos.

Mesmo assim, a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde da qual o município de Santa Cruz do Sul é sede, em 2005 se configurou entre as 3 (três) coordenadorias com o mais elevado índice de mortalidade materna.

Conforme dados do SINASC (2007), o número de bebês nascidos de mães adolescentes, apresentou de 2000 à 2007 decréscimo no Rio Grande do Sul.

Porém, como veremos no decorrer desta análise, há diferenças acentuadas entre regiões, quando os números são analisados a partir das diferentes coordenadorias regionais de saúde. Outro aspecto importante, é que mesmo em municípios com população menor, ocorrem nascimentos de bebês de mães adolescentes.

Mesmo evidenciando-se decréscimo no nascimento de bebês de mães adolescentes, em 2006, 18,4% dos nascimentos no Rio Grande do Sul, foram de mães com idade entre 10 e 19 anos, já no ano de 2007 foram 17,8%. Estes números são expressivos e merecem análise.

A Tabela 03 abaixo mostra o número de nascidos vivos no Rio Grande do Sul, conforme idade da mãe, no período de 2000 a 2007.

Tabela 03 - Números de Nascidos Vivos por Faixa Etária da Mãe, RS, 2000-2007

<i>Faixa etária (em anos)</i>					
Ano	10 a 19	20 a 24	25 a 34	35 e +	Total
2000	35.630	45.204	70.802	23.632	175.268
2001	32.342	41.616	64.168	21.995	160.121
2002	30.507	40.742	62.037	21.575	154.861
2003	28.421	39.581	60.120	20.722	148.844
2004	28.302	40.728	62.088	21.611	152.729
2005	27.467	38.684	60.336	20.466	146.953
2006	26.045	36.551	58.962	19.715	141.273
2007	23.736	33.646	57.050	18.898	133.330

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde-NIS/DAS/SES-RS, 2007

Esta tabela é importante para olharmos para o contexto geral de nascidos no Rio Grande do Sul, bem como, afirma a colocação acima quanto ao decréscimo gradual da gravidez na adolescência no estado gaúcho. Outra constatação relevante diz respeito a redução significativa de nascimentos em todas as faixas etárias, fato que pode ser interpretado de diferentes formas.

Por um lado, pode ser consequência da disseminação dos métodos contraceptivos, por outro, pode estar relacionado à melhoria da qualidade de vida e de renda da população, fator que mantém relação com a redução das taxas de natalidade em qualquer sociedade.

A Tabela 4 ilustra a flutuação do número de nascimentos vivos no Rio grande do Sul conforme faixa etária da mãe.

Tabela 04 – Flutuação da Natalidade por Faixa etária da mãe RS,
por Períodos 2000-2007

<i>Faixa etária (em anos)</i>					
Ano	10 a 19	20 a 24	25 a 34	35 e +	Total
2000-2001	↓3288	↓3588	↓6634	↓1637	↓15147
2001-2002	↓1835	↓874	↓2131	↓420	↓5260
2002-2003	↓2086	↓1161	↓1917	↓853	↓6017
2003-2004	↓119	↑1147	↑1968	↑889	↑3885
2004-2005	↓835	↓2044	↓1752	↓1145	↓5776
2005-2006	↓1422	↓2133	↓1374	↓751	↓5680
2006-2007	↓2.309	↓2.905	↓1.912	↓817	↓7.943

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde-NIS/DAS/SES-RS, 2007.

Diante desta tabela, mais uma vez fica nítido o decréscimo de nascidos vivos de mães adolescentes. Este aspecto torna ainda mais importante a análise dos fatores que levaram a este decréscimo.

Porém, nesta tabela como já mencionado anteriormente, é possível visualizar um período de crescimento da natalidade na faixa etária de 20 a 24 anos, 25 a 34 e mais de 35, no que se refere ao período anterior. Os aumentos ocorreram, mas não há algo definitivamente diagnosticado para esta situação. O NIS –Núcleo de Informações em Saúde, quando questionado, confirmou os números desta tabela, mesmo que estes foram contraditórios a tendência para o segmento. Segundo o chefe do NIS Paulo Recena Grassi não existe nenhuma informação pertinente sobre o assunto em questão.

Devido a isso, não é possível algum estudo mais detalhado destas faixas, supõe-se que algum programa que era realizado foi extinto por algum período, ou ainda que os programas relacionados a gravidez na adolescência tenham obtido resultados, ocorrendo a gravidez nas faixas etárias acima dos 19 anos.

A partir das tabelas apresentadas com dados gerais, mostrando o contexto do Rio Grande do Sul, é imprescindível atentarmos para os números mais específicos, os quais estão colocados a partir das Coordenadorias Regionais de Saúde.

Para tanto, segue abaixo a tabela que esboça tais números.

Tabela 05 - Distribuição do Número de Mães Adolescentes Por Faixa Etária
Detalhada Por Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2006

<i>Idade / Anos</i>											
CRS	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total
1ªCRS	0	0	11	52	294	748	1.390	1.991	2.167	2.399	9.052
2ªCRS	0	0	3	14	66	170	326	436	495	539	2.049
3ªCRS	0	1	2	14	84	181	350	465	451	597	2.145
4ªCRS	0	0	1	10	49	125	199	284	302	331	1.301
5ªCRS	0	0	1	17	71	188	282	429	558	546	2.092
6ªCRS	0	0	4	17	34	118	209	305	342	353	1.382
7ªCRS	0	0	0	5	23	51	80	131	113	146	549
8ªCRS	0	0	1	3	36	45	98	95	133	132	543
9ªCRS	0	0	1	0	12	29	47	63	80	88	320
10ªCRS	0	1	4	10	53	158	276	366	379	410	1657
11ªCRS	0	0	0	3	14	32	70	84	116	116	435
12ªCRS	0	0	1	9	24	56	87	114	137	141	569
13ªCRS	0	0	1	7	11	61	121	157	166	174	698
14ªCRS	0	0	1	5	11	31	40	75	86	111	360
15ªCRS	0	0	0	7	12	36	77	92	111	108	443
16ªCRS	0	0	0	6	22	48	85	120	168	171	620
17ªCRS	0	0	3	6	13	39	59	98	102	126	446
18ªCRS	0	0	0	2	36	75	110	179	206	226	834
19ªCRS	0	0	0	6	19	52	78	110	127	158	550
RS	0	2	34	193	884	2.243	3.984	5.594	6.239	6.872	26.045

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde-NIS/DAS/SES-RS, 2006

Tabela 06 - Distribuição do Número de Mães Adolescentes Por Faixa Etária
 Detalhada Por Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2007

<i>Idade / Anos</i>											
CRS	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total
1ªCRS	0	0	6	59	285	690	1274	1679	2144	2282	8419
2ªCRS	0	0	1	9	60	174	306	362	434	490	1836
3ªCRS	0	0	4	16	71	155	332	421	496	536	2031
4ªCRS	0	0	2	15	47	111	201	238	281	277	1172
5ªCRS	0	0	1	14	65	165	277	387	437	543	1889
6ªCRS	0	0	5	11	46	96	173	270	287	350	1238
7ªCRS	0	0	1	5	16	44	92	114	104	119	495
8ªCRS	0	0	1	4	15	42	90	83	110	102	447
9ªCRS	0	0	0	3	9	23	37	59	71	99	301
10ªCRS	0	1	4	12	46	141	236	348	359	385	1532
11ªCRS	0	0	0	3	15	30	40	80	81	96	345
12ªCRS	0	0	0	7	9	49	74	104	127	112	482
13ªCRS	0	0	2	5	25	49	97	129	142	177	626
14ªCRS	0	0	0	3	9	24	46	56	82	98	318
15ªCRS	0	0	0	6	10	40	61	78	80	132	407
16ªCRS	0	0	2	2	20	58	80	120	149	174	605
17ªCRS	0	0	3	3	16	36	59	76	76	90	359
18ªCRS	0	0	0	4	28	58	125	135	188	230	768
19ªCRS	0	0	0	5	16	49	88	89	110	109	466
RS	0	1	32	186	808	2034	3688	4828	5758	6401	23736

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde-NIS/DAS/SES-RS, 2007

Como é possível visualizar, a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde apresentou em 2006(9052) e 2007(8419), os números mais elevados de gravidez na adolescência. No entanto, nesta coordenadoria, estão os municípios com número expressivo de habitantes, como é o caso de Porto Alegre, Novo Hamburgo, São Leopoldo e Canoas. Mas como é possível visualizar também, assim como os números no Rio Grande do Sul diminuíram a 1ª Coordenadoria obteve uma redução expressiva do número de nascidos vivos de mães adolescentes, em todas as faixas (10-19 anos).

Entre as coordenadorias que se situam imediatamente após estão a 3ª (2.145), 5ª (2.092) 2ª (2.049) e 10ª (1657), a 13ª coordenadoria regional de saúde na qual se situa o município alvo deste estudo ocupa o 9º lugar.

As tabelas apresentadas, realmente apontam para um decréscimo, porém, não significa que a situação esteja resolvida. Pelo contrário, é importante o compromisso da sociedade e principalmente do poder público em minimizar estes números, uma vez que os índices brasileiros ainda são elevados.

Uma vez que as tabelas se comparadas demonstram que com exceção da 1ª e 4ª Coordenadorias Regionais de Saúde, nas quais a gravidez na adolescência diminuiu em todas as faixas (10-19 anos) as demais tiveram aumento em determinadas faixas e diminuição em outras. Destacando-se 13ª Coordenadoria Regional de Saúde com acréscimo nas seguintes faixas: 12, 14, 19 anos e a 3ª Coordenadoria Regional de saúde com acréscimo nas seguintes faixas: 11, 12, 13, 18 anos.

Porém para sabermos dentro das coordenadorias quais os municípios de maneira específica que aumentaram ou diminuíram o numero de nascidos vivos de mães adolescentes trouxemos como exemplo a 13ª Coordenadoria Regional da Saúde aproveitando que esta tem como município sede Santa Cruz do Sul foco deste estudo.

Tabela 07 - Percentual de nascidos vivos por faixa etária da mãe
13ª Coordenadoria Regional de Saúde - 2006

<i>Município</i>	<i>Total de nascimentos</i>	<i>10-19anos</i> %	<i>20-34anos</i> %	<i>35 – 49anos</i> %
Candelária	431	22,0	66,8	11,1
Gramado Xavier	75	18,7	70,7	10,7
Herveiras	34	14,7	67,6	17,6
Mato Leitão	45	11,1	77,8	11,1
Pantano Grande	125	24,0	68,8	7,2
Passo do Sobrado	54	13,0	79,6	7,4
Rio Pardo	478	22,6	65,7	11,7
Santa Cruz do Sul	1.524	14,4	70,7	14,8
Sinimbu	108	18,5	65,7	15,7
Vale do Sol	106	24,5	59,4	16,0
Vale Verde	32	9,4	81,3	9,4
Venâncio Aires	763	16,3	67,4	16,4
Vera Cruz	270	15,2	69,6	15,2
13ªCoordenadoria	4.045	17,3	68,8	14,0

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde-NIS/DAS/SES-RS, 2006

Tabela 08 - Percentual de nascidos vivos por faixa etária da mãe
13ª Coordenadoria Regional de Saúde - 2007

<i>Município</i>	<i>Total de nascimentos</i>	<i>10-19anos</i> %	<i>20-34anos</i> %	<i>35 – 49anos</i> %
Candelária	386	19,2	70,5	10,4
Gramado Xavier	78	23,1	69,2	7,7
Herveiras	37	21,6	56,8	21,6
Mato Leitão	28	14,3	78,6	7,1
Pantano Grande	127	16,5	69,3	14,2
Passo do Sobrado	52	11,5	73,1	15,4
Rio Pardo	453	21,4	65,3	13,2
Santa Cruz do Sul	1.377	13,5	70,6	15,9
Sinimbu	95	15,8	69,5	14,7
Vale do Sol	103	23,3	62,1	14,6
Vale Verde	36	11,1	77,8	11,1
Venâncio Aires	711	18,6	66,8	14,6
Vera Cruz	248	14,9	68,5	16,5
13ªCoordenadoria	3.731	16,8	68,8	14,4

Fonte: Núcleo de Informações em Saúde-NIS/DAS/SES-RS, 2007

A partir desta tabela por município, observou-se que Santa Cruz do Sul, alvo deste estudo acompanhou o decréscimo apresentado pelo Estado. Em 2006 para 1.000 nascidos vivos 14,4% foram bebês nascidos de mães adolescentes no ano de 2007 o percentual ficou em 13,5%.

Porém, ao olharmos a coordenadoria, pode-se dizer que esta não acompanhou efetivamente o decréscimo do estado, pois dos 13 municípios pertencentes a 13ª coordenadoria 5 (Venâncio Aires, Vale Verde, Passo do Sobrado, Herveiras e Gramado Xavier) aumentaram o número de bebês nascidos de mães adolescentes e 4 (Vale Verde, Herveiras, Gramado Xavier e Pantano Grande) coordenadorias aumentaram o número total de nascimentos.

É importante ressaltar que tanto nos municípios que o número total de nascimentos aumentou como nos municípios que o número de nascidos vivos de mães adolescentes aumentou não há atuação do Programa Saúde e Prevenção na Escola - SPE (Secretaria Estadual da Saúde - SES/RS Departamento de Ações em Saúde – DAS Seção de Saúde da Criança e do Adolescente-2009).

O município de Santa Cruz do Sul como elucidado na tabela acima e que onde conforme dados do SINASC o número de bebês nascidos de mães adolescentes diminuiu é o único da 13ª coordenadoria regional de saúde q aderiu as SPE.

Diante disso, no quadro a seguir temos os números por bairro do município de Santa Cruz do Sul, porém, os períodos são o ano de 2007 e 2008.

Quadro 01 - Nascimentos de bebês de mães adolescentes em Santa Cruz do Sul,
por bairro, 2007-2008

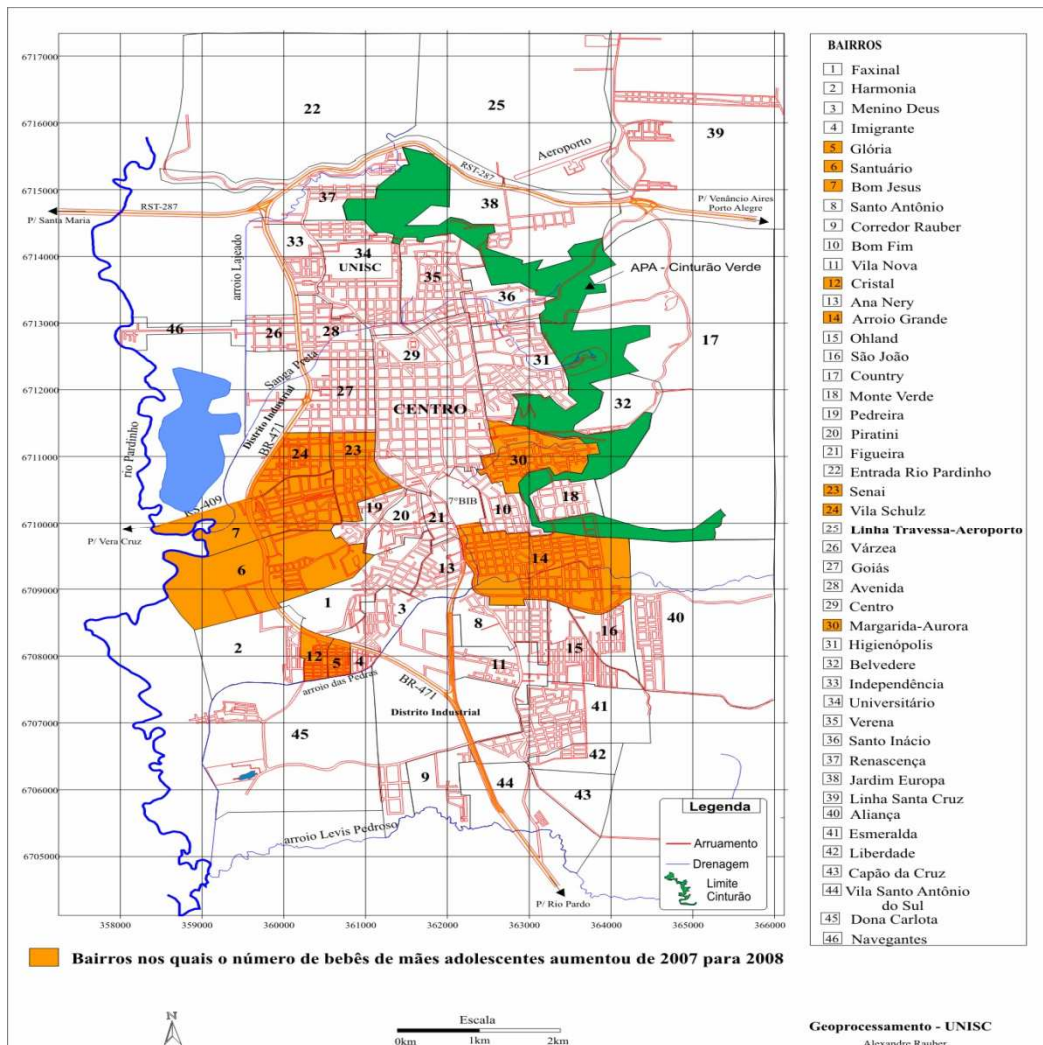
<i>BAIRRO</i>	<i>Ano 2007</i>	<i>Ano 2008</i>	<i>Resultado</i>
Ana Ney	1	0	Diminuiu
Arroio Grande	3	6	Aumentou
Aliança	5	2	Diminuiu
Avenida	3	2	Diminuiu
Bom Jesus	6	14	Aumentou
Belvedere	3	2	Diminuiu
Bom Fim	3	1	Diminuiu
Beckenkamp	4	3	Diminuiu
Centro	7	7	Igual
Cristal	1	2	Aumentou
Cintia	4	1	Diminuiu
Dona Carlota	1	0	Diminuiu
Esmeralda	1	0	Diminuiu
Faxinal	11	4	Diminuiu
Goiás	2	2	Igual
Glória	1	5	Aumentou
Imigrante	6	6	Igual
Interior	24	17	Diminuiu
Mãe de Deus	1	1	Igual
Menino Deus	8	8	Igual
Margarida	2	5	Aumentou
Navegantes	2	1	Diminuiu
Ohland	2	2	Igual
Pedreira	4	2	Diminuiu
Rauber	8	3	Diminuiu
Renascença	1	0	Diminuiu
Santuário	2	5	Aumentou
Senai	4	7	Aumentou
Santo Antônio	7	5	Diminuiu
Universitário	2	0	Diminuiu
Vila Schultz	4	5	Aumentou
Vila Nova	3	3	Igual
Cohab	1	0	Diminuiu
Verena	1	0	Diminuiu
Linha João Alves	1	0	Diminuiu
Santo Inácio	1	0	Diminuiu
Piratini	1	0	Diminuiu
TOTAL	141	121	Diminuiu

Fonte: Vigilância epidemiológica município de Santa Cruz, 2009

Conforme dados do Quadro 01, observa-se que o número de nascidos vivos de mães adolescentes no município de Santa Cruz do Sul acompanhou a tendência do Rio Grande do Sul.

Porém um fato que chama atenção, são os bairros nos quais o número de bebês nascidos de mães adolescentes aumentaram ou se mantiveram iguais. São bairros nos quais algumas escolas tem ações relacionadas à prevenção da gravidez na adolescência, Glória, Santuário, Bom Jesus aumentaram e Centro e Renascença continuou com a mesma proporção.

Ilustração 02 - Mapa de localização dos Bairros nos quais o número de bebês de mães adolescentes aumentou de 2007 para 2008



Fonte: Laboratório de Geoprocessamento da UNISC

Daremos maior ênfase a este quadro na análise dos resultados na seqüência da dissertação no item 3.3.

3.2 Prevenção da gravidez na adolescência e o Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)

A prevenção da gravidez na adolescência como citado anteriormente está em pauta a aproximadamente duas décadas.

O que nos remete a duas hipóteses: primeiro de que os programas desenvolvidos não tenham atingido seus objetivos e a segunda de que os resultados apareceram agora, ao passo que nos programas preventivos os resultados são mais lentos. Pois somente nos últimos anos que o país e alguns estados brasileiros evidenciaram a redução dos índices de gravidez na adolescência.

Mas desenvolver propostas de ações preventivas não é tarefa simples, uma vez que os resultados são geralmente a longo prazo. O que requer certa habilidade nas estratégias em sua condução, com monitoramento e avaliação constantes na busca de resultados efetivos.

Para atuar na prevenção em saúde o caminho é a partir de um diagnóstico buscar antever situações que podem ser agravadas caso não ocorra alguma intervenção como é o caso da gravidez na adolescência.

Os municípios e estados brasileiros tem se esforçado a partir de projetos locais, ações unindo saúde e educação, bem como aderindo a programas do governo federal.

Demonstrando que essa demanda continua em pauta e que ainda são necessários muitos avanços, mas que com certeza políticas de prevenção ainda constituem o melhor caminho para minimizar os efeitos negativos futuros. Bem como para utilizar recursos públicos de maneira assertiva.

Logicamente as ações de cunho preventivo devem ser muito bem avaliadas, pois caso a prevenção não esteja solucionando o problema, o custo e o tempo despendido serão gastos duplamente.

Como o foco deste estudo é analisar a atuação do Programa Saúde e Prevenção nas escolas no que se refere à gravidez na adolescência, é necessária uma definição conceitual tanto para prevenção, programa como para avaliação.

O termo prevenir tem o significado de preparar chegar antes, dispor de maneira que evite, impedir que se realize (FERREIRA, 1986).

A prevenção em saúde exige uma ação antecipada baseada no conhecimento da historia natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença (LEAVELL, et al., 1976. p. 17).

Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudança de hábitos (CZERESNIA, 2003. p. 4).

Por programa entende-se, geralmente, um conjunto de atividades organizadas para realização dentro de cronograma e orçamento específicos do que se dispõe para a implementação de políticas, ou seja, para a criação de condições que permitam o alcance de metas desejáveis.

Conforme Cano (2006), um programa social é uma intervenção sistemática planejada com o objetivo de atingir uma mudança na realidade social. Num programa social, sempre existe um antes e um depois, que devem ser comparados para comprovar se o mesmo obteve o efeito pretendido ou não.

A avaliação de programa deve ser vista como mecanismo de melhoria no processo de tomada de decisão, a fim de garantir melhores informações aos governantes, sobre as quais eles possam fundamentar suas decisões e melhor prestar contas sobre os investimentos realizados. Ou seja, permite conhecimento dos resultados de um dado programa (Cano, 2006).

No ano de 2003, como já mencionado anteriormente no município de Curitiba, foi lançado o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). O projeto foi estruturado em municípios pilotos: Curitiba/PR, Rio Branco/AC, São José do Rio

Preto/SP, São Paulo/SP e Itaquaquecetuba/SP, mobilizando até dezembro de 2003, 103 mil adolescentes e jovens.

O critério desta escolha foi a distância geográfica entre eles e as situações e condições múltiplas e variadas para a implantação do projeto. Conforme a Unesco (2004) no caso de Curitiba, onde o projeto foi inicialmente lançado, essa escolha decorreu da existência de relação prévia entre as iniciativas de prevenção às DST/Aids que vinham sendo desenvolvidas no município e do conhecimento e avaliações que o Programa Nacional teria desta experiência, e, também, por conta de aspectos epidemiológicos (143 casos de HIV + entre jovens com idade variando entre 13 e 19 anos).

Curitiba foi a primeira cidade do país a implementar o projeto-piloto, tendo como base disponibilizar preservativos masculinos no ambiente escolar das redes públicas de ensino, cuja meta era alcançar até 2006, a disponibilização de 160.000 preservativos para os estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública com idade entre 14 a 19 anos (PEREIRA, 2006).

Segundo um relatório do programa pela primeira vez surgiu uma iniciativa articulada e conjunta entre as três esferas do governo-federal, estadual e municipal - e a sociedade civil, O Programa propõe que a escola se organize para a construção de um projeto político-pedagógico definindo objetivos, princípios e finalidades, parcerias e ações, estratégias e procedimentos a serem desenvolvidos para alcançar as metas desejadas (PEREIRA, 2006).

O projeto pedagógico, nessa ótica, torna-se o retrato do que a escola pretende desenvolver no seu cotidiano, associado à qualidade do trabalho educativo desta escola. Igualmente necessária é a previsão de formação continuada dos profissionais de educação. Esta formação consistirá em estudos e estratégias de reflexão sobre as temáticas definidas como prioridade no projeto-político pedagógico, seu necessário acompanhamento e parcerias estabelecidas (UNESCO, 2005, p.11).

Citamos a experiência de Curitiba, pois já existe um estudo realizado sobre a implementação do programa neste município e foi a partir dessas primeiras atuações, que a UNESCO avaliou o projeto para traçar estratégias de ampliação para outros estados e municípios.

É relevante citarmos algumas questões relacionadas ao programa no município de Curitiba.

A redução da gravidez na adolescência em Curitiba, o volume de preservativos disponibilizados, a procura de novas escolas e o aumento do número de adolescentes protagonistas, que não apenas participam dos eventos e capacitações, mas que se propõe a disseminar as informações, são indicadores do sucesso do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (CORBELLINI et al., 2005, p. 8).

Algumas dificuldades foram identificadas. Ocorreram reclamações de alguns professores que estavam descontentes com o grande número de atribuições assumidas para fazer o projeto funcionar. Houve também críticas dos jovens aos questionários adotados para os levantamentos de perfil dos alunos, alegando que estes não contemplam suas reais necessidades de espaço para discutir e trocar experiências.

Em 2005, o SPE foi reformulado, sendo um dos aspectos muito relevante desta reformulação, a inclusão de um questionário específico no Censo escolar para monitoramento de ações do SPE. Além deste aspecto a distribuição de preservativos continuou no seu escopo porém, alicerçada em ações estruturadas de acordo com as finalidades do programa.

O censo escolar é um levantamento anual de informações sobre o universo da educação do país em todas as escolas públicas e privadas e tem como objetivo coletar dados da educação básica nacional, constituindo-se importante instrumento estatístico e suporte técnico para as políticas educacionais (Censo Escolar, 2005).

Em 2005 foi a primeira vez que o governo brasileiro incluiu no censo escolar um encarte com perguntas específicas sobre ações de prevenção do uso de drogas e de gravidez na adolescência.

Este censo é parte do programa Saúde e prevenção nas Escolas –SPE, com o resultado deste levantamento será possível no decorrer dos anos subsidiar a melhoria da atuação governamental , apoiando a implantação e a implementação de ações de prevenção que integram saúde e educação.

Das 207.214 escolas da Educação básica recenseadas, 161.679 responderam as informações do levantamento das Ações em Promoção à Saúde e Educação Preventiva do Censo Escolar (Censo Escolar, 2005).

Entre os questionamentos estavam: Temas que a escola trabalha atividades desenvolvidas, disponibilização de preservativos nas escolas que trabalham com DST E AIDS.

Entre os temas que as escolas trabalham no Brasil, 60,4% com DST /AIDS e 39,6% não trabalham. Saúde Sexual e Reprodutiva 45,3%,Saúde Sexual e saúde reprodutiva 45,3%,gravidez na adolescência 51,8% Drogas 71,0% outros temas 65,4% (Censo Escolar, 2005).

O tema saúde sexual e saúde reprodutiva é trabalhado em 45% das escolas da educação básica, o tema gravidez na adolescência em 52% e o tema drogas em 71% (Censo Escolar, 2005).

Tratando da proporção das escolas que trabalham DST/AIDS conforme o estado ao qual pertencem temos: com mais de 64,3% das escolas os seguintes estados: AC, RO, MT, MS, TO, DF, GO, PI, RJ, entre 60,4% a 64,3% RR, MA, CE, RN, PE, SE, ES, SP e até 60,3% de escolas que trabalham o tema DST e AIDS estão AM, PA, AP, PB, BA, MG, PR e RS (Censo Escolar, 2005).

Cabe ressaltar que o objetivo desse estudo foi analisar a atuação do referido programa na redução da gravidez na adolescência no município de Santa Cruz do

Sul, ou seja, dentre todos os objetivos e finalidades do programa realizamos um recorte para essa problemática. Porém, é imprescindível conhecer profundamente o programa com vistas a uma boa análise.

A partir de uma parceria entre Ministério da Educação, Saúde, UNESCO, UNICEF e UNFPA, o programa tem a perspectiva de transformar os contextos de vulnerabilidades que expõem adolescentes e jovens a infecção pelo HIV e AIDS, a outras doenças de transmissão sexual e à gravidez não planejada.

Diante da união entre saúde e educação a ideia é constituir uma política de prevenção intersetorial.

O programa parte do pressuposto que esta iniciativa poderá cumprir diferentes funções, dependendo das realidades estaduais e municipais. Leva em consideração a importância das ações em saúde sexual e saúde reprodutiva realizadas nas diferentes regiões do país, acredita que a riqueza de experiências deve ser valorizada e potencializada quando da implementação do projeto (Manual de Diretrizes para implementação do SPE, 2007).

O aspecto local abordado no projeto é de extrema relevância, uma vez que remete os estados e municípios a olhar para a sua realidade e agir sobre esta, utilizando-se de estratégias e ações que sejam “compatíveis” com a sua população.

Outro elemento presente teoricamente no programa é o incentivo à articulação entre as diferentes instâncias governamentais e as organizações da sociedade civil, reconhecendo-se o sujeito integral como foco das diversas políticas públicas. A integração intersetorial e com a sociedade civil, em todas as fases de implantação do projeto desde o seu planejamento, é requisito básico para a sua efetivação.

O programa atua com as seguintes finalidades:

Incentivar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva, com a redução da incidência das doenças

sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população jovem; ampliar parcerias entre escola, instituições governamentais e instituições não-governamentais visando à integração de esforços para a formação integral do educando; fomentar a participação juvenil para que adolescentes e jovens possam atuar como sujeitos transformadores da realidade; apoiar ações de formação continuada para profissionais de educação e saúde para responder às diferentes situações relacionadas à vivência da sexualidade no cotidiano dos adolescentes e jovens escolarizados; contribuir para a redução da incidência de gravidez não-planejada na população adolescente e jovem; contribuir para a redução da evasão escolar relacionada à gravidez na adolescência; ampliar os recursos da escola para que desempenhe seu papel democrático no respeito e convívio com as diferenças; fomentar a inserção das temáticas relacionadas à educação no campo da sexualidade ao cotidiano da prática pedagógica dos professores (Manual de Diretrizes para implementação do SPE, 2007).

Promover a ampliação da capacidade de acolhimento das demandas em saúde da população jovem nas Unidades Básicas de Saúde; constituir uma rede integrada saúde-educação para colaborar na redução dos agravos à saúde da população jovem; promover o diálogo na família, na comunidade e integrá-las ao Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”; desenvolver ações inclusivas, considerando as pessoas com necessidades educacionais especiais, de modo a favorecer a vivência da sua sexualidade com autonomia e proteção social; promover a elaboração de materiais didático-pedagógicos que possibilitem a acessibilidade de jovens com deficiência auditiva e visual, prevendo a publicação desses Diretrizes para Implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas Ministério da Saúde - SVS - Programa Nacional de DST/Aids 18 materiais em Braille (Manual de Diretrizes para implementação do SPE, 2007).

Além disso, os atendimentos de educação e saúde devem incluir intérpretes. Construir redes para a troca de experiências entre participantes do Projeto nos diversos estados e municípios brasileiros; contribuir para a sustentabilidade das ações de promoção do “Saúde e Prevenção nas Escolas”, visando a consolidar políticas públicas de proteção à adolescência e à juventude brasileiras (Manual de Diretrizes para implementação do SPE, 2007).

Por quê a escolha pela escola? A escola é compreendida como cenário privilegiado de acolhimento e cotidiano do jovem e adolescente, porém, a centralidade da escola, somente será concretizada se esta compartilhar decisões e responsabilidades com as demais instâncias sociais envolvidas na efetivação das estratégias articuladas de redução de vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST/AIDS e à gravidez não-planejada (Manual para implementação de Diretriz SPE, 2007).

Como os jovens participam no SPE? Os jovens têm um papel fundamental no SPE, mesmo porque promover o protagonismo juvenil é um dos objetivos do Programa. A participação se dá por meio de fóruns de debates, treinamentos para formação e capacitação para que eles atuem como multiplicadores para outros jovens. Atualmente, diversos jovens estão sendo formados/as em inúmeras escolas por cerca de 400 jovens até 2006 foram treinados pelo SPE (Manual para implementação de Diretriz SPE, 2007).

As estratégias de atuação do projeto compõem: sensibilizar os gestores da educação e da saúde quanto à implantação de programas articulados de educação preventiva nas escolas; incentivar a criação de uma política de educação preventiva nos sistemas de ensino de todo o país de forma articulada com o Sistema Único de Saúde (SUS); estimular o debate e reflexão sobre as questões relativas à sexualidade, saúde sexual e saúde reprodutiva, direitos humanos e cidadania; instituir os grupos gestores estaduais e municipais do projeto; fortalecer os profissionais de referência e de notório saber de cada estado/município para em parceria com as Instituições de Ensino Superior - IES elaborarem cursos de formação nas temáticas do SPE.

Quanto ao papel dos gestores, a nível federal temos coordenar o projeto no âmbito federal; apoiar a constituição dos grupos gestores estaduais; favorecer a articulação entre o nível estadual e os níveis municipais; assegurar a consolidação dos eixos de formação nas temáticas prioritárias para implantação e implementação do projeto; formular indicadores para subsidiar o monitoramento e avaliação das ações; produzir, reproduzir, referenciar e distribuir material de consulta, em

articulação com os níveis estaduais e municipais; realizar supervisão, monitoramento e avaliação de todo o processo de implantação, implementação e desenvolvimento do SPE articulado com os demais níveis; promover articulações em rede.

Na esfera estadual, é de responsabilidade coordenar o projeto SPE no âmbito do estado, promovendo o fomento à adesão dos municípios e realizando o acompanhamento da implantação do projeto em cada localidade; apoiar a constituição dos grupos gestores municipais; viabilizar a constituição e a qualificação de mediadores locais e regionais, em parceria com as IES, nas temáticas do SPE para subsidiar as equipes escolares e de saúde no desenvolvimento das ações; produzir, reproduzir, referenciar e distribuir materiais de referência, em articulação com os níveis federal e municipal; participar no desenvolvimento de estratégias de supervisão, monitoramento e avaliação.

Os recursos disponibilizados para os municípios estão dentro do PAM (Plano de Ações e Metas) da Política de financiamento das ações em HIV/AIDS e outras DST's. Diante disso, os recursos devem ser solicitados aos estados a partir de justificativa para sua utilização. Ou seja, não há financiamento próprio para o SPE.

No âmbito municipal é imprescindível realizar análise situacional; elaborar plano de ação; realizar eventos de troca de experiências e avaliar e monitorar de forma sistemática o projeto. Como a análise realizada abarcará principalmente a gestão municipal do programa é importante destacar aqui de forma específica suas atribuições, o que possibilita ao final, a partir das visitas realizadas às escolas analisarmos se estas estão sendo realizadas ou não.

Para a constituição do Grupo Gestor Municipal, ressalta-se a importância do respeito aos princípios de autonomia e responsabilidade compartilhada entre União, estados e municípios.

Responsabilidades do Grupo Gestor Municipal:

1 - Realizar análise situacional das realidades epidemiológica e das ações relacionadas à prevenção das DST e da AIDS e à promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva, planejadas e/ou realizadas nas escolas do município.

2 - Elaborar Plano de Ação, considerando a realidade do Município e de cada escola. Deverão ser criadas estratégias diferenciadas para as situações evidenciadas em cada micro-território.

3 - Linhas de ação que devem estar sob a responsabilidade do Grupo Gestor Municipal

- Realizar a formação continuada de profissionais que atuam nas escolas e nas unidades de saúde, utilizando metodologia que promova a participação juvenil, na perspectiva de que os jovens se tornem educadores entre seus pares.
- Identificar e divulgar materiais de referência existentes que sejam adequados à realidade local.
- Mobilizar as comunidades escolares para que, em parceria com os gestores, viabilizem a inclusão da temática relativa ao Projeto nos currículos das escolas e nos planos de ação das redes de ensino, assim como na estruturação dos planos de ação da rede de atenção básica em saúde, incluindo unidades básicas de saúde, equipes de Agentes Comunitários de Saúde ou da Estratégia de Saúde da Família.
- Identificar as escolas que apresentem condições favoráveis ao oferecimento do preservativo, inserindo-as na logística de distribuição local.
- Realizar eventos para troca de experiências, envolvendo a participação da comunidade escolar, com vistas à socialização e qualificação das ações locais.
- Avaliar de forma sistemática a execução do Projeto, a partir dos indicadores que foram estabelecidos no Plano de Ação. (UNICEF, 2006).

É importante que a elaboração do projeto municipal produza efeitos na elaboração dos projetos políticos pedagógicos das escolas e no planejamento das ações de saúde do município.

Para contribuir com a teoria, na prática alguns materiais educativos e de divulgação foram produzidos para que cada vez mais pessoas tenham acesso ao Programa e realizem ações na área de saúde sexual e produtiva.

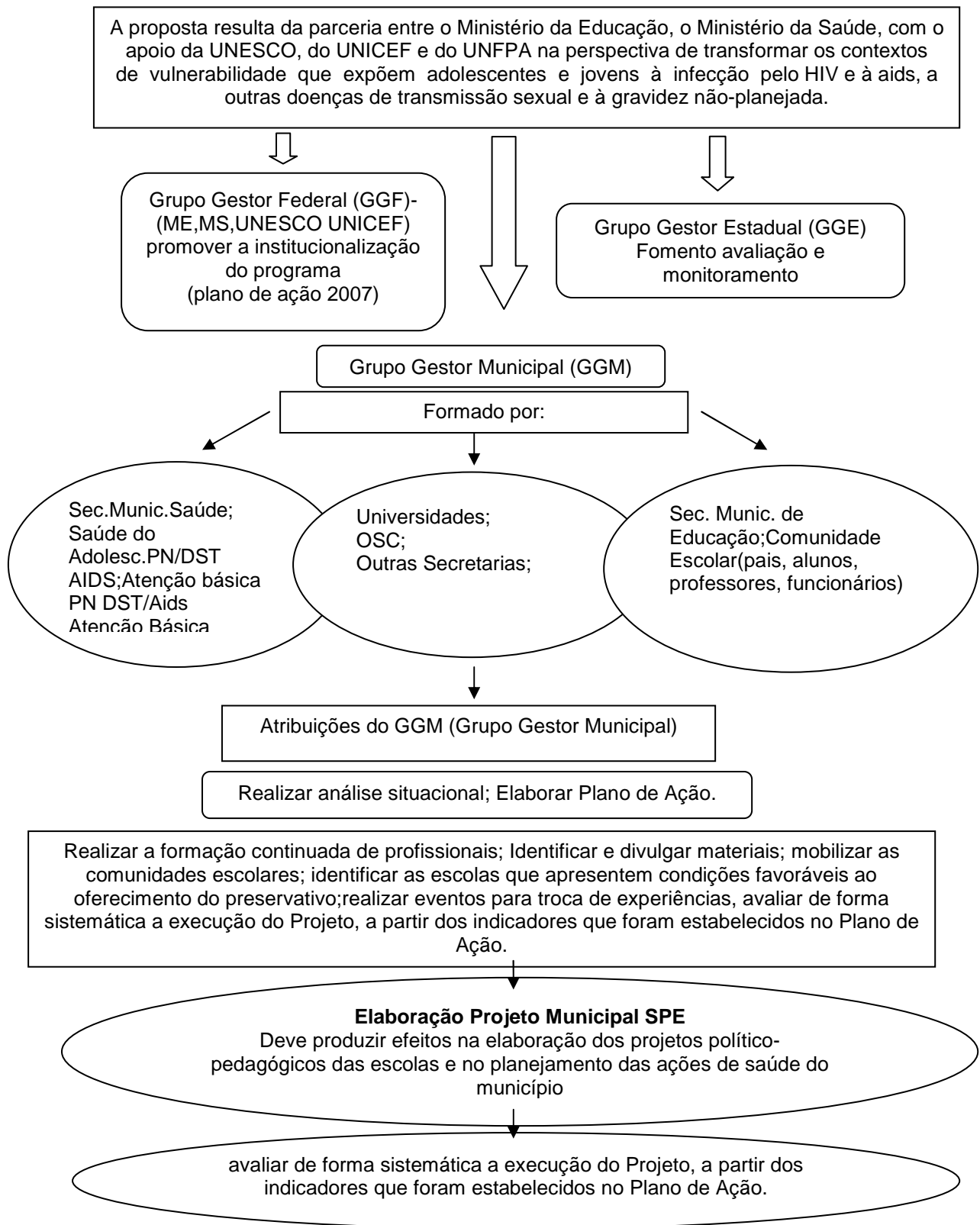
Os materiais são: Guia de formação para profissionais de saúde e educação. O Guia é uma ferramenta para incentivar, desencadear e alimentar processos de formação continuada de profissionais da educação e da saúde, tomando-se como referência as inúmeras experiências que já vêm sendo implementadas em todo o

país. Folheto de divulgação do SPE. Folheto com informações sobre o que é e como funciona o SPE. Folheto com dados do censo escolar 2005. A publicação contém Resultados sobre saúde e educação preventiva no censo escolar/2005. Documento de diretrizes para implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Este documento visa orientar sobre a implantação e implementação do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas nos níveis federal, estadual e municipal (UNICEF, 2006).

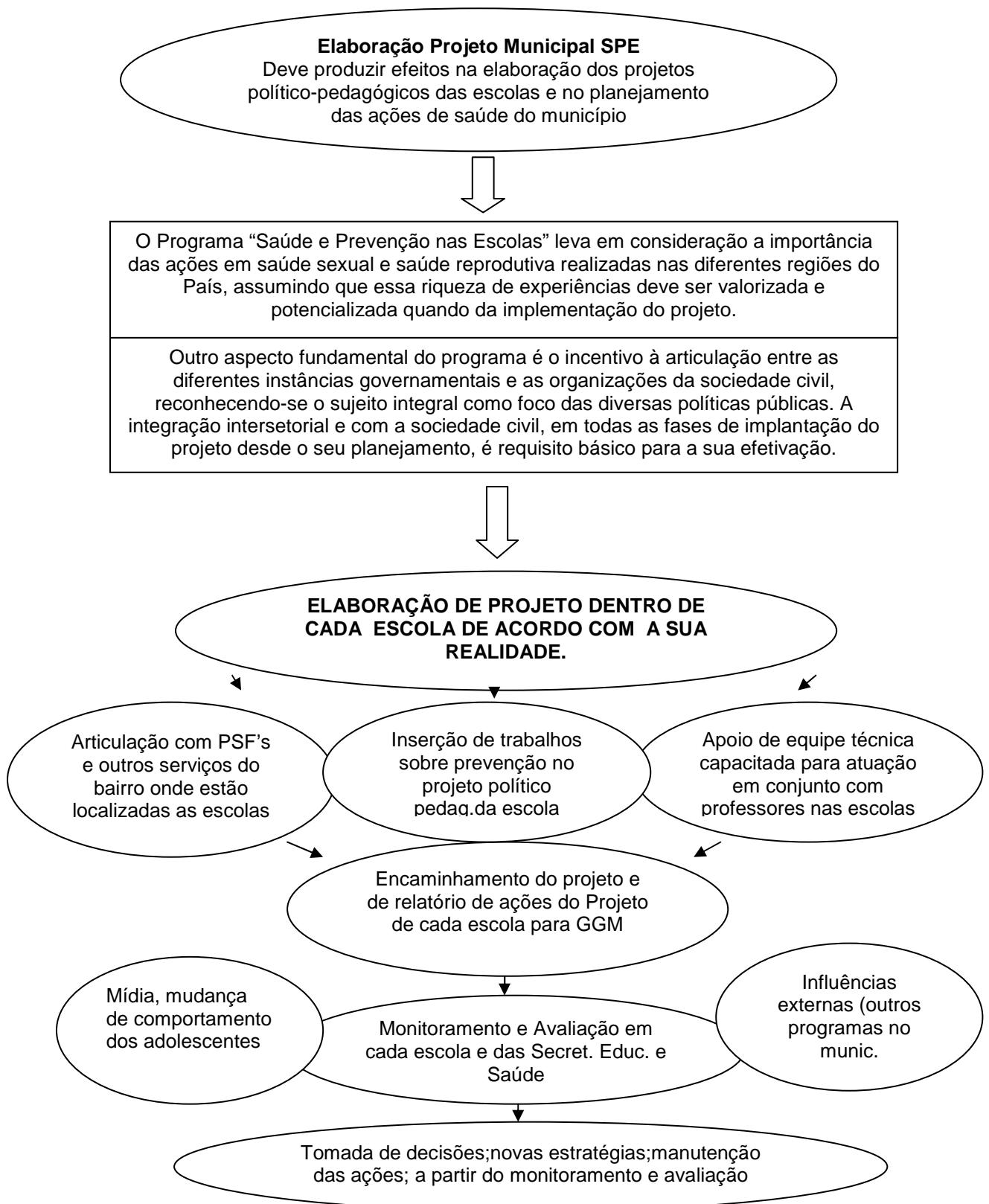
As expectativas relacionadas ao projeto Saúde e Prevenção na Escola, segundo Ministério da Educação são: contribuir com recursos humanos e financeiros na realização de ações de prevenção e promoção da saúde nos espaços escolares; incentivar o entrosamento das escolas com os serviços de saúde; buscar parcerias com organizações governamentais e não governamentais e articular o trabalho das escolas estaduais e municipais no campo da saúde (Manual para implementação de Diretriz SPE, 2007).

Em determinados contextos, poderá representar um incentivo para desencadear novos processos de trabalho, com vistas à superação das iniciativas pontuais e à geração de ações permanentes, inovadoras e integradas. Nas realidades em que já se possa contar com maiores acúmulos, o Projeto poderá trazer novas dimensões aos processos já desencadeados, levando à soma de esforços nos três níveis de governo e contribuindo para a organicidade das ações em cada território e em âmbito nacional (Manual para implementação de Diretriz SPE, 2007).

Diante da exposição dos principais elementos do programa é importante traduzir de maneira objetiva a partir do esquema abaixo a proposta de implementação e atuação do mesmo.



No âmbito mais específico de atuação e elemento de análise desta dissertação ressaltamos a atuação na esfera municipal onde temos o seguinte fluxo criado a partir das diretrizes do programa.



O fluxograma acima foi elaborado com base nas informações obtidas no manual para implementação de diretrizes do programa. Sendo que dentre tantas informações encontradas relacionadas ao programa, consideramos fundamental

elucidar algumas que no nosso entendimento são cruciais para o andamento no mesmo, na prática, no município de Santa Cruz do Sul.

A partir desse fluxograma conseguiremos analisar de maneira mais objetiva atuação do programa em Santa Cruz do Sul.

Diante de tantas informações, principalmente das finalidades do programa é possível ter ideia da dimensão e da proposta de certa forma inovadora do mesmo. Principalmente por levar em consideração a questão local, prevendo que cada escola desenvolva seu projeto de acordo com a sua realidade e por almejar uma política pública intersetorial.

É importante levar em consideração também que para chegar a todas as finalidades propostas pelo programa é algo que requer além de recursos financeiros, principalmente recursos humanos capacitados e comprometidos. Pois é um trabalho que pode ser rápido no sentido de implementação, porém lento na execução e avaliação até porque grande parte dos resultados vem a longo prazo.

Pode-se dizer que através do SPE o poder público percebeu a necessidade de trabalhar a prevenção. O Rio Grande do Sul, conforme informação da Secretaria Estadual de Saúde, no que se refere ao resultado dessas ações relacionados aos números de DST/AIDS e gravidez na adolescência, ainda não avaliou o SPE (Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul- SES e DAS).

Com tudo isso, fica nítida a importância de analisar o que foi desenvolvido até o momento, ou seja, se a teoria está dando sustentação a prática, ou se estão indo para direções diferentes.

3.3 Atuação do Projeto Saúde e Prevenção na Escola: análise dos resultados no município

A partir do estudo teórico realizado, para uma análise coerente da atuação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas se faz necessário buscarmos alguns tópicos analisados anteriormente.

A prevenção da Gravidez na adolescência é um dos caminhos, ou melhor, praticamente o único para evitar a gravidez indesejada, ou não - planejada. Assim como outros segmentos da saúde, é um investimento com o qual se economiza futuramente, não somente economicamente, mas também, em aspectos sociais e na saúde emocional da adolescente.

Além destes, outros aspectos de ordem social e econômica devem ser apresentados para esta análise. Entre eles estão: a evasão escolar da mãe, seja por não ter com quem deixar o bebê, por ter que trabalhar para sustentá-lo, ou pelo sentimento de exclusão provocado pela gravidez.

É possível observar que temos um ciclo, o qual começa antes do nascimento do bebê e engloba aspectos sociais, econômicos e principalmente de saúde pública.

Como o Programa SPE tem em seus objetivos a atuação na prevenção, além de DST/AIDS, trabalhar a sexualidade e a prevenção da gravidez na adolescência, é importante verificar a sua contribuição no processo de diminuição dos índices de gravidez na adolescência no município de Santa Cruz do Sul.

Mesmo com a diminuição de bebês nascidos de mães adolescentes, como informou o Ministério da Saúde em 2009, ainda há muito para fazer e analisar para que ocorra efetividade de resultados nesse segmento.

Além dos aspectos já abordados, analisar o que está sendo feito, elemento principal do estudo, é de extrema relevância para o processo de desenvolvimento, pois sem olhar para o que está sendo executado não é possível saber se as ações estão sendo realizadas de maneira que seus objetivos estejam sendo atingidos. Caso contrário teremos recursos públicos utilizados erroneamente.

No que se refere a dados quantitativos, durante toda a dissertação elucidamos índices a partir de tabelas e quadros, mesmo assim é importante ressaltar novamente alguns elementos que contribuirão para esta análise.

Na Tabela 09 apresentamos os números da 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, o que nos dá a dimensão da região do Vale do Rio Pardo.

Tabela 09 - Distribuição do Número de Mães Adolescentes Por Faixa Etária na 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2007

<i>Idade / Anos</i>											
Idade	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	Total
Mães ad.	0	0	2	5	25	49	97	129	142	177	626

Fonte: 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, RS, 2007

Porém, o que mais nos interessa neste momento é o município de Santa Cruz do Sul no qual em 2007 foram 1.377 nascimentos, destes 13,5% na faixa etária de 10 a 19 anos, 69,2% na faixa de 20 a 34 anos e 15,9% na faixa etária de 35 a 49 anos.

Além da gravidez na adolescência foco desse estudo, o que chama atenção é o fato de as faixas etárias de 10 a 19 anos e de 35 a 49 anos as quais são as faixas de risco tanto para a mãe como para o bebê. Quase 30% dos nascimentos em 2007 em Santa Cruz do Sul.

Neste caso entende-se que muito se deve a questão da mudança cultural no comportamento das mulheres, as quais estão buscando especializações, cargos mais reconhecidos e com isso retardando a gravidez. Atualmente é absolutamente compreensível a mulher que decide ter filhos após os 30 anos de idade. É possível que a redução da gravidez na adolescência, além de ações de prevenção esteja atrelada a esta mudança.

No ano de 2006 o índice de gravidez na adolescência em Santa Cruz do Sul foi de 14,5% diante disso, pode-se dizer que o município acompanhou a tendência do estado do Rio Grande do Sul ao decréscimo.

Já o Quadro 02 apresenta os números relacionados a gravidez na adolescência em Santa Cruz do Sul por bairros nos anos de 2007 e 2008. As linhas em negrito referem-se aos bairros nos quais estão situadas as escolas que

participam do Programa Saúde e Prevenção na Escola –SPE, bem como o total de gravidez na adolescência em 2007 e 2008.

O Quadro 02 demonstra que nos bairros nos quais estão inseridas as escolas que aderiram ao SPE, são os bairros em que a gravidez na adolescência apresentou resultados contraditórios, pois enquanto em um bairro o índice de gravidez na adolescência diminuiu, em outro manteve a mesma proporção em 2007 e 2008, em outros 4 tal índice aumentou. Esse surpreendente resultado pode estar evidenciando que o SPE não está alcançando os objetivos propostos ou, pelo menos, que a implementação do programa precisa ter sua estratégia revista. Ao mesmo tempo em que o fato de ser um programa relativamente novo também contribui para os resultados relacionados ao programa.

Quadro 02 - Nascimentos de bebês de mães adolescentes em Santa Cruz do Sul,
por bairro, 2007-2008

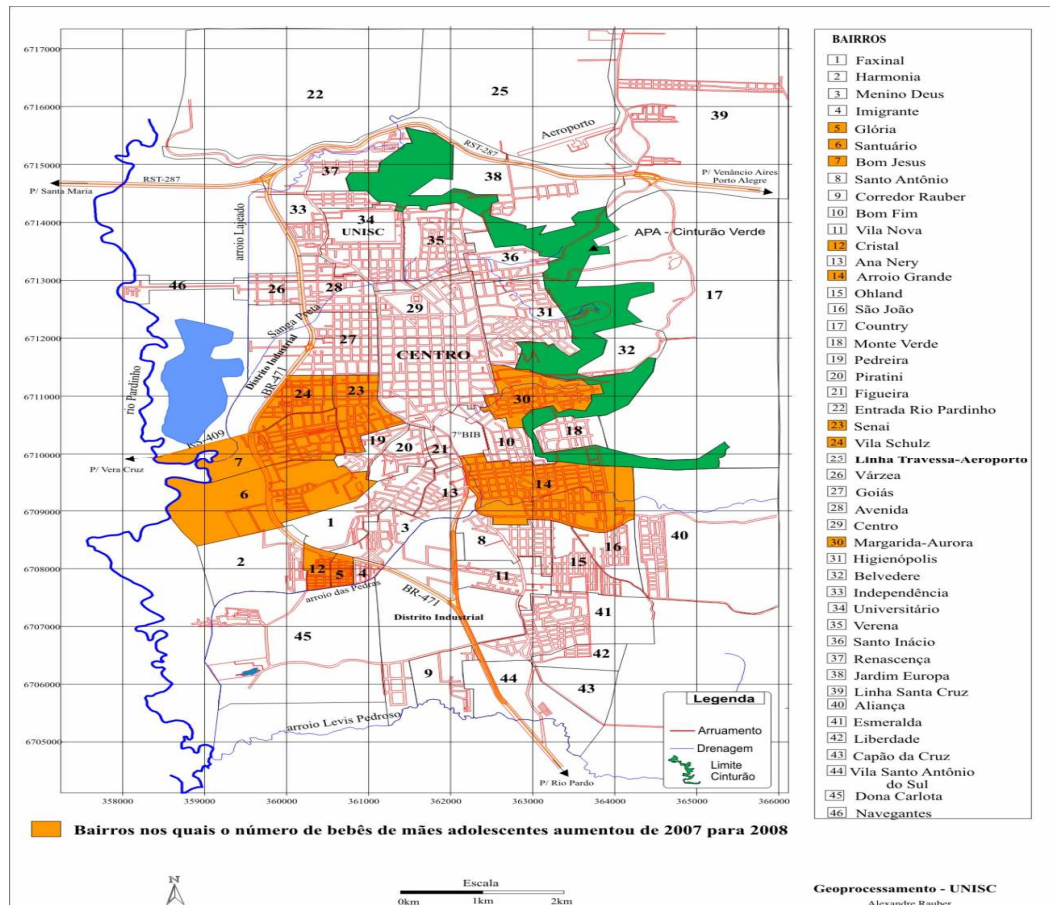
<i>BAIRRO</i>	<i>Ano 2007 Número</i>	<i>Ano 2008 Número</i>	<i>Resultado</i>
Ana Ney	1	0	Diminuiu
Arroio Grande	3	6	Aumentou
Aliança	5	2	Diminuiu
Avenida	3	2	Diminuiu
Bom Jesus	6	14	Aumentou
Belvedere	3	2	Diminuiu
Bom Fim	3	1	Diminuiu
Beckenkamp	4	3	Diminuiu
Centro	7	7	Igual
Cristal	1	2	Aumentou
Cintia	4	1	Diminuiu
Dona Carlota	1	0	Diminuiu
Esmeralda	1	0	Diminuiu
Faxinal	11	4	Diminuiu
Goiás	2	2	Igual
Glória	1	5	Aumentou
Imigrante	6	6	Igual
Interior	24	17	Diminuiu
Mãe de Deus	1	1	Igual
Menino Deus	8	8	Igual
Margarida	2	5	Aumentou
Navegantes	2	1	Diminuiu
Ohland	2	2	Igual
Pedreira	4	2	Diminuiu
Rauber	8	3	Diminuiu
Renascença	1	0	Diminuiu
Santuário	2	5	Aumentou
Senai	4	7	Aumentou
Santo Antônio	7	5	Diminuiu
Universitário	2	0	Diminuiu
Vila Schultz	4	5	Aumentou
Vila Nova	3	3	Igual
Cohab	1	0	Diminuiu
Verena	1	0	Diminuiu
Linha João Alves	1	0	Diminuiu
Santo Inácio	1	0	Diminuiu
Piratini	1	0	Diminuiu
TOTAL	141	121	Diminuiu

Fonte: Vigilância epidemiológica município de Santa Cruz, modificado pela autora.

Os mapas a seguir ilustram o quadro acima, localizando as seguintes situações: bairros nos quais a gravidez na adolescência aumentou de 2007 para 2008, bairros nos quais a gravidez na adolescência manteve a mesma proporção de

2007 para 2008 e bairros onde a gravidez na adolescência diminuiu de 2007 para 2008.

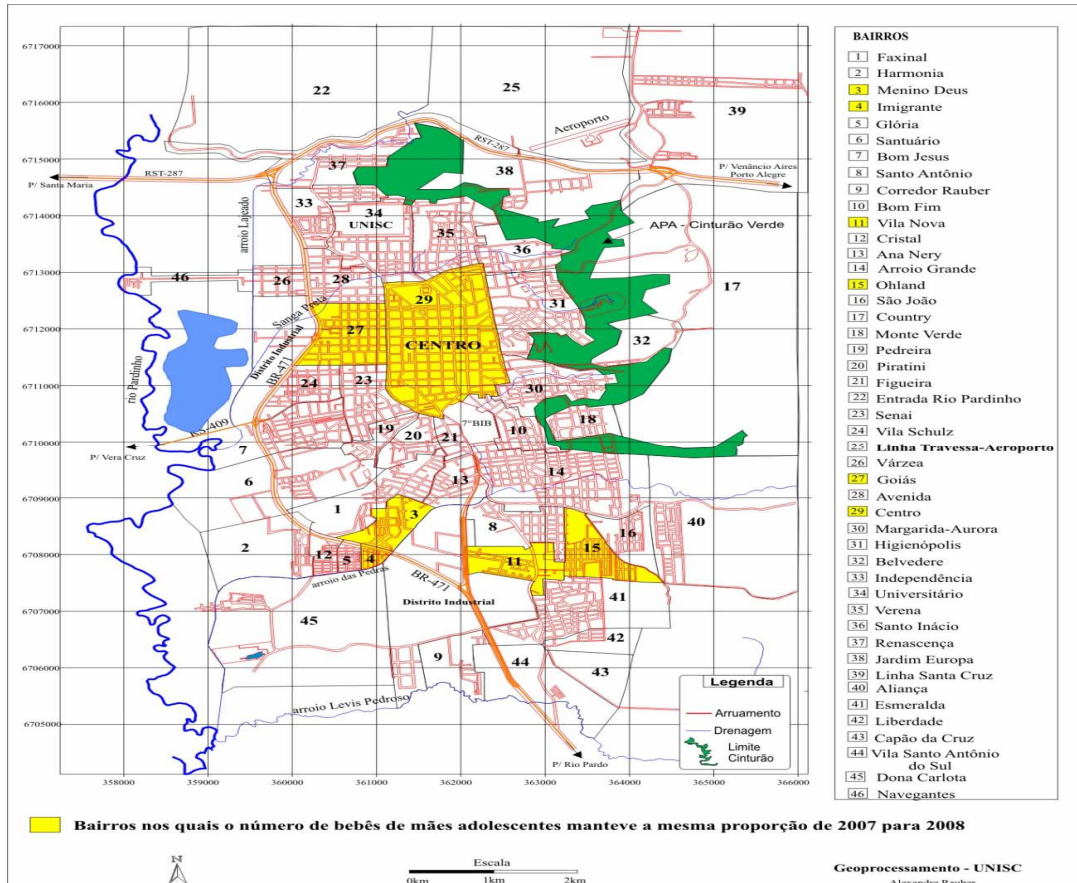
Ilustração 03 - Mapa de localização dos Bairros nos quais o número de bebês de mães adolescentes aumentou de 2007 para 2008



Fonte: Núcleo de Geoprocessamento-UNISC

O mapa acima demonstra que nos bairros da zona sul do município ocorreram os maiores aumentos de bebês nascidos de mães adolescentes, são nesses bairros também que se concentra a população de mais baixa renda e que estão socialmente mais vulneráveis principalmente nos bairros Glória, Santuário, Bom Jesus e Cristal.

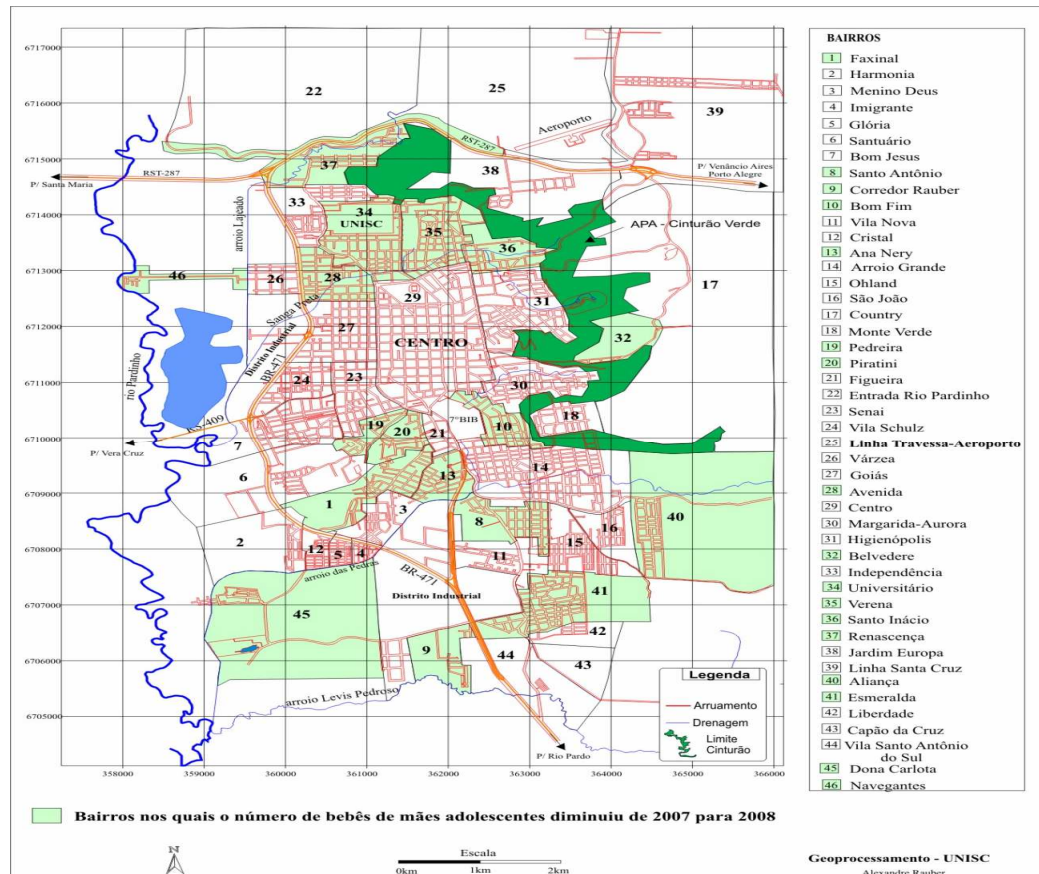
Ilustração 04 - Mapa de localização dos Bairros nos quais o número de bebês de mães adolescentes manteve a mesma proporção de 2007 para 2008



Fonte: Núcleo de Geoprocessamento - UNISC

Os bairros acima, com números iguais em 2007 e 2008 demonstram que a preocupação com a gravidez na adolescência não deve cessar no momento que os números permanecem estáveis, pois nesse caso temos três bairros com números elevados tanto em 2007 como em 2008 Menino Deus(8), Imigrante(7), Centro(7).O fato de no centro termos esse número nos remete a questão de que escolas do centro principalmente a Escola E. Ernesto Alves recebe alunos de diversos bairros e também do interior do município, o que provavelmente tem ligação com esse número.

Ilustração 05 - Mapa de localização dos Bairros nos quais o número de bebês de mães adolescentes diminuiu de 2007 para 2008



Fonte: Núcleo de Geoprocessamento - UNISC

Neste mapa percebemos que os bairros onde a gravidez na adolescência diminuiu estão em diferentes pontos do município, bastante pulverizados.

Ao passo que números estáveis quando se mantém altos de um ano ao outro são preocupantes, as oscilações de um ano para o outro, citadas pela coordenadora do projeto sobre sexualidade também merecem atenção. No município de Santa Cruz do Sul ainda se busca uma explicação coerente para essas oscilações.

Entrevista com coordenadora do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas-SPE (ANEXO A)

Segundo a coordenadora do programa SPE o trabalho com adolescentes em Santa Cruz é mais antigo do que o SPE (2005), pois iniciou em 2001 com palestras sobre sexualidade nas escolas.

Em 2002 decidiu-se interromper as palestras, uma vez que percebeu-se que pelo fato de não ter continuidade não estavam sendo efetivas.

Começou então em 2003 um trabalho com professores para que eles trabalhassem com os alunos sistematicamente (capacitação AIDS/DST/sexualidade-para professores de escolas estaduais e municipais - um curso por ano). Os professores aqui seriam os multiplicadores. A ideia foi a de promover ações com supervisão da secretaria municipal da educação e da médica Renata Jucá (ginecologista).

Já neste momento conforme relato da coordenadora do SPE começou a integração saúde e educação.

Em 2004-2005 através do programa bem-me-quer (relacionado a prevenção da mortalidade infantil) surgiu o comitê de ações para redução da mortalidade infantil, onde estava em pauta óbitos de recém-nascidos tendo como pano de fundo o fato de muitos serem bebês nascidos de mães adolescentes.

A partir da pauta da época, surgiu o Comitê adolecer formado basicamente pelos membros do comitê de Ações para Redução da Mortalidade Infantil.

Segundo a Coordenadora do SPE pode-se dizer que o Comitê Adolecer é o gestor do SPE e o SPE está diretamente ligado a programas de prevenção de DST/AIDS dentro CEMAS (Centro Municipal de Apoio a Sorologia). O grupo gestor municipal do SPE, é basicamente o mesmo que o adolecer.

Ações realizadas com adolescentes em Santa Cruz do Sul

Dia mundial de combate a AIDS:

Em 2005 realização de gincana na praça, experiência em massa com adolescentes de 10 escolas. Após o evento foi enviada avaliação para escolas, nesta avaliação as escolas avaliaram o evento como muito positivo.

No ano de 2006 o comitê adolecer fez os primeiros diagnósticos, ou seja, se apropriaram, a partir da gincana de 2005 da realidade dos adolescentes.

Em dezembro de 2006 ocorreu a 1ª Jornada Municipal do Adolescente como resultado da capacitação de professores, realizada pelos gestores do comitê adolecer. As escolas poderiam inscrever trabalhos, diante disso, estrategicamente o comitê conseguiu conhecer o que se faz com adolescentes, o que se trabalhava em Santa Cruz do Sul e quem trabalhava nas escolas com esse segmento.

Ainda em 2006 ocorreu a Mostra Nacional do SPE- Brasília DF- O coordenador do Programa Redução de Danos (drogas), ligado ao CEMAS criou PAS Programa Adolescente Saudável. Desta maneira uniram saúde sexual com odontologia, com 11 encontros em diversas escolas. Esse trabalho foi apresentado na Mostra Nacional, a qual é realizada anualmente onde diferentes municípios de diferente estados apresentam os trabalhos realizados com adolescentes.

Já em 2007/2008 começou a funcionar a chamada Sala Legal, uma sala junto ao CEMAI (Centro Materno Infantil), que atende gestantes de todas as idades. Na sala legal eram trabalhadas temáticas com adolescentes grávidas. É importante ressaltar que atualmente a sala está desativada.

No ano de 2008 ocorreu a 3º Mostra Nacional do SPE em Florianópolis, onde apresentaram como trabalho desenvolvido em Santa Cruz do Sul a gincana da sexualidade (Apresentação na íntegra site secretaria Estadual da Saúde –RS).

Diante da troca de experiências em Florianópolis perceberam que capacitar professores ou outros profissionais estava ultrapassado, a proposta contemporânea seria capacitar adolescentes, multiplicadores jovens.

Unindo educação com saúde e utilizando a cartilha do SPE realizou-se um curso para 3 escolas estaduais e 3 municipais (2008 - término: 2009).

No final do ano de 2008 diferente dos anos anteriores, em dezembro não foram realizadas atividades na praça, somente em maio de 2009, desta vez os alunos capacitados organizaram a gincana que ocorreu no parque da oktoberfest.

Conforme a coordenadora do SPE até o momento desta entrevista, agosto de 2009 o comitê não havia organizado atividades.

Segundo a coordenadora, em todas as gincanas e atividades realizadas a temática gravidez na adolescência esteve em pauta (fazendo com que os adolescentes se colocassem no lugar de ser pai e mãe).

O SPE não tem financiamento próprio. O município de Santa Cruz do Sul até o momento não encaminhou nenhum tipo de relatório, documento, ou informações para o Estado ou União. Em um único momento foi solicitado relatório, porém, como a responsável estava de férias o relatório não foi elaborado.

Sobre o fomento, o Estado forneceu material (Guia para formação de Profissionais de Saúde e Educação) em termos de financiamento em valores o município de Santa Cruz do Sul não foi contemplado.

Este aspecto foi o principal ponto de discussão da Mostra Gaúcha do SPE e fator de muito descontentamento dos municípios.

Com base na entrevista realizada com a coordenadora do programa é possível afirmar que há um esforço grande para conduzir programas e projetos relacionados a adolescentes.

É possível afirmar também que as ações relacionadas a adolescentes realmente são anteriores ao SPE, diante disso será necessário identificar esses projetos, programas.

Mas ao mesmo tempo é possível perceber que o esforço é de poucos e geralmente sempre os mesmos lutando por reconhecimento há muitos anos. Pois como é possível perceber no relato acima há um movimento de ações de eventos, cursos e treinamentos que demonstram esse esforço.

Como essas atividades normalmente são agregadas à atividade principal dos profissionais, necessitam de esforço redobrado e por isso muitas vezes faltam controles, relatórios, levantamentos específicos cruciais para qualquer tipo de monitoramento e avaliação.

Como é o caso comentado pela coordenadora do programa, no único momento em que houve a necessidade de encaminhar um relatório, esta estava de férias e o mesmo não foi feito. Com isso o governo federal e estadual provavelmente não sabem exatamente da situação do programa no município de Santa Cruz do Sul.

Com tudo isso é possível questionar: Como fomentar algo do qual não há resultados, não há números ou qualquer tipo de relato? Estão aqui os pontos negativos e talvez cruciais do Programa que posteriormente terão a possibilidade de serem desvendados e melhores analisados.

Outro aspecto que terá consequência provável no relato e organização das escolas no que se refere ao SPE, é a maneira como a coordenadora se posiciona ao falar do SPE. Para ela trata-se de um programa que veio para dar nome ao que já estava sendo feito, com algumas contribuições.

A partir das entrevistas nas escolas teremos ao final uma análise global que mostrará a interface das escolas com as esferas municipal, estadual e federal na execução do SPE, lembrando sempre que o SPE é um programa que dá autonomia para execução de ações de acordo com a realidade de cada local. Por isso, quando

falamos de estrutura , organização e monitoramento não estamos falando em padronização de ações, mas sim de um eixo do Programa no município de Santa Cruz do Sul.

Entrevistas com os responsáveis pelas Escolas que aderiram ao Programa Saúde e Prevenção nas Escolas

No decorrer de 2009, após entrevista com a Coordenadora do SPE, visitamos 6 (seis) escolas indicadas pela mesma sobre as quais ela tem gerencia direta relacionada ao referido programa.

Nas entrevistas, sempre com pessoas responsáveis pelo andamento do programa nas escolas, na maioria orientadores educacionais, buscamos conhecer a realidade das escolas, bem como as ações realizadas com os alunos no campo da prevenção em saúde, mas principalmente ações de prevenção da gravidez na adolescência.

É importante ressaltar que o Programa SPE possui diversos objetivos, porém o foco principal desse estudo é o objetivo que aborda prevenção da gravidez na adolescência.

As escolas visitadas foram: Escola Estadual Sagrada Família, Escola Estadual Bruno Agnes, Escola Estadual Ernesto Alves de Oliveira, Escola Municipal de Ensino Fundamental Professor José Ferrugem, Escola Municipal de Ensino Fundamental Bom Jesus e Escola Municipal de Ensino Fundamental Santuário.

Essas escolas proporcionam uma visão das escolas estaduais e municipais, bem como, de escolas localizadas no centro e nos bairros da cidade.

No entanto, ainda antes de falar especificamente sobre cada escola entrevistada, é importante apresentar o roteiro utilizado, o qual possibilitou questionar de maneira coerente as seis escolas sobre o Programa Saúde e Prevenção nas escolas- SPE (ANEXO B).

Escola Estadual Ernesto Alves de Oliveira

Atualmente aproximadamente 1.400 alunos estão matriculados nessa escola, envolvendo o ensino fundamental e médio. Mesmo sendo uma escola central, no período da tarde 80% dos alunos são do interior do município, o que caracteriza como uma boa representante do conjunto de estudantes do município.

Um aspecto que deve ser levado em consideração, é que no início da entrevista a direção da escola estava em dúvida se formalmente o SPE havia sido implantado na escola.

No decorrer do nosso diálogo chegaram a conclusão de que durante o ano de 2007, 4 alunos com acompanhamento de 2 professores da escola foram capacitados para atuar no SPE. A capacitação foi ministrada pela psicóloga e coordenadora do SPE.

Anteriormente à capacitação e implantação do SPE, a escola realizava ações e eventos sobre sexualidade, situações pontuais como palestras. Além disso, em sala de aula nas disciplinas de ensino religioso e biologia continuam trabalhando a temática da gravidez na adolescência atrelada também a outros tipos de prevenção.

Para 2009 está prevista uma gincana organizada pelos alunos capacitados pelo SPE para trabalhar temáticas relacionadas à prevenção da AIDS, doenças sexualmente transmissíveis, prevenção da gravidez na adolescência e sexualidade.

Esse é um dos diferenciais após a implementação do SPE, pois anteriormente não havia alunos adolescentes capacitados, somente professores.

No que se refere a recursos para realização de ações do programa as escolas até o momento receberam somente o treinamento.

Quando solicitados, respondem o censo escolar sobre esses itens. Normalmente, não emitem relatórios para Secretaria da Educação ou Saúde, nas esferas municipal, estadual e federal relacionados ao SPE.

Segundo a diretora da escola, atualmente há uma adolescente de 15 anos grávida que reside no interior do município. Há 3 anos não ocorriam situações de gravidez na adolescência na escola.

Sobre a linha de trabalho de conduta para com os adolescentes ainda trabalham os métodos contraceptivos e destacam uma palestra na escola onde ressaltaram a importância da continuidade dos estudos e perspectivas de futuro.

A partir da realização da entrevista ficou nítido que as atividades dentro da escola relacionadas a prevenção seja de DST/AIDS, bem como da gravidez na adolescência tem espaço, mas são pontuais. Porém é visível também que a organização e compilação de dados e informações de situações que de certa maneira ainda andam paralela ao currículo “normal” da escola devem ser melhor estruturadas, uma vez que ao chegar na escola as pessoas indicadas para entrevista não sabiam exatamente da existência do SPE na escola.

O fato de utilizarem adolescentes multiplicadores habilitados, constitui, um passo importante dado primeiramente pelo SPE e mantido pela escola, pois além de não sobrecarregar os professores é uma conduta atualmente muito utilizada; ao mesmo tempo que remete a responsabilidade aos alunos adolescentes contribuiu para o uso da criatividade, senso crítico e organização. Mas além disso, ninguém melhor que os próprios adolescentes para entender as dificuldades e necessidades destes e dialogar sem medo e culpa.

Outro aspecto que chama atenção, mesmo não sendo este (trabalhar a prevenção) o objetivo principal da escola é que além de alguns questionamentos no senso escolar que incluiu desde 2005 a realização de ações de prevenção não há outro tipo de monitoramento interno ou externo.

Logicamente que neste caso a coordenação do programa é que deve analisar a necessidade ou não de relatórios, para de fato monitorar o que é desenvolvido a nível de município para cuidar e preservar a saúde dos adolescentes.

Escola Municipal de Ensino Fundamental Professor José Ferrugem

A escola está situada no bairro Renascença, próximo a Universidade de Santa Cruz do Sul onde estão matriculados 155 alunos de 1ª a 8ª série.

Segundo a orientadora pedagógica da escola ações relacionadas a prevenção são realizadas desde 1999 com a elaboração do projeto “Quem se ama se cuida”, que tem como foco principal o auto cuidado .

O projeto desenvolvido pela escola tem início todos os anos em abril com a semana de promoção a vida e formalmente perpassa o dia do amigo, semana do meio ambiente é encerrado no dia 01 de dezembro dia mundial de prevenção a AIDS. Em todas as temáticas trabalhadas sempre são enfatizados o auto cuidado e o cuidado com os outros.

Para o sucesso do projeto a orientadora enfatiza o comprometimento de todos os professores, há um planejamento e monitoramento, a cada atividade são gerados registros. Segundo a mesma o projeto é de todos e não da pessoa que o coordena, ressalta que esta é a receita para a continuidade e efetividade das ações.

O resultado do projeto reflete nos números, desde 2003 não há registro de adolescentes grávidas, atualmente tem 1 gestante, porém esse caso é visto como exceção uma vez que envolve diretamente aspectos de vulnerabilidade familiar considerados extremamente complexos pela direção da escola.

Este projeto não é curricular, segundo a orientadora pedagógica na 7ª série, como é obrigatoriedade curricular trabalham o aparelho reprodutor, mas não enfocam a sexualidade.

Quanto ao SPE á orientadora da escola foi uma das pessoas do município de Santa Cruz do Sul que realizou treinamento relacionado ao Programa em 2007, o mesmo foi pago pelo Ministério da Saúde e considerado pela orientadora muito bom, ao mesmo tempo em que considera ao menos na teoria o programa SPE excelente.

A orientadora ressalta que outras pessoas realizaram o curso em momento anterior a esse, o que significa que tiveram 2 momentos de treinamento (2005-2007).

Um aspecto de extrema relevância citado pela entrevistada é que estava muito presente nos treinamentos o discurso de abundância de recursos por parte do Ministério da Saúde. Aspecto este que até o momento, ao menos para o município de Santa Cruz e escolas, não se concretizou, seja através de recursos financeiros ou de material, a escola ainda não recebeu nada.

O compromisso de quem participou do treinamento era de primeiramente criar o comitê gestor e disseminar o SPE nas escolas do município.

O primeiro passo foi formalizar os membros do comitê gestor do SPE e o segundo passo realizar uma reunião com secretária da saúde e educação, uma vez que a integração entre saúde e educação é um dos pontos muito enfatizados na teoria do programa.

No entanto, segundo a orientadora a relação entre saúde e educação não mudou, permanecem os entraves já vivenciados em momentos anteriores ao SPE. Para ela os gestores da saúde estão sempre extremamente mais preocupados com os índices (número) do que com a interpretação do que estes de fato representam.

Na visão da orientadora a única ação do SPE além da formação do comitê gestor foi um curso iniciado em 2008 e concluído em 2009 com 4 alunos e dois professores de algumas escolas convidadas a fim de torná-los multiplicadores do SPE.

A exemplo do projeto realizado na escola o treinamento recebido foi multiplicado para os demais professores da escola.

Então quando questionada sobre o que mudou com o SPE, a resposta foi que fora a formalização de um comitê gestor e de um curso de multiplicadores nada está

diferente. A maneira como a escola conduz as ações é a mesma, o projeto realizado na escola continua sendo o citado anteriormente “Quem se Ama se Cuida”.

Além do questionamento que responderam no Censo escolar se a escola “Participa do SPE”, nada mais fazem de atividades e prestação de contas. Acrescentou que envia e-mail a coordenação estadual do programa, porém dificilmente recebe retorno.

Durante a entrevista a entrevistada demonstrou conhecimento relacionado ao programa e outras ações que são realizadas no município. Apontou um provável defeito justificando a falta de conhecimento do SPE por parte de algumas escolas, ela conhece porque participou do treinamento em Porto Alegre, bem como do treinamento de multiplicadores. Porém as professoras que somente participaram do treinamento de multiplicadores o programa não ficou muito evidenciado.

Acredita que faltou o momento de chamar as escolas para comunicar sobre a existência e adesão do município ao programa.

Citou também um trabalho de grande repercussão no município de responsabilidade da Secretaria Municipal de Educação que é um projeto sobre sexualidade desenvolvido somente nas escolas municipais.

A partir da visita realizada foi possível perceber o envolvimento da escola com ações preventivas estruturadas em um projeto, sendo este muito anterior a adesão da escola ao SPE.

O conhecimento do SPE e a existência de um projeto possibilitou uma avaliação franca por parte da orientadora de que o SPE não contribuiu para novas ações de prevenção na escola.

Aspecto este de extrema relevância nesta análise, pois se na própria escola, esta orientadora que inclusive participou do treinamento do SPE em Porto Alegre, não observou mudanças, ou ao menos movimentos sinalizando algum tipo de

trabalho, esta é uma provável tendência das demais escolas do município de Santa Cruz do Sul que aderiram ao SPE.

Outra questão importante percebida nesta escola e que com certeza contribui para os resultados do projeto até o momento desenvolvido é o conhecimento e diante disso o comprometimento dos professores. Como citado anteriormente desde 2003 a escola não tem incidência de adolescentes grávidas, com exceção de uma gestante em 2009.

Essa gestante vive em uma família em condições de vulnerabilidade social, situação que reflete tanto no rendimento escolar, como no cotidiano da adolescente, é um caso onde a escola faz a sua parte, mas não tem como intervir diretamente em determinadas vulnerabilidades vividas pela mesma.

Um ponto de extrema importância também trazido pela mesma é a questão da falta de recursos. Ao realizar as visitas percebe-se que não há sequer um cartaz de divulgação do programa dentro das próprias escolas que aderiram ao SPE.

Neste caso a falta de recursos, sem sombras de dúvida está prejudicando o andamento do programa no município de Santa Cruz do Sul. Mas logicamente, não é possível afirmar que a maneira como está sendo conduzido o SPE seja devido somente á falta de recursos. Pois a partir dos relatos fica nítido que já no início, uma questão básica foi esquecida, a divulgação do programa no seu meio de atuação, na comunidade escolar.

EMEF Bom Jesus

A escola Bom Jesus está situada no bairro bom Jesus na periferia do município, são 648 alunos matriculados de 1^a a 8^a série.

A orientadora educacional entende que aderiram ao SPE em 2008, a partir da primeira atividade realizada com alunos e professores da escola que foi o treinamento para formação de multiplicadores adolescentes que iniciou em 2008 e terminou em outubro de 2009.

Destacou que anteriormente ao SPE realizavam e continuam realizando atividades relacionadas a prevenção. Ressaltou que a partir da secretaria Municipal de Educação que atua dentro da escola com o projeto de sexualidade, surgiu o grupo de adolescentes denominado Grupo de Adolescentes Valorizando a Vida. Os encontros ocorrem em turno inverso ao das aulas e abordam assuntos de interesse dos adolescentes, bem como a prevenção de HIV e gravidez na adolescência, uso de álcool e drogas.

O trabalho realizado efetivamente sobre sexualidade e neste incluídos temas de prevenção enfatizando o auto cuidado, ocorre atualmente na disciplina de ciências. Nas séries onde a disciplina não é realizada, não são desenvolvidos trabalhos preventivos.

Porém, segundo a orientadora pedagógica a partir da ideia do auto- cuidado, em alguns momentos ocorre intervenção de professores e quando necessários eventos com profissionais especializados em temáticas específicas.

Diretamente relacionado ao SPE e gravidez na adolescência foco do estudo, a partir da conclusão do curso de capacitação para multiplicadores adolescentes, os alunos tiveram espaço dentro da escola para apresentar o que aprenderam tanto em sala de aula, como para os professores em outro momento.

A escola também participou da gincana em maio de 2009, segundo a orientadora foi um momento muito bom que proporcionou aprendizado, troca de experiências e protagonismo dos adolescentes, pois foram eles que mobilizaram a participação da sua escola.

A ideia da escola no momento é fazer parceria com o PSF do bairro e agentes de saúde para um trabalho mais efetivo. Avalia a orientadora que a capacitação foi uma injeção de animo e troca de ideias, acredita que é um programa que tem tudo para trazer bons resultados em diversos aspectos.

A partir do questionamento sobre adolescentes grávidas no momento, a escola apresentou alguns dados muito importantes sobre o número de adolescentes grávidas.

No ano de 2001 foram 8, 2002 não encontrou nos arquivos, 2003, não encontrou nos arquivos, 2004, duas adolescentes grávidas, 2005 três adolescentes grávidas, 2008, uma adolescente grávida e 2009 duas adolescentes grávidas, ambas com 14 anos de idade, sendo que uma permanece estudando e a outra evadiu .

Como é possível observar o número de adolescentes grávidas na escola reduziu a cada ano, o projeto de sexualidade da secretária municipal de educação iniciou no ano de 2003. Desde o início do projeto, as escolas municipais mesmo não fazendo parte do mesmo, encaminham o número de adolescentes grávidas para secretaria.

Como última notícia, fruto do curso de capacitação para adolescentes e professores foi elaborado pela Secretaria de Saúde e Comitê Adolescer um manual, o qual foi entregue no dia 15.12.2009 para cada adolescente que participou e também para escola.

Escola Municipal de Ensino Fundamental SANTUÁRIO

A escola está situada no bairro Santuário periferia da cidade, são 350 alunos matriculados de 1ª a 8ª série.

A entrevista foi realizada com a professora de ciências da escola, a qual participou do curso de capacitação de adolescentes multiplicadores, indicada pela escola. Entende que aderiram ao SPE em 2008, a partir da primeira atividade realizada com alunos e professores.

No que se refere à disseminação da capacitação, somente os alunos tiveram espaço para expor o que aprenderam, os professores conversaram informalmente nos intervalos na sala dos professores.

Atualmente a escola realiza ações relacionadas a prevenção na disciplina de ciências , mais especificamente quando trabalham o corpo humano na 7ª série. A metodologia de trabalho é através de vídeos, documentários e questionamentos realizados a partir de uma urna colocada na sala de aula, através da qual os adolescentes não precisam se identificar.

Entendem que a urna é um ótimo instrumento para questionamentos que pessoalmente não seriam realizados.

Além desta disciplina há uma integração com o ensino religioso, ou seja, as professoras fazem um trabalho integrado, onde na disciplina de ciências trata-se o aspecto mais biológico e no Ensino Religioso perspectiva de futuro dos adolescentes.

Sobre a integração entre as escolas que aderiram ao SPE, a escola participou da gincana, onde segundo entrevistada foi um momento muito bom de integração e aprendizado.

Diretamente tratando da gravidez na adolescência tanto a professora de ciências como orientadores educacionais compactuam na opinião de que o aspecto cultural é o principal motivo pelo qual torna-se difícil erradicar a gravidez na adolescência.

A escola tem diversos preservativos para distribuição, porém não acha pertinente distribuir sem um trabalho efetivo na escola, diante disso, ainda não sabem qual o destino darão para o material.

Ainda relacionado á gravidez na adolescência, entendem que seriam interessantes grupos de meninos e meninas separados em turno inverso ao que estudam para falar mais abertamente sobre o assunto.

A escola registrou um caso de gravidez na adolescência em 2009, sendo que a aluna evadiu, não está mais estudando. Neste caso segundo a entrevistada não foi

uma gravidez não planeja, a adolescente teve o desejo de ser mãe bastante influenciada pelo namorado.

Anualmente a escola encaminha relatório com o número de adolescentes grávidas para secretaria municipal de educação.

A professora entrevistada relata que a partir da capacitação cada escola vai trabalhar seu projeto de acordo com a sua realidade. Mesmo sendo uma boa iniciativa acredita que se tivesse uma equipe técnica para trabalhar diretamente a prevenção dentro das escolas, sem dúvida teriam ótimos resultados.

Ressaltaram que no primeiro momento que a entrevistadora chegou na escola pensaram que fosse alguém do PSF do bairro, pois na capacitação comentaram da importante parceria entre as escolas e os PSF's dos bairros.

Escola Estadual de Ensino Fundamental Bruno Agnes

Nesta escola não terminamos a entrevista devido a um incidente com os alunos no momento que estávamos lá. Mesmo assim, a pessoa entrevistada não tinha conhecimento do SPE, somente comentou que no momento tinham duas adolescentes grávidas na escola e que uma evadiu.

Encaminhamos alguns questionamentos por e-mail, mas não obtivemos retorno.

Projeto Sexualidade nas Escolas Municipais de Santa Cruz do Sul (Secretaria Municipal de Educação)

Nas entrevistas realizadas ficou nítida a presença de fatores externos ao SPE, relacionados a prevenção da gravidez na adolescência. Diante disso, é de extrema relevância citar o projeto municipal sobre sexualidade enfatizado pelas escolas municipais.

No ano de 2003 iniciou em Santa Cruz do Sul o trabalho sobre sexualidade nas escolas municipais de ensino fundamental (EMEF), uma das questões que levou a realização desse trabalho foi o fato de o público das escolas municipais ser de crianças e adolescentes de 1ª a 8ª série. Público este entre 07 e 14 anos, ou seja, considerados muito jovens para maternidade. Para a coordenadora e idealizadora do projeto Assistente Social Sonia o índice nessas faixas deve ser baixo, inclusive zerado.

Quando questionada sobre o SPE, disse que desconhece o programa, para ela no momento ainda está somente na teoria, como diversos programas do estado.

Acompanhando os índices de gravidez na adolescência segundo a Assistente Social Sonia Weber e o Biólogo Patrick, perceberam que alguma intervenção seria necessária, pois o número de adolescentes grávidas estava em oscilação, bastante instável. Além da gravidez na adolescência havia necessidade de trabalhar a sexualidade de maneira geral, abrangendo não somente alunos, mas professores e pais.

A adesão ou não ao projeto é de escolha da escola, mas a partir de 2010 para diminuir os casos de gravidez perceberam a necessidade de trabalhar com as demais escolas também. Sendo assim, a partir de 2010 todas as escolas municipais de Santa Cruz serão incluídas no projeto. O projeto é desenvolvido desde a 1ª até a 8ª série, ou seja, não somente na adolescência. Nas séries iniciais o trabalho realizado está relacionado ao auto cuidado sendo trabalhado ludicamente.

A sistemática de trabalho propõe que cada escola crie seu próprio projeto dentro da sua realidade e das temáticas propostas pela secretaria Municipal de Educação. Mensalmente representantes das escolas tem encontros para discutir casos e trabalhar alguma temática relacionada a sexualidade. Em 2006 o projeto foi ampliado para as EMEIS onde são realizados trabalhos com as monitoras e os pais, desmistificando algumas atitudes das crianças relacionada ao corpo e a sexualidade.

Quando questionada sobre o SPE, relatou que assim como muitos programas estaduais eles chegam prontos e os municípios resolvem aderir ou não. Para ela como o município de Santa Cruz já trabalhava anteriormente ao SPE ações relacionadas a sexualidade abrangendo gravidez na adolescência, DST E AIDS, o programa não contribuiu significativamente para a problemática da gravidez na adolescência. Ressaltou que como as escolas estaduais não realizavam trabalhos anteriores ao SPE talvez para essas o resultado tenha sido mais significativo. Comentou que o fato de o município ter uma equipe técnica atuante contribui para a efetivação do projeto, situação que não é a mesma para as escolas estaduais.

Desconhece o programa SPE, para ela no momento ainda está somente na teoria, como diversos programas do estado.

A proposta da união da educação com a saúde já ocorre na esfera municipal.

Sobre os índices de gravidez na adolescência relatou que no município de Santa Cruz ocorrem oscilações de um ano para o outro, aspecto esse que ainda está sendo estudado pela equipe. Ressaltou que a oktoberfest festa realizada anualmente no mês de outubro no município contribui p a gravidez na adolescência, bem como, algumas novelas.

Anualmente as escolas municipais mesmo não desenvolvendo projeto sobre sexualidade repassam para coordenadora do projeto os números relacionados à gravidez na adolescência para elaboração de índice por escola.

Um ponto que chama atenção é a obrigatoriedade a partir de 2010 da participação das escolas no projeto de sexualidade do município, entende-se que a partir dessa obrigatoriedade o trabalho e o monitoramento da gravidez na adolescência serão mais efetivos.

A partir do relato das entrevistas realizadas, foi possível elaborar um quadro comparativo geral entre as Escolas Estaduais e Municipais que aderiram ao SPE. Esse quadro enfatiza alguns questionamentos realizados sobre desenvolvimento do SPE, mais especificamente de Ações de Prevenção da Gravidez na Adolescência.

Quadro 03 – Comparativo entre as escolas Municipais e Estaduais

<i>PONTOS IMPORTANTES</i>	<i>ESCOLAS MUNICIPAIS</i>	<i>ESCOLAS ESTADUAIS</i>
Conhecimento do programa SPE	SIM	NÃO
Realização de atividades efetivas sobre prevenção	SIM	NÃO
Conhecimento de outros trabalhos preventivos dentro da escola	SIM	SIM
Realização de ações referente prevenção da gravidez na adolescência a partir da implementação do SPE	Não-evento Gincana da sexualidade	Não- evento Gincana da sexualidade
Realização de ações para prevenção da gravidez na adolescência anterior ao SPE que continuam atualmente	SIM	NÃO
Apoio de equipe técnica	SIM	NÃO
Adolescentes grávidas em 2009	SIM	SIM
Relatórios p o município/estado referente o programa SPE	NÃO	NÃO
Relatórios p o município/estado referente Gravidez na adolescência	SIM	NÃO
Recursos materiais e financeiros	Em parte, recebido em dez/2009 manual ref. capacitação	Em parte, recebido em dez/2009 manual ref. capacitação

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

A partir do quadro acima é possível visualizar que a rede municipal de ensino está trabalhando mais efetivamente na prevenção da gravidez na adolescência do que a rede estadual.

Um ponto não ressaltado no quadro, mas não menos importante, está relacionado ao interesse da rede municipal no momento da realização das entrevistas, o simples fato de solicitar retorno do trabalho é um exemplo de interesse. Na visita a uma escola estadual devido a um incidente interno com alunos não concluímos a entrevista, ficou acordado o encaminhamento de algumas questões por e-mail. Porém, não obtivemos retorno, talvez também devido ao fato do desconhecimento da escola relacionado ao SPE, evidenciado no início da entrevista.

Outra questão que contribui para realização de trabalhos preventivos nas escolas municipais evidenciado nas entrevistas é o projeto sobre sexualidade, a partir desse projeto as escolas contam com equipe técnica para apoio em algumas ações. Mesmo que em 2009 segundo coordenadora do projeto a equipe não esteve muito presente nas escolas, em anos anteriores realizaram diversas atividades.

No ano de 2009 o trabalho foi bastante dedicado as EMEIS e casos individuais de atendimento a adolescentes gestantes, isso significa que sempre que ocorre alguma gravidez nas escolas municipais a secretaria de educação é acionada e realiza atendimento à adolescente através de Psicóloga e Assistente Social.

Uma hipótese provável para estas diferenças entre a rede municipal e estadual de ensino, pode estar na falta de equipe técnica para realizar atendimento nas escolas e organizar trabalhos preventivos, bem como, na distância do diálogo entre as escolas estaduais e a gestão da educação estadual.

Além destas questões temos ainda que ressaltar que exatamente as ações que realizam relacionadas à gravidez na adolescência foram mas exemplificas e especifica somente por uma escola.

Para analisar diretamente o programa SPE, montaremos dois quadros com seus principais aspectos de atuação os quais foram identificados no manual de implementação e trazidos de maneira simples nos fluxogramas 1 e 2, fazendo um comparativo com os aspectos encontrados nas entrevistas realizadas.

Quadro 04 - SPE- Atribuições do Grupo Gestor Municipal

<i>SPE-ATRIBUIÇÕES GRUPO GESTOR MUNICIPAL</i>	<i>ASPECTOS ENCONTRADOS NAS ENTREVISTAS</i>	<i>COMENTÁRIOS</i>
Formação do Grupo Gestor Municipal(GGM)	Realizado	Porém é o mesmo grupo que compõe o comitê adolecer
Realizar análise situacional	Realizado	Através da gincana conseguiram saber os trabalhos desenvolvidos nas escolas
Elaborar plano de ação	Não realizado	
Realizar a formação continuada de profissionais	Em parte, realizada capacitação para alunos e professores área da saúde até o momento não.	
Identificar e divulgar materiais	Em parte,entregue material para escolas que fizeram a capacitação	
Mobilizar as comunidades escolares	Única ação Gincana sobre sexualidade e DST	
Identificar as escolas que apresentem condições favoráveis ao oferecimento do preservativo	Não Realizado	Uma escola municipal tem preservativos mas não se acha capacitada para simplesmente distribuir aos alunos
Realizar eventos para troca de experiências	Única ação Gincana sobre sexualidade e DST	
Avaliar de forma sistemática a execução do Projeto a partir dos indicadores que foram estabelecidos no Plano de Ação	Não realizado	
A integração intersetorial e com a sociedade civil, em todas as fases de implantação do projeto desde o seu planejamento, é requisito básico para a sua efetivação	Realizada reunião entre Educação e Saúde, mas sem membros da sociedade civil	
Elaboração Projeto Municipal SPE	Não realizado	

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

Quadro 05 - Andamento e Finalidades Gerais e Locais do Programa

<i>SPE-ANDAMENTO, FINALIDADES GERAIS E LOCAIS DO PROGRAMA</i>	<i>ASPECTOS ENCONTRADOS NAS ENTREVISTAS</i>	<i>COMENTÁRIOS</i>
Elaboração de projeto dentro de cada escola	Não realizado	
Articulação com PSF's e outros serviços do bairro onde estão localizadas as escolas	Não Realizado	
Inserção de trabalhos sobre prevenção no projeto político pedagógico da escola	Não realizado	
Apoio de equipe técnica capacitada para atuação em conjunto com professores nas escolas	Não realizado	
Incentivar o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para a promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva, com a redução da incidência das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população jovem		
ampliar parcerias entre escola, instituições governamentais e instituições não-governamentais visando à integração de esforços para a formação integral do educando		
fomentar a participação juvenil para que adolescentes e jovens possam atuar como sujeitos transformadores da realidade	Capacitação para adolescentes serem multiplicadores nas escolas	
apoiar ações de formação continuada para profissionais de educação e saúde para responder às diferentes situações relacionadas à vivência da sexualidade no cotidiano dos adolescentes e jovens escolarizados	Capacitação para adolescentes serem multiplicadores nas escolas	
contribuir para a redução da incidência de gravidez não-planejada na população adolescente e jovem	Até o momento não é possível dizer q o SPE contribuiu com essa finalidade.	
contribuir para a redução da evasão escolar relacionada à gravidez na adolescência	No momento, nas escolas somente duas estudantes grávidas não evadiram.	
ampliar os recursos da escola para que desempenhe seu papel democrático no respeito e convívio com as diferenças	Não realizado	
fomentar a inserção das temáticas relacionadas à educação no campo da sexualidade ao cotidiano da prática pedagógica dos professores.	Capacitação com a presença de dois professores de cada escola que aderiu ao SPE	
Promover a ampliação da capacidade de acolhimento das demandas em saúde da população jovem nas Unidades Básicas de Saúde	Não realizado	

<i>SPE-ANDAMENTO, FINALIDADES GERAIS E LOCAIS DO PROGRAMA</i>	<i>ASPECTOS ENCONTRADOS NAS ENTREVISTAS</i>	<i>COMENTÁRIOS</i>
constituir uma rede integrada saúde-educação para colaborar na redução dos agravos à saúde da população jovem	Em parte, reunião entre comitê gestor e secretária de Saúde.	
promover o diálogo na família, na comunidade e integrá-las ao Projeto "Saúde e Prevenção nas Escolas.	Não realizado	
desenvolver ações inclusivas, considerando as pessoas com necessidades educacionais especiais, de modo a favorecer a vivência da sua sexualidade com autonomia e proteção social	Não realizado	
promover a elaboração de materiais didático-pedagógicos que possibilitem a acessibilidade de jovens com deficiência auditiva e visual, prevendo a publicação desses Diretrizes para Implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas Ministério da Saúde - SVS - Programa Nacional de DST/ Aids 18 materiais em Braille	Não realizado	
Construir redes para a troca de experiências entre participantes do Projeto nos diversos estados e municípios brasileiros; contribuir para a sustentabilidade das ações de promoção do "Saúde e Prevenção nas Escolas", visando a consolidar políticas públicas de proteção à adolescência e à juventude brasileiras.	O município participou das Mostras Nacionais e Estaduais do SPE. No município ocorreu gincana da sexualidade, ocorreu apresentação de trabalhos desenvolvidos sobre prevenção nas escolas.	
Ações de prevenção e prevenção a gravidez na adolescência no município de Santa Cruz do Sul(SPE)	Gincana da sexualidade, mas ações específicas nas escolas não ocorreram. Somente de projetos anteriores.	
Encaminhamento do projeto e de relatório de ações do Projeto de cada escola para GGM	Não realizado	As escolas entrevistadas ainda não tem projeto relacionado ao SPE para trabalhar internamente
Monitoramento e Avaliação em cada escola e das Secret. Educ. e Saúde	Não realizado	
Perspectiva de transformar os contextos de vulnerabilidade que expõem adolescentes e jovens à infecção pelo HIV e à aids, a outras doenças de transmissão sexual e à gravidez não-planejada	Como não houve avaliação não é possível responder esse item.	

Fonte: Quadro elaborado pela autora.

É importante ressaltar que assim como o quadro comparativo entre as escolas municipais e estaduais, os quadros acima foram elaborados a partir das respostas obtidas nas entrevistas, dispostos desta maneira para uma análise dos resultados.

Analisando a proposta do programa a partir dos quadros e também as ações citadas pela coordenadora do programa realizadas para adolescentes nos últimos anos em Santa Cruz do Sul evidenciamos os seguintes aspectos, os quais consideramos fundamentais para a efetivação do programa no município.

Primeiramente, entende-se que para realizar qualquer intervenção, mas principalmente quando alicerçada em um programa federal a construção de um projeto de intervenção municipal e elaboração de plano de ação local são imprescindíveis.

A falta destes remete a intervenções pontuais e muitas vezes sem objetivos definidos, bem como, dificulta o andamento das atividades nas escolas. Pois mesmo a proposta sendo as escolas terem seus projetos individuais de acordo com a sua realidade, precisam de uma base para alicerçar suas ações.

Além destes elencamos outros pontos que consideramos relevantes na análise do programa no município de Santa Cruz do Sul.

O SPE não foi divulgado de maneira eficiente para comunidade escolar, serviços de saúde e sociedade civil, pois as próprias escolas incluídas no SPE não lembravam da existência do programa. Nas escolas que já realizavam ações o único aspecto que somou para aprimorar ou mudar algumas estratégias de trabalho foi a capacitação de adolescentes multiplicadores.

Ao contrário do que parece, a partir das entrevistas realizadas, a adesão do município de Santa Cruz do Sul ao programa não é tão recente, pois já participaram da Mostra Nacional do SPE em 2006, o que significa que tinham algo para mostrar já em 2006. Porém a partir disso, é possível afirmar que o programa avançou pouco e lentamente de 2005 até 2009.

Um aspecto que chama a atenção é o fato de o guia ser lançado em 2007 e o município de Santa Cruz do Sul ter aderido ao SPE em 2005, porém nesse período ocorreram os treinamentos em Porto Alegre em 2005 e 2006 para o município ter o grupo gestor do SPE e realizar a implementação em 2007.

Mesmo tendo conhecimento que os programas que tratam de ações preventivas apresentam resultados mais lentos, fica nítido que a atuação do SPE em Santa Cruz do Sul começou a envolver efetivamente as escolas em 2008.

Um fato evidenciado durante entrevista a uma escola municipal foi relacionado a distribuição de preservativos, como elucidado no quadro 4 identificar escolas para distribuição de preservativos é um compromisso do grupo gestor municipal do SPE. Mas essa escola possui preservativos e ressalta que não tem condições de distribuí-los por falta de trabalhos de suporte, acreditam que somente entregar pode ser mais prejudicial do que benéfico.

Neste caso percebemos a fragilidade das ações de prevenção uma vez que existe material disponível, mas os professores não se acham em condições de distribuí-los. Remete ainda a falta de condições dos professores para trabalhar com a sexualidade, algo que também não é tão simples e também aos recursos disponíveis que estão parados nas escolas como neste caso os preservativos.

O projeto sobre sexualidade conduzido separadamente do SPE pela Secretaria Municipal de Educação, realiza encontros mensais com representantes das escolas municipais para discussão de temáticas relacionadas a sexualidade.

Temos aqui um fator que influencia diretamente na prevenção da gravidez no município, um projeto que atua nas escolas municipais desde 2003, pode-se dizer que é um fator externo ao SPE que contribui para minimizar os números de bebês nascidos de mães adolescentes. O município através deste, possui monitoramento sobre as escolas que fazem parte do projeto e acompanha tanto as gestantes grávidas individualmente como os números de cada escola, para com isso organizar suas intervenções.

No que refere a avaliação e monitoramento do SPE o Estado acompanha via censo escolar, pelo menos o município de Santa Cruz, pois como já citamos o GGM não enviou de 2005 até 2009 relatórios a coordenação estadual, o que nos leva a essa conclusão. Na esfera municipal há conhecimento do que é realizado para o segmento adolescente, mas não há monitoramento específico das ações e projetos realizados nas escolas.

Diante disso, o que tem sido realizado é com base no diagnóstico aspecto que está correto, porém, o rumo que as ações do SPE tomaram de 2005 até 2009, se são as melhores ou não teremos como saber a partir desta análise.

Mesmo que consta na proposta do programa que em alguns lugares o SPE vai contribuir com o que já é realizado e em outros vai dar início a ações de prevenção no município de Santa Cruz até o momento de concreto somente organizaram participação nas Mostras do SPE, fizeram diagnóstico das ações já realizadas para adolescentes em Santa Cruz do Sul e realizaram capacitação para adolescentes multiplicadores.

A partir dos quadros e elementos que consideramos imprescindíveis para análise os quais citamos acima é possível fazer algumas constatações.

O Programa de Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), ainda tem muito para avançar no município de Santa Cruz do Sul para contribuir a partir das finalidades teóricas propostas com a prevenção da gravidez na adolescência.

No momento atual é possível afirmar que este pouco contribuiu para minimizar a incidência de bebês nascidos de mães adolescentes no município. Ou melhor, apenas começou a trilhar um caminho o qual foi resumido acima, com aproximadamente quatro anos de funcionamento acreditávamos encontrar ações estruturadas, maior participação das escolas e principalmente sua contribuição na redução da gravidez na adolescência.

O que também afirma a fragilidade do programa é a contradição dos números nos bairros onde as escolas que aderiram ao SPE estão inseridas. Logicamente é do nosso conhecimento que os bairros são formados por mais escolas, mesmo assim, este aspecto nos remete a pouca contribuição do programa no município de Santa Cruz do Sul.

Ao mesmo tempo como verificamos junto a coordenação e escolas os recursos não chegaram.

Porém, tanto a coordenação do SPE como as responsáveis pela realização do mesmo nas escolas demonstraram não conhecer a maneira como os recursos são disponibilizados .Os recursos do SPE dependem da solicitação por parte do Grupo Gestor Municipal a coordenação do SPE no Rio Grande do Sul.Para que a solicitação seja aceita é necessário justificar o pedido, ou seja mostrar onde o mesmo será investido.

A partir da análise acima realizada é possível afirmar que a proposta de trabalho (SPE) no município de Santa Cruz do Sul deu alguns passos, mas pouco saiu da teoria.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As políticas públicas para adolescentes têm evidenciado muitas ações de caráter preventivo, principalmente relacionadas ao uso de álcool, drogas, DST/AIDS e gravidez na adolescência, o que de certa forma é um bom sinal com vistas a resultados futuros.

O SPE demonstra claramente trabalhar nessa perspectiva, a partir de finalidades e linhas de ação bem estruturadas, com uma proposta que contempla como fundamental o incentivo à articulação entre as diferentes instâncias governamentais e as organizações da sociedade civil, reconhecendo-se o sujeito integral como foco das diversas políticas públicas. A integração intersetorial e com a sociedade civil, em todas as fases de implantação do projeto desde o seu planejamento, é requisito básico para a sua efetivação.

Percebe-se essa perspectiva como fundamental e que se concretizada na prática integrando saúde, educação, sociedade civil daremos um passo para olhar de fato os trabalhos preventivos não somente pela área da saúde, mas também pela área da educação, através dos quais entende-se que os resultados serão mais eficientes.

Entende-se que na questão da prevenção e tratando aqui da prevenção da gravidez na adolescência as situações que levam a adolescente a tornar-se mãe são anteriores a questão saúde. Perpassam situações de vulnerabilidades sociais e aspectos culturais. A saúde no nosso entendimento seria algo posterior a estes elementos, ou seja, devido a uma série de fatores interligados é desencadeada a gravidez na adolescência.

O que nos leva a considerar que a falta de efetividade no atendimento a este segmento seja também devido a tratar a questão da gravidez na adolescência por muitos anos somente no campo da saúde.

Por isso a ideia de uma política pública intersetorial soa muito bem no atendimento a esta demanda, arriscaria dizer que integrar esta proposta a política de assistência social daria conta de maneira integral desta demanda.

Mesmo sem essa perspectiva a proposta é coerente e consegue dar conta desta demanda se contar com recursos mas principalmente com o compromisso do comitê gestor, das escolas e serviços de saúde.

Com as informações coletadas percebeu-se que o programa de maneira geral e também relacionada à gravidez na adolescência foco desse estudo, não atua de maneira efetiva no município de Santa Cruz do Sul.

É possível afirmar que o SPE não influenciou na redução gradual dos índices de gravidez na adolescência no município, fato que não tira sua validade e que se bem desenvolvido pode trazer bons resultados futuramente.

Pode-se cogitar que o Projeto Sexualidade da secretaria municipal de educação tem maior influencia na redução dos índices de gravidez no município do que o SPE.

A partir do Projeto sobre Sexualidade da Secretaria de Educação foi apontada a questão das oscilações de um ano para o outro, fator este que intriga estudiosos desta área no município.

Aspecto esse que com a atuação intersetorial do SPE talvez possa ser compreendido e até amenizado.

É imprescindível ressaltar que não há falta de recursos, porém é necessário que o GGM solicite ao estado evidenciando o que fará com o recurso disponibilizado. Neste caso não é possível tratar da questão dos recursos como entrave no andamento do SPE.

Destacamos também que os professores não dão conta desta demanda que segundo o programa deve ter tratada de maneira transversal, pois na prática como

observou-se nas entrevistas, continua sendo assunto para disciplina de ensino religioso, biologia ou ciências. Porém, é papel do próprio programa capacitar os professores para de maneira correta incluir no projeto pedagógico da escola e principalmente trabalhar as nuances da sexualidade como prevista no programa em sala de aula.

Ainda cabe ressaltar que a ideia da construção de fluxogramas na análise do programa se deu devido ao manual para implantação do SPE ter muitas informações, talvez esse manual seja amplo demais faltando algo mais simplificado para instruir a atuação na prática.

É imprescindível trazer a questão citada no início da dissertação para a qual também buscamos repostas onde temos: que a partir da gravidez na adolescência há riscos tanto para a saúde da mãe, quanto para a do bebê. Atrelado diretamente a estes aspectos, estão o aumento dos gastos com medicina curativa, UTI neonatal, internações hospitalares e consultas, que poderiam ser evitadas. Além destes, outros aspectos de ordem social e econômica, entre eles estão: a evasão escolar da mãe, seja por não ter com quem deixar o bebê, por ter que trabalhar para sustentá-lo, ou seja, pelo sentimento de exclusão provocado pela gravidez.

Em consequência, ao deixar os estudos estarão menos qualificadas e muitas até inaptas ao mercado de trabalho, o qual está cada vez mais exigente. Além disso, talvez, futuramente serão mais brasileiras a procura de emprego, ou trabalhando precariamente.

A partir das entrevistas a evasão escolar foi um aspecto que foi possível evidenciar, pois nas escolas que tinham adolescentes gestantes pelo menos uma de cada escola evadiu.

Como conclusão para esses aspectos é possível afirmar que todo esse ciclo que envolve a adolescente que engravida ainda está longe de ser ultrapassado uma vez que as políticas para prevenção da gravidez na adolescência ainda não funcionam. Muito menos se pensou alternativas para adolescentes que já são mães

e estão nessa situação. Isso significa que quanto mais adolescentes grávidas mais situações o poder público terá que remediar.

Como conclusão deste estudo, além das questões acima abordadas confirmou-se que o monitoramento e avaliação são fundamentais para o bom e efetivo andamento de programas e projetos independentemente da sua dimensão. Caso contrário os programas estarão fadados ao fracasso, desperdiçando tempo e dinheiro público e com isso ao invés de cumprir seu objetivo, estarão ocasionando entraves que podem inclusive influenciar negativamente no desenvolvimento da região.

REFERÊNCIAS

- ARRILHA, Margareth e CALAZANS, Gabriela. Sexualidade na Adolescência: o que há de novo? In: *Jovens Acontecendo nas Trilhas das Políticas Públicas*. CNPD. v. I, Brasília, 1998.
- BARJAS, Negri. *A política de saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites*. Brasília, DF: MS, 2002.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Governo Federal. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Relatório Anual de Acompanhamento-Plano presidente Amigo da Criança e do Adolescente, 2004-2007.
- BRASIL. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Projetos Educacionais Especiais. Diretrizes para uma política educacional em sexualidade. Brasília: MEC/SEPESE, 1994.
- CANO, Ignácio. *Introdução à avaliação de programas sociais*. Rio de Janeiro: FGV.
- CARVALHO, A. et. al. *Políticas Públicas*. Belo Horizonte: PROEX-UFMG, 2003.
- CASTRO, Mary Garcia, ABRAMOVAY, Miriam, SILVA, Lorena Bernadete da. *Juventudes e sexualidade*. Unesco, Brasília, 2004.
- COHEN, Ernesto; FRANCO, R. *Avaliação de projetos sociais*. 4 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.
- COHN, A.; ELIAS, P. E. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2003.
- COLETÂNEA DE LEIS. Revista e Ampliada. Conselho Regional de Serviço Social, 2000.
- CORBELLINI, J. et al. *Programa Saúde e Prevenção nas Escolas: A Experiência de Curitiba*. Curitiba: Prefeitura Municipal de Curitiba, 2005.
- COSTA, N.R. *A Descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva*. Campinas: Instituto de Economia, UNICAMP, 2001.
- CZERESNIA, Dina; Freitas, C. M. (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. RJ: Fiocruz, 2003

DAGNINO, Evelina (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002. Diretrizes para implementação do Projeto Saúde e Prevenção nas escolas/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância Sanitária em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Série Manuais nº 77, 2007

FERREIRA, A. B. H. *Novo Dicionário do Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

FERREIRA, Marcos A. F. (Org.). Gestão Municipal da saúde: Gasto Público e Ordenamento do Sistema em tempos Neoliberais. In: *Revista Redes*. Universidade de Santa Cruz do Sul. v. 9, n. 3 (set./dez.2004) Santa Cruz do Sul: EdUNISC, 2004.

FIGUEIRÓ, Mary Neide Damico. Repensando a Educação Sexual enquanto tema transversal. *Cadernos de Educação*. FaE/UFPel, p. 65-82, jul-dez, Pelotas, 2002.

GOBBATO, D. O.; Zozula, L.; Pope, B.; Dias, M. L.; Silva, S. Q.; Reis, R. F. Perfil das adolescentes grávidas. *Pediatr. Atual*. 1999; 12(8); 53-7.

GOHN, Maria da Glória. Movimentos Sociais: espaço de aprendizagem coletiva. *Revista de Educação*. CEAP. n. 46, set-nov, p. 5-17. Ano XII, Salvador, 2004.

GUIMARÃES, Isaura. *Educação sexual na escola: mito e realidade*. Campinas: Mercado das Letras, 2002.

GUIMARÃES, E. B. *Gravidez na adolescência: fatores de risco*. São Paulo: Atheneu, 2001.

JANNUZZI, Paulo de Martino. *Indicadores Sociais: conceitos, fontes de dados e aplicações*. Campinas: Alínea, 2003.

KASSAR, Samir B. e al. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil*. 2006, v. 6, n. 4, pp. 397-403.

LEAVELL, S. & CLARCK, E. G. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LOYOLA, Maria Andréa. A Sexualidade como objeto de estudo das ciências humanas. In: HEILBORN, Maria Luiza (org). *Sexualidade*. O Olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 1999.

LUCHESE, Patricia.T.R. *Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil: a implementação do Sistema Único de Saúde: retrospectiva 1990/1995*. Brasília: IPEA, 1996.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher* (PNDS-2006).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Portal da Saúde*.

http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=13728

NISKIER, Arnaldo. *LDB. A nova lei da Educação*. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Consultor, 1996.

OPAS - Organización Pan Americana de La Salud. *Salud en las Americas*, 2007

PEREIRA, Heloísa H. D. *Programa Saúde e Prevenção nas Escolas: políticas e gestão da educação sexual*. Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, 2006.

Política Nacional de Atenção Integral a saúde do Adolescente e do Jovem, 2004.

REIS, Elisa. Política e Políticas Públicas na transição democrática. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, n.9. 1989.

Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. Centro estadual de Vigilância em Saúde. Rede Estadual de Análise e Divulgação de indicadores para a Saúde. *A Saúde da população do estado do Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: CEVS, 2006.

SANTA CRUZ DO SUL-RS. Secretaria da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2006-2009

SINASC. Sistema de informações sobre nascidos vivos, Porto Alegre, 2006.

_____. Sistema de informações sobre nascidos vivos, Porto Alegre, 2007.

SOUZA, Celina. Políticas Públicas: uma revisão de literatura. *Sociologias*. Porto Alegre, ano 8, n. 16, julho/dezembro de 2006.

TANAKA, Oswaldo; MELLO, Cristina. *Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente - um modo de fazer*. São Paulo: Edusp, 2001.

TRIVIÑOS, N.S Augusto. *Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: A pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

UNESCO. *Programa Saúde Prevenção nas Escolas*. Relatório Preliminar. Brasília, janeiro de 2004.

_____. *Programa Saúde e Prevenção nas Escolas*. Brasília, agosto de 2005.

UNICEF. Relatório sobre a situação da criança e do adolescente 2003.

_____. Relatório sobre a situação da criança e do adolescente 2006.

_____. Relatório sobre a situação da criança e do adolescente 2007.

VIANA, Ana Luiza d'Avila; FAUTO, Marcia Cristina Rodrigues; LIMA, Luciana Dias de. Política Pública e equidade. *Perspec.* v. 17. n. 1 jan/mar de 2003 São Paulo, 2003.

Vigilância epidemiológica Município de Santa Cruz do Sul. Bebês nascidos de mães adolescentes-2007 e 2008. Santa Cruz do Sul, 2009.

VITALLE, Maria Sylvia Souza. Adolescência e outros fatores de risco (nível econômico, cuidado pré-natal e tabagismo) como determinantes de prematuridade e baixo peso. São Paulo, 2001. Tese doutorado. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina.

_____; AMANCIO, Olga M. Silverio. Recém-nascido de mãe adolescente de baixo nível socioeconômico. *Revista Paulista de Pediatria*, 1997.

ANEXO A

Roteiro Entrevista Coordenadora Do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas

Nome: Função

Fale sobre o SPE em Santa Cruz do Sul.

Quando o município de Santa Cruz do Sul aderiu ao SPE.

Iniciativa de quem? O município escolhe aderir ou não? Assim como as escolas? (conforme necessidade realidade local)?

Financiamento das ações?

Ações dentro do SPE são realizadas por professores das escolas equipe de trabalho específica do SPE ou alunos?

Como meu recorte é a contribuição dele para diminuição da gravidez na adolescência existem ações ou já existiram, ou se trabalha conjuntamente com DST/AIDS/HIV.

Perspectivas planejamento para o futuro do SPE.

As escolas escolhem o que querem trabalhar a partir dos objetivos e finalidades do SPE.

Outros programas, projetos ações referente gravidez na adolescência realizadas paralelamente ao SPE(atualmente,antes ou durante o SPE)

Cada esfera de governo tem seu papel, são encaminhados relatórios para Estado ou União.

Censo escolar envolveu perguntas sobre ações relacionadas ao SPE.Santa Cruz do Sul envia dados...as escolas são obrigadas a enviar?

O fomento depende da prestação de contas a partir de relatórios enviados ao Estado?

O SPE já foi avaliado?Somente são avaliadas as ações separadamente.

Números relacionados a G.A?

Como trabalham ou pretendem trabalhar esta temática.

ANEXO B

Roteiro entrevista com seis escolas que aderiram ao SPE

Aderiram ao SPE(ano)?

Ações que realizam?

Trabalham em sala de aula ou eventos paralelos?

Ações periódicas ou eventuais?

Receberam treinamento referente SPE?

Repassaram aos demais professores?

Treinamento quem ministrou: Estado ou município?

Existe algum momento de integração entre as escolas do SPE para trocas?

A escola faz algum tipo de relatório referente atividades, avaliações e encaminhamentos para Secretaria da Educação, Saúde, coord. SPE?

Realizavam ações antes do SPE?

O que perceberam a partir do SPE?

Como trabalham?Perspectiva de futuro dos adolescentes ou métodos anticoncepcionais?

Recebem algum recurso?

Acompanham os números relacionados a gravidez na adolescência :escolas –bairro –município?

Sabem se tem adolescentes grávidas na escola no momento?

Números de outros anos?