UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

THAYNAH LEAL SIMAS

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E ESCOLA:

Memória e Educação em Saúde

Recife
2019

THAYNAH LEAL SIMAS

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E ESCOLA:

Memória e Educação em Saúde

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Pós-graduação em Educação (PPGE), do Centro de Educação, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Educação.

Área de concentração: Educação.

Orientador: Prof. Dr. Vilde Gomes de Menezes.

Recife

2019

Catalogação na fonte
Bibliotecário Danilo Leão, CRB-4/2213

S588g Simas, Thaynah Leal.
Gravidez na adolescência e escola: memória e educação em saúde / Thaynan Leal Simas. – Recife, 2019.
94 f. : il.

Orientador: Vilde Gomes de Menezes.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CE. Programa de Pós-graduação em Educação, 2019.
Inclui Referências

1. Educação. 2. Educação em saúde. 3. Gravidez na adolescência 4. UFPE - Pós-graduação. I. Menezes, Vilde Gomes de (Orientador). II. Título.

614 (23. ed.) UFPE (CE2019-067)

THAYNAH LEAL SIMAS

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E ESCOLA: MEMÓRIA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovada em: 05/06/2019.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof. Dr. Vilde Gomes de Menezes (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Prof.ª Dr.ª Fábia Alexandra Pottes Alves (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Prof.ª Dr.ª Fernanda Mossumez Fernandes Teixeira
(Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Prof.ª Dr.ª Aurenéa Maria de Oliveira (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho as mulheres guerreiras do mundo, sobretudo as da minha família. Transmissoras das mitocôndrias ancestrais de mulheres antevas, guardiãs da história viva em nosso sangue.

Estamos todas conectadas.
Existimos porque resistimos.

AGRADECIMENTOS

Que bom que pude trilhar essa caminhada na pós-graduação rodeada de pessoas maravilhosas!

Quero agradecer primeiramente à minha família, que sempre estão dispostos a me dar suporte e me incentivar a ir mais além, sempre presentes! Não teria chegado até aqui se não fosse por causa de vocês.

Agradecer a todos os meus professores e professoras, desde a educação infantil até hoje, porque vocês *fazem e são a educação nesse país*, e sem vocês, o mundo estaria incompleto.

Agradecer ao meu orientador, Prof. Dr. Vilde Menezes, pela oportunidade ímpar e pelo apoio nesta caminhada: se pude ver mais longe é porque estive em ombros de gigantes.

Agradecer à FACEPE, que acreditando na relevância deste tema para a educação, contemplou a pesquisa com bolsa de mestrado e com isso atenuou diversos problemas a essa pesquisadora.

Agradecer aos parceiros do LABGESPP, laboratório de pesquisa do meu orientador que, para mim, é uma grande escola de talentos e formação de lideranças críticas e competentes.

Agradecer aos meus colegas de trabalho, que em sua sabedoria, me deram lições para a vida!

Agradecer a ajuda da Prof.ª Drª Maria Collier de Mendonça, que me deu algumas sugestões preciosas sobre o trabalho da Profª Drª Andrea O'Reilly, uma vez que a teoria do feminismo matricêntrico se faz importantíssimo para que essa pesquisa afirme sua identidade.

Por fim, mas não menos importante: mandar um abraço especial para Morgana Marques e todo o pessoal da secretaria do PPGE que, sempre solícitos, dão um suporte mais que nota dez aos estudantes desse programa de pós-graduação: vocês arrasam!

“Mil nações moldaram minha cara
Minha voz eu uso pra dizer o que se cala
Ser feliz no vão, no triz é força que me embala
O meu país é meu lugar de fala!”

(“O Que Se Cala”, de autoria de Douglas Germano, na voz de Elza Soares, no álbum “Deus é Mulher”)

RESUMO

O trabalho “Gravidez na Adolescência e Escola: Memória e Educação em Saúde” analisou o depoimento de 126 mulheres que, em sua adolescência, estiveram grávidas enquanto eram estudantes para identificar: a) as experiências vividas na escola após a descoberta da gravidez; b) se o tema transversal saúde foi trabalhado em sua vida escolar e como. Para isso, foi aplicado um *survey* on-line, com questões fechadas, abertas e três espaços para depoimentos. Nesse sentido, para a análise dos dados, foram utilizados métodos mistos tais quais a história oral com a perspectiva de gênero de Guacira Lopes Louro, a análise de conteúdo pela perspectiva de Laurence Bardin e a teoria do feminismo matricêntrico de Andrea O’Reilly. Nos primeiros capítulos, estabelecemos um panorama sobre a gravidez na adolescência no mundo e no Brasil, também explanamos como se dá a inserção do tema saúde nas escolas do mundo e do Brasil, e apresentamos um retrato geral sobre o tema transversal saúde e sobre um projeto intersetorial entre o ministério da educação e da saúde chamado Programa Saúde na Escola (PSE). Em nossos achados, identificamos que a escola e aqueles que trabalham nela encontram fragilidades para trabalhar o tema saúde, assim como a escola também não está preparada para a presença de adolescentes grávidas, onde vários julgamentos morais, alguns processos vexatórios e falta de orientações sobre saúde coadunam na precarização da educação e da saúde da adolescente, que eventualmente se evade e enfrenta diversos problemas acarretados pela falta de acolhimento na escola. Por fim, concluímos que é preciso melhorar a abordagem da educação em saúde na escola e promover uma sensibilização sobre o tema gravidez na adolescência e as possibilidades de intervenções positivas da escola para sua prevenção e eventual apoio às adolescentes grávidas.

Palavras-Chave: Educação. Educação em Saúde. Gravidez na Adolescência.

ABSTRACT

The following paper "Adolescent Pregnancy and School: Memory and Health Education" analyzes the testimony of 126 women who, during their adolescence, were pregnant while they were students to identify: a) the experiences lived in the school after the discovery of the pregnancy; b) whether the cross-sectional health theme was worked out in their school life and how. For that, an online survey was applied, with closed and open questions and three spaces for testimonials. In this sense, for the analysis of the data, we used mixed methods such as oral history with the perspective of gender from Guacira Lopes Louro, content analysis from the perspective of Laurence Bardin and the theory of matricentric feminism from Andrea O'Reilly .In the first chapters, we set out a panorama on teenage pregnancy in the world and in Brazil, we also explain how the insertion of the health theme in schools in the world and in Brazil is given, and we present a general picture on the transversal theme of health and on a project between the Ministry of Education and Health called the Health in School Program (HSP).In our findings, we identified that the school and those who work in it find frailties to work on the health theme, just as the school is also not prepared for the presence of pregnant adolescents, where several moral judgments, some vexatious processes and lack of health guidelines contribute to the precariousness of the education and health of the adolescent, which eventually evades and faces several problems caused by the lack of reception in the school. Finally, we conclude that there is a need to improve the approach to health education at school and raise awareness about teenage pregnancy and the possibilities of positive school interventions for prevention and possible support for pregnant adolescents.

Keywords: Education. Health Education. Adolescent Pregnancy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Estatísticas do Ministério da Saúde sobre morte materna em decorrência de abortos oficiais	19
Figura 2 –	Nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 19 anos no Brasil por Região	22
Figura 3 –	Estatísticas do Ministério da Saúde sobre faixa-etária das gravidezes no Brasil	22
Figura 4 –	Nascidos vivos no Brasil por cor/raça	23
Figura 5 –	Grau de instrução das mães adolescentes por faixa etária e anos de escolaridade	23
Figura 6 –	Estado civil de mães adolescentes por faixa etária	24
Quadro 1 –	Série histórica das convenções sobre direitos sexuais e reprodutivos	25
Quadro 2 –	Inclusão do tema Adolescência nas convenções sobre direitos sexuais e reprodutivos	27
Quadro 3 –	Condições que viabilizam a maternagem feminista	29
Quadro 4 –	Pressupostos que definem a maternidade patriarcal	35
Figura 7 –	Estrutura dos Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental	41
Figura 8 –	Relação entre temas transversais e disciplinas propedêuticas	41
Quadro 5 –	Objetivos do PSE	43
Quadro 6 –	Estratégias do PSE de acordo com cada perfil	44
Quadro 7 –	Objetivos do e-survey	49
Figura 9 –	Desenvolvimento do processo de análise de conteúdo	51
Quadro 8 –	Perfil Sociodemográfico das Respondentes	53
Gráfico 1 –	Dificuldades apontadas pelas respondentes para inserção no mercado de trabalho	54
Gráfico 2 –	Índice de Resposta por Região	55

Gráfico 3 –	Sobre ter feito ou estar fazendo curso superior ou técnico	
Gráfico 4 –	Tipo da escola das respondentes durante a gravidez	56
Gráfico 5 –	Constituição familiar das respondentes	57
Quadro 9 –	Classes temáticas e categorias de análise	58
Tabela 1 –	Tempo para a conclusão dos estudos considerando a gestação como parâmetro	60
Quadro 10 –	Depoimentos nas subcategorias vergonha, motivação e desmotivação	61
Gráfico 6 –	Mediações e/ou orientações no momento da descoberta da gravidez	62
Quadro 11 –	Categoria Acolhimento e suas subcategorias	63
Gráfico 7 –	Orientações sobre pré-natal recebidas na escola	66
Tabela 2 –	Temas sobre saúde e educação sexual vivenciados na escola	66
Gráfico 8 –	Existência de ações do PSE nas escolas das respondente	68
Gráfico 9 –	Temas das ações do PSE nas escolas	69
Quadro 12 –	Depoimentos ligados à categoria Acesso a Informação	69
Gráfico 10 –	Desejo e planejamento da gravidez ocorrida	72
Gráfico 11 –	Incidência de mais de uma gravidez nas respondentes	73
Quadro 13 –	Depoimentos ligados à categoria violência obstétrica e pré-natal	74
Gráfico 12 –	Tipo de parto vivenciado pelas respondentes	77
Gráfico 13 –	Sentimento de respeito vivenciado pelas respondentes durante o parto	77
Tabela 3 –	Ações indicadas pelas respondentes como desrespeito no momento do parto	78
Quadro 14 –	Depoimentos ligados às categorias respeitoso e violência obstétrica	78
Quadro 15 –	depoimentos ligados às subcategorias autonomia, agência, autenticidade, autoridade e educação	81

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
1.1 A HISTÓRIA POR TRÁS DA PESQUISA 13
1.2 SOBRE O TRABALHO 15
2 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA 17
2.1 PERFIL DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO BRASIL 20
2.2 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE ADOLESCENTES 24
2.3 JOVENS MÃES 28
3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE 37
3.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS CURRÍCULOS BRASILEIROS 37
3.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS 40
3.3 DIÁLOGOS ENTRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ORIENTAÇÃO SEXUAL NOS PCN 42
3.4 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) 43
4 METODOLOGIA 46
4.1 TIPO DE PESQUISA 46
4.2 FONTES DE INFORMAÇÃO 47
4.3 TÉCNICAS DE COLETA 47
4.3.1 Sobre o *e-survey* 49
4.4 ANÁLISE E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS 50
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES 52
5.1 DESCRIÇÃO DO PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO DAS RESPONDENTES 52
5.1.1 Descrição do Perfil das Respondentes Durante a Adolescência 56
5.2 DADOS QUALITATIVOS 57
5.2.1 Classe Temática: Relação Gravidez-Escola 59
5.2.2 Categoria: Autoestima 59
5.2.3 Acolhimento 62
5.2.4 Acesso à informação 65
5.2.5 Classe Temática: Gravidez e Parto Adolescente 71
5.2.5.1 Perfil da Gravidez 72
5.2.5.2 Perfil do Parto 77
5.2.6 Classe temática: A Experiência de Ser Mãe Adolescente/Jovem 81
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 85
REFERÊNCIAS 87
ANEXO A – PERGUNTAS UTILIZADAS NO QUESTIONÁRIO 92

1 INTRODUÇÃO

1.1 A HISTÓRIA POR TRÁS DA PESQUISA

Durante a licenciatura, fui apresentada a uma fala de Paulo Freire muito conhecida: “é fundamental diminuir a distância entre o que se diz e o que se faz, de tal forma que, num dado momento, a tua fala seja a tua prática” (FREIRE, 2003, p.26). Nesta afirmação, ilustra-se a complexidade da ação docente, que existe na mediação entre teoria e prática, ambas com possibilidades de produzir ressignificações entre si; mas também para além da ação docente, esta é uma fala para a vida. Ainda Freire (2003, p.12): “a teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade”. Em outras palavras, o educador, a educadora são chamados a sempre repensar suas experiências e práticas docentes durante seu percurso.

Cada pesquisa tem uma história e penso que é relevante saber o que deu origem e motivou as pessoas por trás das pesquisas a fazê-las. Muitas são as razões que podem levar uma pessoa a fazer uma pós-graduação *strictu sensu*, que em nosso país, trata-se ainda de um caminho para poucos e asfaltados de inúmeros desafios, por isso mesmo, saber o que leva alguém a fazer pesquisa e superar os obstáculos sempre nos rende lições interessantes.

Para a minha pesquisa, conhecer a história por traz dela é imprescindível para entender o porquê dela existir. Iniciei na carreira docente aos 17 anos, que foi também a idade com a qual ingressei no ensino superior. De 2009 pra cá, foram 10 anos ininterruptos trabalhando em sala de aula de escolas municipais, estaduais, particulares, pré-vestibulares e cursinhos de inglês.

No último período da graduação em 2012, me descobri grávida e não havia sido planejado. Em busca de redes de apoio, eu e meu companheiro Esdras Rangel conhecemos o Movimento Pelo Parto Humanizado (MPH) e através dele, tivemos contato com toda uma ressignificação da maternidade e da paternidade, do gestar e do nascer. Foi através do MPH que descobrimos pessoas como Lígia Moreira Sena, mais conhecida como “A Cientista que Virou Mãe”, ela que em 2009 era aluna de mestrado e após engravidar, começou a escrever um blog onde narrava sua aventura de ressignificar a carreira acadêmica e a maternidade.

Outras pessoas que são referências do MPH são a pernambucana, médica ginecologista obstetra, Leila Katz e a paraibana, também médica ginecologista obstetra, Melania Amorim. Ambas, juntamente com outros médicos, se dedicavam ativamente a desmistificar na internet os motivos mais esdrúxulos que seus colegas de profissão usavam para fazer indicações falsas de cesariana. Isso tudo fazendo divulgação científica na internet, falando sobre Medicina Baseada em Evidência (MBE), base de dados *Cochrane* e traduzindo artigos da *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG).

Juntamente com esse Movimento, no segundo semestre de 2013, é fundado o grupo Coletivo de Mães Feministas[1], e nele, outros inúmeros debates são colocados em pauta, tais quais os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, indústria da cesariana no Brasil, violência obstétrica e racismo, machismo institucional no sistema jurídico, aleitamento materno, introdução alimentar, educação não violenta, entre outros.

Posso dizer que em termos de qualidade, eu e uma dezena de outras mulheres tivemos acesso à informações preciosas. E que com certeza, não apenas essas informações mais a própria experiência da maternidade iriam mudar meus paradigmas.

Nosso filho Raoni Leal Rangel nasceu em Julho de 2013 e um ano depois, em julho de 2014, passei em uma seleção simplificada, para contrato temporário de professora, com a Seduc/PE para lecionar em escolas estaduais. Solicitei o horário da noite devido à rotina de estudos e trabalho do meu companheiro, para que pudéssemos nos alternar nos cuidados ao nosso filho. Não sei ao certo se foi simplesmente a experiência da maternidade somada com as vivências do Movimento Pela Humanização do Parto que me fizeram ter um olhar diferenciado, porque até então era algo que simplesmente acontecia e que eu nunca havia problematizado na minha vivência docente: no turno da noite, nas turmas de EJA, havia algumas estudantes-mães que, devido à maternidade – assim como eu! – haviam escolhido o

[1] Grupo virtual no facebook, que atualmente está com a configuração de “secreto” e só aceita novas participantes por indicação. Isso aconteceu porque houve ataques virtuais ao grupo em 2017 e alguns vazamentos de histórias pessoais para outros espaços (o que é contra as regras internas do grupo), então as moderadoras e integrantes decidiram torná-lo secreto e aumentaram o rigor sobre quem poderia participar dele.

horário da noite para poder se dedicar aos estudos enquanto alguém cuidaria de seu(s) filho(s).

E então, foi quando tudo mudou. Talvez essa pesquisa nem existisse se eu não fosse mãe, mas, a partir daquele momento, uma inquietude tomou conta de mim e passei a indagar mais e mais como era ser mãe, adolescente e estudante: que tipo de desafios enfrentava nossas alunas? Será que essa experiência se repetia em outros lugares? O que a escola podia fazer? O que a educação podia fazer? O que a sociedade podia fazer?

Foi então que no final de 2014 conheci, através do meu companheiro, o meu orientador Prof. Vilde Menezes e compartilhei com ele minhas angústias. Foi então que, com seu apoio, começamos a construir esse projeto de pesquisa que culmina nessa dissertação.

E nesse processo, permeado com tantos questionamentos, também questionei a minha vivência docente – especificamente, meu papel de mulher docente. Era inconcebível pra mim, depois de algum tempo, a inexistência de fraldários em escolas e demais espaços públicos, a insuficiência de creches, a curta licença maternidade, entre outras coisas que dizem muito sobre o paradigma sexista e patriarcal que estrutura a sociedade.

Essas reflexões para mim significaram o que coelho foi para Alice: alguém que te pega desprevenido dormindo, passa correndo e grita “estou atrasado”. Daí você levanta e segue, entra no País das Maravilhas, passa por diversos desafios e então nasce uma dissertação como essa. E então você se dá conta que aquilo *é também sobre você.*

1.2 SOBRE O TRABALHO

Objetivo Geral:

Analisar as experiências vividas por mulheres durante a própria gravidez adolescente em escolas de diferentes estados brasileiros.

Objetivos Específicos:

I - Compreender como a experiência de ser mãe na juventude influenciou a vida de mulheres a partir da teoria da maternagem feminista de Andrea O'Reilly;

II - Identificar como foram as vivências com educação em saúde na escola;

III - Descrever o trabalho realizado com o tema transversal "saúde" a partir do depoimento de mulheres que eram estudantes e estiveram grávidas durante a sua adolescência;

IV - Situar o trabalho realizado pelo programa Saúde na Escola (PSE) a partir dos depoimentos de mulheres que eram estudantes e estiveram grávidas durante a sua adolescência.

2 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A gravidez na adolescência é um fenômeno de reprodução humana que ocorre em todos os países do mundo. De acordo com o relatório da *United Nation Population Fund*[2] (UNFPA): "A gravidez na adolescência é uma questão global. Em todo o mundo, aproximadamente 16 milhões de meninas com idades entre 15 e 19 anos e dois milhões de meninas com menos de 15 anos engravidam todos os anos"[3] (BLUM; GATES, 2015, p. 7, tradução nossa).

Dados da Organização Mundial de Saúde apontam que cerca de 50% dos nascimentos oriundos de adolescentes estão distribuídos em apenas sete países. São eles: Bangaladesh, Brasil, República Democrática do Congo, Etiópia, Nigéria e nos Estados Unidos. (BLUM; GATES, 2015).

Ainda sobre o perfil da gravidez na adolescência, identifica-se que:

> Noventa por cento dos nascimentos de adolescentes entre 15 e 19 anos ocorrem dentro do casamento e, de acordo com o UNFPA, um terço de todas as mulheres entre 20 e 24 anos relatam ser casadas quando crianças, ou seja, antes do 18º aniversário. A menos que a tendência seja invertida, podemos esperar cerca de 39.000 casamentos infantis todos os dias até o final desta década, ou até 2020. (BLUM; GATES, 2015, p. 8 tradução nossa)[4]

Um estudo de Gilda Sedgh e colaboradoras, publicado na revista *Journal for Adolescent Health* aponta que a clandestinidade do aborto interfere diretamente na produção de dados estatísticos realistas sobre fenômeno, e nesse sentido, dados fidedignos poderiam ser mais úteis para gestores públicos e autoridades de saúde pensarem estrategicamente sobre o assunto:

> Estimativas específicas de cada país sobre os níveis de gravidez, nascimento e aborto entre adolescentes podem motivar respostas políticas e programáticas à gravidez na adolescência e ajudar a monitorar o progresso para reduzir sua incidência. Países com baixos níveis de gravidez na adolescência podem servir como referências ou modelos de esforços para reduzir os níveis em outros lugares. Mesmo onde a incidência é baixa, os dados sobre gravidez na adolescência

[2] Fundo de População das Nações Unidas

[3] "Adolescent pregnancy is a global issue. Worldwide, approximately 16 million girls between the ages of 15 and 19, and two million girls under age 15, become pregnant every year." (BLUM; GATES, 2015, p. 7)

[4] "Ninety per cent of adolescent births among 15-19 year-olds occur within marriage and according to UNFPA, one third of all women between the ages 20 and 24 years report being married as children, that is, before their 18th birthday. Unless the trend is reversed, we can expect an estimated 39,000 child marriages every day by the end of this present decade, or by 2020. (UNFPA, 2012)"

> podem destacar as necessidades ainda não satisfeitas de informação e serviços para ajudar os adolescentes a prevenir gravidezes indesejadas[5].(SEDGH *et al*., 2015, p. xx, tradução nossa.)

Nesse sentido, as autoras estabeleceram três categorias para os dados coletados, caracterizados a partir das leis sobre aborto em cada país e que tipo de estatística apresentam. A partir da pesquisa das autoras SEDGH *et al.* (2015), compreende-se que as estimativas de alguns países que estão categorizados no item 3, com leis restritivas ao aborto, podem ter um número de abortos diferente do oficial, devido a clandestinidade da atividade.

> 1. Aqueles com leis liberais cujas estatísticas oficiais de aborto são consideradas completas, isto é, provavelmente incluirão pelo menos 90% de todos os abortos;
> 2. Aqueles com leis de aborto liberais e estatísticas incompletas do aborto, ou para os quais a integridade dos relatórios é incerta;
> 3. Aqueles com leis restritivas ao aborto, para os quais as estimativas de aborto estão disponíveis em estudos nacionais, e não em estatísticas oficiais.[6] (SEDGH et al., 2015, p.224, tradução nossa)

No atual cenário, é improvável saber, com exatidão, pois o aborto no Brasil é legalizado apenas em algumas circunstâncias e os dados apresentados no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DataSUS) apenas registram os procedimentos clandestinos que apresentem intercorrências após realizados e demandem cuidados médicos. No Brasil, as estimativas sobre esse dado são incertas, há estudos que apontam 47 mil mortes de mulheres por ano, outros que estimam 500 mil mortes de mulheres por ano em decorrência do procedimento na clandestinidade.

---

[5] "Country-specific estimates of pregnancy, birth, and abortion levels among adolescents can motivate policy and programmatic responses to teen pregnancies and help monitor progress toward reducing their incidence. Countries with low levels of adolescent pregnancy might serve as references or models for efforts to reduce levels elsewhere. Even where incidence is low, data on teen pregnancies can highlight remaining unmet needs for in- formation and services to help adolescents prevent unintended pregnancies." (SEDGH et al., 2015, p. XX)

[6] "1. Those with liberal laws whose official abortion statistics are deemed complete, that is, likely to include at least 90% of all abortions.
2. Those with liberal abortion laws and incomplete abortion statistics, or for which completeness of reports is uncertain.
3. Those with restrictive abortion laws, for which abortion estimates are available from country studies rather than official statistics."(SEDGH et al., 2015, p. XX)

Figura 1 - estatísticas do Ministério da Saúde sobre morte materna em decorrência de abortos oficiais

ÓBITOS DE MULHERES EM IDADE FÉRTIL E ÓBITOS MATERNOS - BRASIL

Óbitos mulheres idade fértil por Faixa Etária segundo Categoria CID-10
Categoria CID-10: N96 Abortamento habitual, O03 Aborto espontaneo, O04 Aborto p/razoes medicas e legais, O05 Outr tipos de aborto, O06 Aborto NE, O07 Falha de tentativa de aborto, O08 Complic conseq aborto gravidez ectop molar, R75 Evidencia laboratorial do HIV
Faixa Etária: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos
Período: 2010-2016

Categoria CID-10	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
TOTAL	**7**	**77**	**84**
O03 Aborto espontaneo	4	10	14
O05 Outr tipos de aborto	-	11	11
O06 Aborto NE	1	46	47
O07 Falha de tentativa de aborto	2	10	12

Fonte: DataSUS

Ainda assim, não há nada que garanta que todas as mulheres que necessitem de atendimento após um aborto ilegal estão procurando os hospitais para tratamento, entre outros motivos, porque sendo o procedimento ilegal, existe a possibilidade da mulher ser denunciada pelo médico, ou até mesmo receio do julgamento, entre outros. Ainda sobre o debate do aborto, Brandão e Cabral (2017) apontam outros fatores que devem ser considerados ao investigar a temática:

> As manifestações de exaltação das performances sexuais masculinas, da virilidade como atributo central da masculinidade heterossexual implicam quase sempre uma maior responsabilidade das mulheres na assunção dos cuidados contraceptivos. Se tal racionalidade não se efetiva, elas são punidas socialmente por uma gravidez não prevista, seja porque terão de enfrentar a gestação e a maternidade(sem desejarem naquele momento), um aborto inseguro ou o julgamento social daqueles que não compreendem as dificuldades inerentes ao controle de si, tomando-as por displicentes, negligentes ou "sem vergonha" ... (BRANDÃO; CABRAL, 2017, p.2)

Iremos a seguir analisar os dados de nascidos vivos, que constam no DataSUS, em contraste com a PNDS, para poder ter um panorama do fenômeno da gravidez na adolescência no Brasil.

Ainda sobre gravidez na adolescência, (DIAZ; FIEL, 2016) afirmam que existe uma heterogeneidade referente ao meio que a adolescente vive e outras características que influenciam vantagens ou desvantagens sociais. (ROBERTS; CHARLTON, 2018) acrescentam que as adolescentes em grupos de minorias sexuais, como lésbicas e bissexuais por exemplo, podem ter cerca de duas vezes mais

chances de engravidar na adolescência quando comparadas com as chances de uma adolescente heterossexual; nesse sentido, as autoras apontam que maus tratos na infância e bullying foram fatores de risco recorrentes identificados em seu estudo com as participantes.

Outro ponto relevante sobre a gravidez na adolescência é que ela demonstra que os jovens estão fazendo sexo de forma insegura, ou seja, a gravidez é uma consequência comum de sexo desprotegido, assim como a AIDS e as DSTs. Sobre isso, o relatório Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!) da ONU aponta que das principais causas de morte entre adolescentes, a AIDS esteve em oitavo lugar.

Ainda segundo este relatório, estima-se que cerca de 250 mil jovens foram diagnosticados com HIV em 2015, mas o relatório também aponta que os dados sobre outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) são inconsistente, o que torna difícil estabelecer uma ação global sobre tal situação, tendo em vista que os dados seccionados por idade, sexo, entre outros, estão inacessíveis no momento.

No que tange as afecções maternas, o relatório aponta que globalmente cerca de 11% dos nascimentos no mundo são protagonizados por meninas nas faixas entre 15 e 19 anos, e que a incidência de mortes por esse fator chegou a 10 mortes por 100 mil adolescentes em 2015. São elas: hemorragia, sepse, problemas hipertensivos, obstrução no trabalho de parto, complicações advindas de aborto, óbitos advindos de complicações da AIDS, entre outros. No próximo tópico, iremos mover a discussão do olhar global para o local, observando o cenário da gravidez na adolescência no Brasil.

2.1 PERFIL DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA NO BRASIL

Existe uma diferença conceitual entre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o período da adolescência. Para a lei brasileira, a adolescência ocorre entre os 12 e 18 anos de idade, já para a OMS, a adolescência estaria compreendida entre os 10 e 19 anos de idade.

Através da revisão realizada para esta pesquisa, identificamos que trabalhos brasileiros sobre a temática variam entre as definições do ECA e da OMS e que os

trabalhos internacionais, em sua maioria, utilizam a referência da OMS. Neste trabalho, usaremos as duas referências e estabeleceremos diálogos entre elas, por entendermos que se faz necessário olhar o fenômeno da gravidez na adolescência tanto pela macro e micro visão.

Cruzamos algumas informações do artigo “Perfil Socioeconômico, Demográfico, Cultural, Regional e Comportamental da Gravidez na Adolescência no Brasil” (CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016), publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e do DataSUS com o recorte temporal de 2006 a 2016 para tentar estabelecer um perfil mais completo das adolescentes grávidas no Brasil.

Sobre o artigo supracitado, os dados utilizados são os da última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) de 2006, realizada com aproximadamente 15 mil mulheres e “que tem como público-alvo a população feminina de 15 a 49 anos de idade, bem como crianças menores de 5 anos” (CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016, p. xx).

Ainda sobre a PNDS de 2006:

> A referida pesquisa contempla uma gama de informações das mulheres, como, por exemplo, características demográficas (quantidade de filhos, idade e cor da pele), culturais (religião em que foi criada), regionais (se reside em área urbana ou rural, bem como a macrorregião em que reside) e comportamentais (década em que engravidou precocemente, se usou algum tipo de proteção na primeira relação sexual). (CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016, p. 247)

Para compreendermos o processo histórico da gravidez na adolescência no Brasil, Heilborn (2002) realiza um apanhado geral sobre o tema desde a década de 60, que demonstram em dados percentuais o desenvolvimento do fenômeno

> No Brasil, a partir dos anos de 1960 até 1990, houve aumento geral do uso de contraceptivos e redução da média de filhos por mulher de seis para pouco mais de dois filhos. Curiosamente, nesse período, as taxas de fecundidade nas adolescentes vinham na contramão das estatísticas gerais, tendo aumentado sua participação relativa na fecundidade total, quase dobrando de 7,1%, em 1970, para 14,1%, nos anos 1990, mesmo com os índices de fecundidade tendo decaído em todos os demais grupos etários analisados. (Heilborn et al, 2002, p. 17)

E no que se refere à região, os dados do DataSUS e os da pesquisa do IPEA divergem, pois esta última aponta a região norte como sendo a região com maior incidência de gravidez na adolescência, enquanto o DataSUS aponta a região nordeste com a maior incidência de gravidez na adolescência.

Figura 2 - Nascidos vivos de mães com idade entre 10 e 19 anos no Brasil por Região

NASCIDOS VIVOS - BRASIL

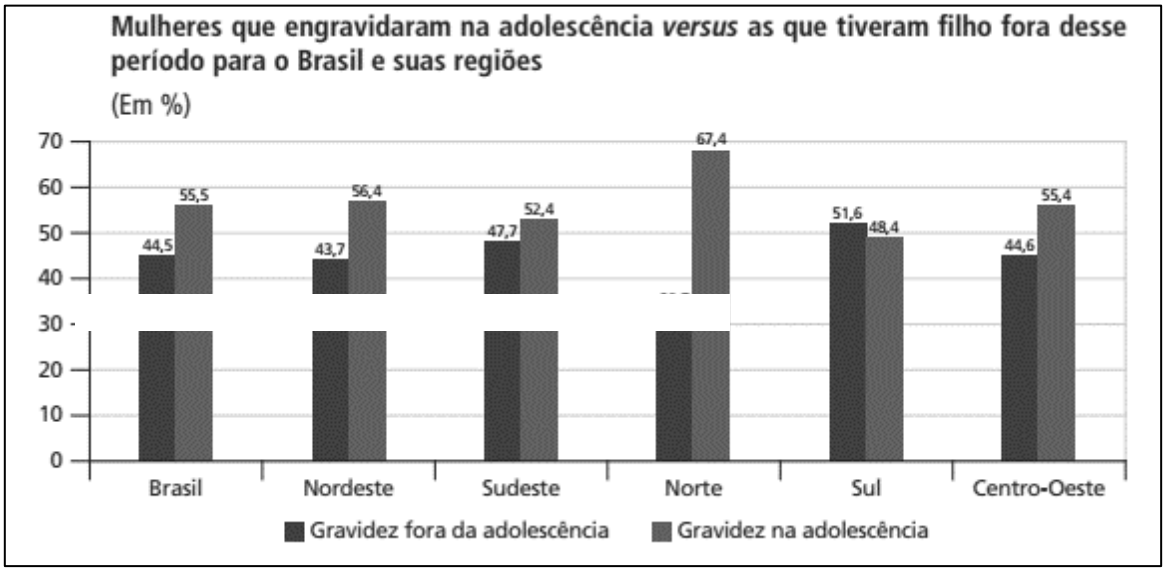
Nascim p/resid.mãe por Idade da mãe segundo Região
Idade da mãe: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos
Período: 2010-2016

Região	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
TOTAL	**190.138**	**3.655.069**	**3.845.207**
1 Região Norte	35.398	536.012	571.410
2 Região Nordeste	71.623	1.198.780	1.270.403
3 Região Sudeste	49.865	1.206.417	1.256.282
4 Região Sul	18.454	425.816	444.270
5 Região Centro-Oeste	14.798	288.044	302.842

Fonte: DataSUS

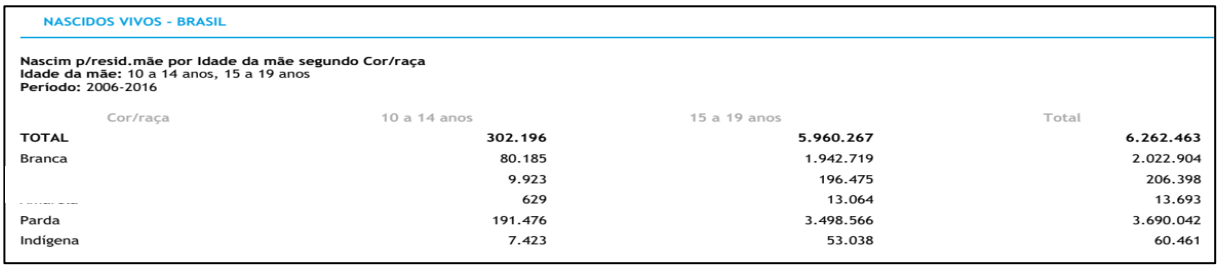
No que se refere à faixa etária, também percebe-se um padrão similar entre os dados da PNDS de 2006 e os dados do DataSUS do recorte temporal de 2006 à 2016: a maior quantidade de gravidezes na adolescência estão localizadas nas faixas etárias de 15 a 19 anos.

Figura 3 - estatísticas do Ministério da Saúde sobre faixa-etária das gravidezes no Brasil



Fonte: Cruz; Carvalho, Irffi (2016)

Figura 4 - Nascidos vivos no Brasil por cor/raça



NASCIDOS VIVOS - BRASIL

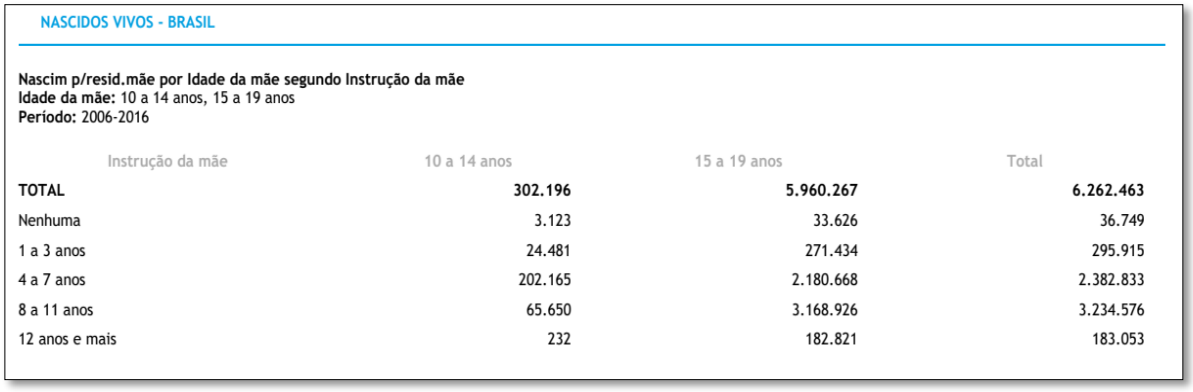
Nascim p/resid.mãe por Idade da mãe segundo Cor/raça
Idade da mãe: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos
Período: 2006-2016

Cor/raça	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
TOTAL	**302.196**	**5.960.267**	**6.262.463**
Branca	80.185	1.942.719	2.022.904
	9.923	196.475	206.398
	629	13.064	13.693
Parda	191.476	3.498.566	3.690.042
Indígena	7.423	53.038	60.461

Fonte: MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações Sobre Mortalidade - SIM

Na figura a seguir, identificamos que o número de jovens sem instrução entre 10 e 19 anos mostra o menor índice de gravidez, quando comparada com os grupos de 4 a 7 anos e de 8 a 11 anos de escolaridade. Por isso, podemos inferir que a maioria dessas gravidezes estão ocorrendo no fim do ensino fundamental II para o ensino médio, uma vez que o maior índice geral de gravidez está na categoria da faixa etária entre 15 e 19 anos, de 8 a 11 anos de escolarização, com 3.168.926 casos de nascidos vivos de 2006 a 2016.

Figura 5 - grau de instrução das mães adolescentes por faixa etária e anos de escolaridade



NASCIDOS VIVOS - BRASIL

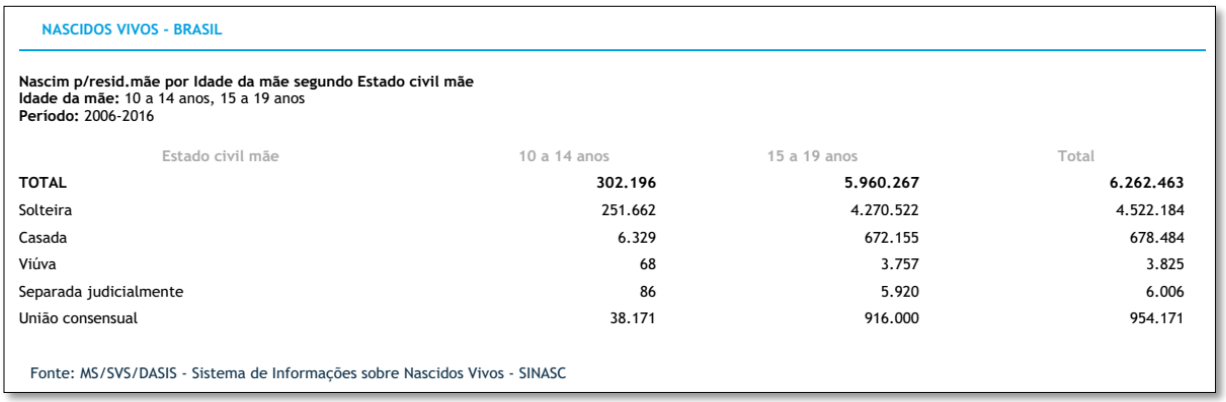
Nascim p/resid.mãe por Idade da mãe segundo Instrução da mãe
Idade da mãe: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos
Período: 2006-2016

Instrução da mãe	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
TOTAL	**302.196**	**5.960.267**	**6.262.463**
Nenhuma	3.123	33.626	36.749
1 a 3 anos	24.481	271.434	295.915
4 a 7 anos	202.165	2.180.668	2.382.833
8 a 11 anos	65.650	3.168.926	3.234.576
12 anos e mais	232	182.821	183.053

Fonte: DataSUS

Sobre estado civil, vemos que a quantidade de solteiras que tem filhos entre 10 e 19 anos é muito superior à quantidade de casadas, o que, entre os 10 e 14 anos trata-se de um problema sério, uma vez que o sexo com meninas de até 14 anos é proibido pela constituição federal.

Figura 6 - Estado civil de mães adolescentes por faixa etária



NASCIDOS VIVOS - BRASIL

Nascim p/resid.mãe por Idade da mãe segundo Estado civil mãe
Idade da mãe: 10 a 14 anos, 15 a 19 anos
Período: 2006-2016

Estado civil mãe	10 a 14 anos	15 a 19 anos	Total
TOTAL	**302.196**	**5.960.267**	**6.262.463**
Solteira	251.662	4.270.522	4.522.184
Casada	6.329	672.155	678.484
Viúva	68	3.757	3.825
Separada judicialmente	86	5.920	6.006
União consensual	38.171	916.000	954.171

Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC

Fonte: DataSUS

No que se refere à localidade da adolescente, “o fato de a mulher residir em área urbana, de modo geral, reduz a probabilidade de ser mãe antes da fase adulta” (CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016, p. 258).

2.2 DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS DE ADOLESCENTE

De acordo com Ventura (2003), é a partir da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 e da concepção contemporânea de direitos humanos que se começa a desenvolver a questão do Direito Internacional dos Direitos Humanos.

Piovesan (2002) afirma:

> Em face da crescente consolidação deste positivismo universal concernente aos direitos humanos, pode-se afirmar que os tratados internacionais de proteção aos direitos humanos refletem, sobretudo, a consciência ética contemporânea compartilhada pelos Estados, na medida em que invocam o consenso internacional acerca de temas como os direitos civis e políticos, os direitos econômicos, sociais e culturais, a proibição da tortura, o combate à discriminação racial, a eliminação da discriminação contra a mulher e a proteção aos direitos da criança, dentre outros temas. (PIOVESAN, 2002, p.22)

Nesse sentido, Piovesan (2002) afirma que para compreender como se dá a relação dos direitos humanos com os direitos sexuais e reprodutivos, é preciso entender que essa agenda foi ampliada devido aos estudos de gênero[7]. Gysling

[7] Para retomarmos o conceito da Introdução, agora um pouco mais ampliado:

(1994) destaca alguns marcos que organizamos no quadro abaixo, que traçam uma série histórica das Convenções e Pactos que nortearam, especificamente, os debates sobre os direitos sexuais e reprodutivos:

Quadro 1: série histórica das convenções sobre direitos sexuais e reprodutivos

ANO	EVENTO E LOCAL	RESOLUÇÕES
1968	Conferência sobre Direitos Humanos, realizada no Teerã	Estabeleceu que a decisão sobre o número de filhos e o espaçamento entre eles constitui um direito dos casais.
1974	Conferência de População, Romênia	Reconheceram-se dois elementos centrais: o direito de casais e indivíduos determinarem o número de filhos e seu espaçamento em tempo; e o papel do Estado na garantia desses direitos, incluindo a informação e o acesso a métodos de controle da natalidade.
1975	Conferência Mundial do Ano Internacional da Mulher, México	Deu início ao Decênio da Mulher, no qual se reconheceu o direito à integridade física e às decisões sobre o próprio corpo, o direito a diferentes opções sexuais e os direitos reprodutivos, entre eles a maternidade opcional.
1978	Conferência de Alma Ata, na União Soviética (atual Cazaquistão)	Foi emitida a Declaração de Alma Ata sobre Atenção Primária em saúde, que reconheceu as vantagens de um enfoque holístico dos temas de saúde reprodutiva, vinculando os temas de saúde à vida das mulheres.
		Aprovou o documento principal do Decênio da Mulher: A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de

Gênero, aqui, concebido como uma relação entre sujeitos socialmente construídos em determinados contextos históricos, atravessando e construindo a identidade de homens e mulheres. O gênero é também um dos pilares fundantes das relações sociais, pois regula as relações homem-mulher, homem-homem e mulher-mulher. Socialmente construído, o gênero corporifica a sexualidade (não o inverso), que é exercida como uma forma de poder. Logo, as relações de gênero são atravessadas pelo poder e a sexualidade, portanto, é o ponto de apoio da desigualdade de gênero. (SAFFIOTI; ALMEIDA, 1995).

1979	Assembleia Geral das Nações Unidas	Discriminação Contra a Mulher. Entre as medidas propostas, incluem-se várias relacionadas com a saúde reprodutiva, como o direito à igualdade de homens e mulheres nas decisões sobre reprodução e a responsabilidade compartilhada em relação aos filhos.
1993	Conferência de Viena sobre os Direitos Humanos	Acordou-se que os direitos humanos das mulheres incluem o direito a ter controle sobre a sua sexualidade e a decidir livremente, sem discriminação nem violência. Foi definido que estupro, especialmente em situações de guerra, é um crime contra os direitos humanos.
1994	Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo	Sobre o consenso de Cairo destaca-se: Reconhecimento do papel central que tem a sexualidade e as relações entre homens e mulheres no que se refere à saúde e aos direitos da mulher. Afirmou que os homens deveriam assumir responsabilidade pelo seu próprio comportamento sexual, sua fertilidade, a transmissão de doenças de transmissão sexual e o bem-estar de suas companheiras e filhos e filhas que procriam. Definiu os serviços de saúde sexual e reprodutiva e chama a prover os serviços de informação integrais de boa qualidade para todos e todas, incluídos adolescentes do sexo masculino e feminino.

Como aponta Taquette (2013), da Conferência do Cairo em 1994 até a atualidade, a figura do adolescente vai sendo introduzida como segmento importante para esta temática. A mesma autora faz uma análise temática sobre essa introdução, a qual organizamos no quadro a seguir.

Quadro 2: inclusão do tema Adolescência nas convenções sobre direitos sexuais e reprodutivos

PERÍODO	TEMA	RAZÕES
De 1950 a 1969	“a invisibilidade da adolescência”	Segundo a autora, os documentos tanto brasileiros quanto os da ONU tratavam deste segmento populacional muito breve e superficialmente, com ações mais voltadas para a saúde do que para os direitos.
De 1970 até 1979	“a adolescência com foco na rebeldia”	Enquanto a ONU sugere que exista uma idade mínima para o casamento, os documentos brasileiros focam apenas nos adolescentes que eram alvo de medidas judiciais ou estavam em situação irregular.
De 1980 até 1989	“respeito à adolescência como fase própria”	Para a autora, este foi um período em que a ONU e o Brasil enfrentaram intensas mudanças. Nas conferências internacionais, foi inserida a concepção de direitos sexuais e reprodutivos dos jovens e a construção da autonomia sobre sua sexualidade. No Brasil, o Conselho Federal de Medicina garante a o sigilo e a privacidade do atendimento para todos, inclusive aos jovens. Também é lançada no Brasil o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD).
De 1990 até 1999	“o adolescente como sujeito de direitos”	A ONU estabelece como prioridade a educação de jovens para seus direitos sexuais e reprodutivos e para a sua saúde sexual e reprodutiva, incentiva os governos a criar programas para a prevenção de jovens contra a AIDS. No Brasil, é promulgado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação, estabelecem o tema “Orientação Sexual” como tema curricular transversal.
De 2000 até 2010	“o adolescente como protagonista”	A ONU cria as 8 Metas de Desenvolvimento do Milênio. Já o Brasil criou o Programa “Saúde Integral de Adolescentes e Jovens” e o “Marco Legal Saúde: um direito do adolescente” incorporando políticas de direitos sexuais e reprodutivos e educação

em sexualidade. Nesse período também é criado o Programa Saúde na Escola (PSE) e aumentou a punição de para violência sexual com vítimas menores de 18 anos e/ou deficientes mentais, que é a lei 12.015//2009.

2.3 JOVENS MÃES

A pesquisadora canadense Andrea O'Reilly, professora efetiva da York University em Toronto e autora do livro *Feminist Mothering*[8], onde ela explica que a maternagem feminista contrapõe a maternidade patriarcal, uma vez que a mãe feminista compreende que é a partir do ambiente onde as crianças e jovens são educados, que o paradigma do patriarcado se origina e se perpetua:

> Em contraste, as mães feministas resistem porque reconhecem que a desigualdade de gênero, em particular o privilégio e o poder masculinos, é produzida, mantida e perpetuada (i.e, através de educação sexista), na maternidade patriarcal. Como feministas, as mães feministas rejeitam uma instituição fundada na desigualdade de gênero e, como mães, elas se recusam a criar filhos em um ambiente tão sexista. (O'REILLY, 2008, p. 8, tradução nossa)[9]

Ela também traz a concepção de que a maternagem feminista é um ato político, pois para a maternidade patriarcal, a maternidade – enquanto instituição de dominação masculina - seria definida como um ato apolítico e privado "Além disso, ao definir a maternidade como um trabalho privado e não político, a maternidade patriarcal restringe a forma como as mães podem efetuar mudanças sociais através de uma educação feminista e do ativismo materno. " (O'REILLY 2008, p. 10, tradução nossa)[10].

Dessa forma, o olhar sobre a questão das estudantes grávidas não advém simplesmente da experiência docente associada à maternidade, mas a uma

---

[8] Usamos aqui a tradução apresentada por Maria Collier de Mendonça em sua tese para "FeministMothering": "Maternagem Feminista".

[9] In contrast, feminist mothers resist because they recognize that gender inequity, in particular male privilege and power, is produced, maintained, and perpetuated (i.e though sexist childrearing) in patriarchal motherhood. As feminists, feminist mothers reject an institution founded on gender inequity, and, as mothers, they refuse to raise children in such a sexist enviroment. (O'REILLY, 2008, p. 8)

[10]"Moreover, in defining mothering as private and nonpolitical work, patriarchal motherhood restricts the way mothers can do effect social change through feminist childrearing and maternal activism." (O'REILLY, 2008, p. 10)

experiência de maternagem contra-hegemônica e solidária que questiona a sociedade patriarcal em todos os espaços, suas consequências sobre as inúmeras mulheres que compõe esta sociedade, sendo alvo das desigualdades de gênero em todos os espaços públicos e privados.

Ainda sobre maternagem feminista, existe também a crítica realizada a essa teoria por outras pesquisadoras feministas que consubstanciam a análise de gênero com raça, classe e demais opressões sistemáticas tais como LGBTfobia, etc; e outras situações que fragilizam a mãe, como por exemplo a drogadição, soropositividade, capacitismo[11] e o etarismo[12] – para o caso específico desta pesquisa, nós focamos nas adolescentes que eventualmente tornaram-se mães. Para alcançar a maternagem feminista, é preciso conseguir alcançar quatro condições: *agency, autonomy, authenticity*e*authority*.

Para explicar essas condições recorremos a Middleton (2006) a seguir.

Quadro 3: Condições que viabilizam a maternagem feminista

Agency (Agenciamento)	"Praticar o agenciamento, ou estar no controle da própria vida e ter a capacidade de fazer escolhas e mudanças na vida, é uma condição da maternidade feminista. (…) São mães que podem enfrentar e resistir à pressão de outras pessoas que policiam sua maternidade. e, de fato, ganhar confiança ao fazer isso." (MIDDLETON, 2006, p. 74, tradução nossa)[13]
Autonomy (Autonomia)	"Intimamente relacionado ao agenciamento está a autonomia ou a auto-suficiência. Além de ter o agenciamento para controlar e tomar decisões na vida, as mães empoderadas são autônomas ou auto-suficientes para fazê-lo. (…) Ser auto-suficiente, no entanto, significa que a mãe tem os meios financeiros ou de qualquer outra forma para exercer o agenciamento, escolhendo ficar em casa para criar seus filhos (porque tem recursos financeiros para fazer) ou escolhendo trabalhar fora de casa

[11] Capacitismo é a discriminação direcionada às pessoas com algum tipo de deficiência, dada sua condição.

[12] Discriminação etária, discriminação generacional, etaísmo, idadismo ou ainda etarismo é um tipo de discriminação contra pessoas ou grupos baseado na idade.

[13] "practicing agency, or being in control of one's life and having the ability to make choices and changes within one's life, is a condition of feminist motherhood.(…) These are others who can face and resist the pressure of other people policing their mothering, and, in fact, gain confidence by doing so." (MIDDLETON, 2006, p. 74)

	(porque ela tem um parceiro que fica em casa com os filhos ou tem meios financeiros [14] para contratar alguém para cuidar deles) ". (MIDDLETON, 2006, p. 74, tradução nossa)
Authenticity (Autenticidade)	"Autenticidade é a capacidade de ser sincero e verdadeiro consigo mesmo e envolve mães que afirmam e satisfazem suas próprias necessidades e interesses fora da maternidade. (...) As mulheres também estavam atendendo às suas próprias necessidades e perseguindo seus próprios interesses, reconhecendo que precisam de experiências fora da maternidade para se sentirem realizadas. Mais uma vez, essas noções desafiam o discurso dominante da maternidade que defende a maternidade sacrificial e afirma que as mulheres são satisfeitas apenas pela maternidade ". (MIDDLETON, 2006, p. 75, tradução nossa)[15]
Authrority (Autoridade)	"Ter autoridade significa ter confiança de que a própria voz será ouvida. Isso envolve ter autoridade dentro da família ao interagir ou disciplinar crianças e fora da família ao lidar com instituições como escolas, médicos e organizações comunitárias. (...) Os autores afirmam que esse relacionamento igualitário permite que a maternidade feminista ocorra, e que o envolvimento paterno resulta em crianças com desempenho intelectual mais forte ".(MIDDLETON, 2006, p. 75, tradução nossa)[16]

[14] "Closely related to agency is autonomy, or self-sufficiency. In addition to having the agency to be in control of and make decisions in one's life, empowered mothers are autonomous or self-sufficient to do so. (…)Being self-sufficient, however, does mean that the mother has the means financial or otherwise-to exerther agency by choosing to stay at home to raise her children (because she has the financial means to do), orby choosing to work outside the home (because she either has a partner that stays at home with the children or she has the financial means to hire someone to care for them)."(MIDDLETON, 2006, p. 74)

[15] "Authenticity is the ability to be truthful and true to oneself, and involves mothers asserting and meeting their own needs and interests outside of mothering. (…)The women were also meeting their own needs and pursuing their own interests, recognizing that they need experiences outside motherhood to feel fullfiled. Again, these notions challenge the dominant discourse of motherhood that advocates sacrificial motherhood and asserts that women are fulfilled solely by motherhood." (MIDDLETON, 2006, p. 75)

[16] "Having authority means having confidence that one's own voice will be listened to. This involves having authority within the family while interacting with or disciplining children, and outside the family when dealing with institutions such as schools, doctors, and community organizations.(…) The authors assert that this egalitarian relationship permits feminist mothering to take place, and that paternal involvement results in children with stronger intellectual performance." (MIDDLETON, 2006, p. 75)

Middleton (2006) acrescenta que para além dessas quatro condições, uma quinta condição seria *Education* (Educação), porque seria através da educação que uma mulher teria as ferramentas para se empoderar:

> Pensar criticamente para reconhecer a necessidade e desejar resistir ao discurso dominante da forma descrita por essas teóricas feministas de maternidade não requer necessariamente que as mães sejam altamente educadas, mas pressupõe uma consciência que é intensificada e aprimorada pela educação, fazendo com que o necessário 'trabalho ideológico'da maternagem feminista mais fácil para mulheres educadas." (MIDDLETON, 2006, p. 76, tradução nossa)[17]

De acordo com Louro (1994), nos últimos anos, mas especificamente desde a década de 70, houve uma grande produção de trabalhos que analisaram criticamente as questões de gênero na educação, inclusive na brasileira. No início, tais pesquisas tinham o foco em questões como, por exemplo, o sexismo presente nos livros didáticos e o processo de socialização de meninas. Pouco tempo depois as pesquisas passaram a constituir duas linhas de com essências muito próximas: a de estudos da mulher e os estudos de gênero (das relações entre os gêneros):

> Creio que basta indicar que algumas estudiosas preferem a primeira denominação por acreditarem que deixa explícito de quem se quer tratar e chama a atenção para um sujeito/objeto de estudos tradicionalmente escondido ou negado numa ciência androcêntrica; outras estudiosas preferem o conceito de gênero, já que este significa "a construção social e história dos sexos", ou seja, pretendem ao utilizar esse conceito, enfatizar o caráter social – e ao mesmo tempo relacional – dos dois sexos (portanto nessa abordagem supõe-se que os estudos se dediquem a construção do feminino e do masculino) (LOURO, 1994, p. 32)

Nesta pesquisa, nos alinhamos com a segunda perspectiva, dentro da perspectiva de que gênero é uma categoria que mais facilmente se articula com outras (raça, classe, etc); além de gênero se constituir como uma ferramenta com potencial analítico para a história (LOURO, 1994):

> Nos símbolos culturalmente invocados por uma sociedade; nos conceitos normativos que interpretam esses símbolos e que usualmente estão expressos em doutrinas religiosas, educacionais, científicas, políticas e jurídicas, na política, nas instituições sociais e

[17] Thinking critically so as to recognize the need and desire to resist the dominant discourse in the way described by these feminist mothering theorists does not necessarily require that mothers are highly educated, yet it does presuppose an awareness that is heightened and enhanced by education, making the required "ideological work" of feminist mothering easier for educated women.

> na própria organização social e por fim, nas identidades subjetivas. (LOURO, 1994, p. 33)

Ainda recorrendo a Louro (1994), também estabelecemos nesta pesquisa a especificidade da história da educação sob a perspectiva de gênero, onde a autora aponta duas vias: a primeira sendo “a pesquisa e o ensino apoiados nas pesquisas e textos da história da educação realizados explicitamente sob o recorte do gênero” e a segunda sendo “uma leitura com a preocupação em desvendar o gênero [...] uma leitura capaz até mesmo de ler o silêncio, de perceber a omissão da questão, na sua negação, uma forma determinada de concepção de gêneros.”

Assumimos para esta pesquisa a segunda via, uma vez que fomos buscar as memórias de mulheres que, durante a adolescência vivenciada em espaço escolar, estiveram grávidas. Sobre tal decisão, Louro (1995) comenta:

> O feminismo permitia-se rever e inaugurar metodologias e procedimentos de investigação: revalorização da história oral, estudos do cotidiano, registros de experiências, abandono da pretensão de pesquisa desinteressada, proposta de métodos originais (utilizando diários de grupo, "conversas", dramatizações, "genealogias", etc). O feminismo buscava tirar do plano inferior da irracionalidade (como haviam sido relegados pela moral racional moderna), os "sentimentos", "o desejo", "a empatia", "a afetividade" - todos elementos que, como lembra BilaSorj (1992), são considerados ligados às mulheres, entendidos como restritos à esfera doméstica e, portanto, como necessariamente excluídos da esfera pública e das instituições políticas. (LOURO, 1995, p. 109)

Voltamos também esse olhar da história da educação - sob a perspectiva do gênero - para uma faceta da educação chamada: Educação em Saúde. Nesse sentido, buscamos os diálogos entre a memória de mulheres, mães na adolescência, que eram estudantes, e que, de alguma forma – em suas escolas -, vivenciaram ações de promoção da saúde na escola, aulas, palestras e demais atividades dentro desta seara. Também entendemos que a história deste tema dentro do espaço curricular nas escolas brasileiras precisa deste olhar das teorias de gênero.

No caso dos currículos brasileiros, observamos que saúde é um tema recorrentemente inserido na escola desde o final do século XIX. Mas somente a partir de 1971, com a lei 5.692/71 – a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 71 - é que instituiu-se a compulsoriedade da saúde nos currículos escolares, por via dos chamados “programas de saúde” (MONTEIRO; BIZZO, 2015).

Em um estudo realizado por Monteiro e Bizzo (2015) é apontado que durante nos anos que se seguem a partir de 1971, poucos documentos oficiais norteiam a prática sobre o tema saúde nas escolas:

> Cabe ressaltar que, percorridos mais de quarenta anos entre a promulgação da LDB de 1971 e os dias atuais, são poucos os documentos com essas características que tratam especificamente do tema da saúde. Destacam-se nesse conjunto dois documentos: o parecer 2.246/74 do antigo Conselho Federal de Educação (Brasil, 1974), de caráter obrigatório, e os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), publicados pelo Ministério da Educação (MEC) na década de 1990, de caráter não obrigatório, mas que influenciaram e continuam influenciando o cotidiano em sala de aula. (MONTEIRO; BIZZO, 2015, p. 415)

No que tange os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), dois temas transversais que o compõe chamam a atenção: Saúde e Orientação Sexual. Sobre o primeiro, o documento oficial apresenta a seguinte definição:

> Falar de saúde, portanto, envolve componentes aparentemente tão díspares como a qualidade da água que se consome e do ar que se respira, as condições de fabricação e uso de equipamentos nucleares ou bélicos, o consumismo desenfreado e a miséria, a degradação social e a desnutrição, os estilos de vida pessoais e as formas de inserção das diferentes parcelas da população no mundo do trabalho. Implica, ainda, na consideração dos aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde, aos direitos e deveres, às ações e omissões de indivíduos e grupos sociais, dos serviços privados e do poder público. (BRASIL, 1998, p. 251)

Sobre o segundo, ao documento oficial interessa deixar claro que a sexualidade não se detém apenas á questão de saúde, mas que também é permeada por outros fatores que influenciam tal tema, por isso, a necessidade de se ter um tema transversal específico que dê conta desse aspecto multifacetado da temática:

> As questões referentes à sexualidade não se restringem ao âmbito individual. Pelo contrário, para compreender comportamentos e valores pessoais é necessário contextualizá-los social e culturalmente. É nas relações sociais que se definem, por exemplo, os padrões de relação de gênero, o que homens e mulheres podem e devem fazer por serem homens e mulheres, e, principalmente, quais são e quais deverão ser os direitos de cidadania ligados à sexualidade e à reprodução. O alto índice de gravidez indesejada na adolescência, abuso sexual e prostituição infantil, o crescimento da epidemia da Aids, a discriminação das mulheres no mercado de trabalho, são algumas das questões sociais que demandam posicionamento em favor de transformações que garantam a todos a dignidade e a qualidade de

> vida, que desejamos e que estão previstas pela Constituição brasileira (BRASIL, 1998, p.307)

Percebe-se, nos exemplos supracitados, que algumas questões de gênero aparecem postas como questões sociais que permeiam tanto o caderno do tema transversal sexualidade, quanto o de saúde. Embora a questão da gravidez na adolescência fique explicitamente categorizada como problema no documento – mesmo que ele sugira um debate sobre o tema, - a questão da maternidade jovem não é objetivamente pontuada nos documentos.

Para Collier (2014, p. 12) "pouquíssima atenção é dada – tanto pela academia, quanto pela cultura popular – às experiências das mulheres, quando elas atravessam a maternidade". Por isso, entendemos que para além de compreender o fenômeno da gravidez na adolescência do ponto de vista demográfico, da saúde, sociais, psicológicos, etc; nos interessa saber das próprias mulheres que vivenciaram tal experiência os seus depoimentos.

O'Reilly (2016) afirma que o feminismo matricêntrico faz uma análise qualificada da condição de ser mãe (ou alguém que exerce tal função) e explica que o sistema patricarcal oprime as mães em duas linhas de frente:

> Esse reposicionamento não sugere que um feminismo matricêntrico deva substituir o pensamento feminista tradicional; em vez disso, é enfatizar que a categoria da mãe é distinta da categoria da mulher e que muitos dos problemas que as mães enfrentam - social, econômica, política, cultural, psicológica e assim por diante - são específicos do papel da mulher e da identidade como mães. De fato, as mães são oprimidas pelo patriarcado como mulheres e como mães[18]. (O'REILLY, 2016, p. 20, tradução nossa)

O'Reilly (2013) afirma que há dez pressupostos que definem a maternidade patriarcal.Cada um desses pressupostos apresenta uma faceta da discriminação gênero associada à mulher devido a maternidade.

[18] "This repositioning is not to suggest that a matricentric feminism shoul replace traditional feminist thought; rather, it is to emphasize that the category of mother is distinct form the category of woman and that many of the problems mothers face – social, economic, political, cultural, psychological, and so forth – are specific to women's role and identity as mothers. Indeed, mothers are opressedunde patriarchy as women and as mothers." (O'REILLY, 2016, p. 20, tradução nossa)

Quadro 4: pressupostos que definem a maternidade patriarcal

Pressupostos	Tradução e comentários de Collier (2014)
Essentialization (Essencialização)	A essencialização posiciona maternidade como a base ou fundamento da identidade feminina
Privatization(Privatização)	A privatização situa o trabalho materno exclusivamente nas esferas reprodutiva e doméstica.
Individualization (Individualização)	De maneira similar, a individualização faz com que a maternagem constitua-se um trabalho de responsabilidade individual, centrado numa única pessoa (leia-se a mãe)
Naturalization (Naturalização)	Já a naturalização pressupõe que a maternidade é natural para as mulheres, inferindo que todas as mulheres já nascem sabendo como maternar“naturalmente”. Logo, reforça o entendimento da maternagem como um trabalho guiado por “instintos” e “hábitos”, que não envolve inteligência nem requer o aprimoramento de habilidades ou qualificações.
Normalization (Normalização)	A normalização limita e restringe as identidades e as práticas maternas ao modelo específico da família nuclear, no qual a mãe é a esposa e principal

	cuidadora dos filhos, enquanto seu marido encarna o papel de provedor econômico.
Idealization (Idealização)	A idealização, por sua vez, estabelece modelos maternos inatingíveis, que reforçam as expectativas das mães sobre si mesmas e da sociedade sobre as mães.
Bioligicalization (Biologização)	A biologização enfatiza os laços sanguíneos, posicionando a mãe biológica como a mãe autêntica e “real”
Expertization (Especialização) Intensification (Intensificação)	A especialização e a intensificação relacionam a maternidade ao que Sharon Hays definiu como "intense mothering" e ao que Susan Douglas e Meredith Michaels chamaram de "new momism", ideologias que defendem a criação dos filhos guiadas por especialistas (experts), tornando as práticas de maternagem extremamente demandantes em termos de gasto de energia, dinheiro e esforços maternos.
Depoliticalization Of Motherhood (Despolitização Da Maternidade)	Finalmente, a despolitização da maternidade caracteriza a criação e educação dos filhos como uma atividade apolítica, de cunho privado, sem relações nem implicações sociopolíticas.

3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

3.1 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS CURRÍCULOS BRASILEIROS

Observando a trajetória da Educação para a Saúde- doravante EpS -, percebe-se que ela surge a partir da necessidade de dar conta de um aspecto da Promoção da Saúde, aspecto esse inerentemente educativo e inerentemente da saúde.

As mudanças paradigmáticas também contribuíram fortemente para o surgimento da EpS, mudanças essas nos conceitos epistemológicos da Educação, quando percebe-se que informar e educar são coisas distintas: o primeiro foca-se no conteúdo, o segundo, foca-se no processo. Enquanto a área da saúde passou do paradigma biomédico para o biopsicossocial, compreendendo que saúde e doença não são conceitos rígidos e que existem ações multifatoriais que determinam, influenciam e ressignificam ambas.

Saúde e Educação, enquanto campos da ciência estão sujeitos a transformações de paradigma como afirma Kuhn (1976), uma vez que ele aponta que há uma relação entre o domínio social e o científico, já que cientistas são também inúmeras vezes guiados em seus métodos científicos por tradições sociais ás quais eles estão inseridos.

No esforço para entendermos o processo de criação e trajetória da Educação para a Saúde, precisamos recorrer à trajetória da Educação e da Saúde e suas mudanças paradigmáticas no decorrer do tempo. Trajetórias essas que estão vinculadas a própria noção de humanidade, pois tanto o ensinar e o aprender, quanto o adoecer, cuidar e curar fazem parte das práticas humanas individuais e coletivas.

A trajetória de ambas inicia-se nas comunidades antigas e transformam-se, também, pelo transformar da natureza em espaço, do crescimento populacional, pelas trocas culturais, pelas necessidades, pelas indagações e pelos desejos. Entender que a educação sai do espaço doméstico e privado para o espaço público institucionalizado, entender que o curar e o cuidar sai do mito para o científico e tecnológico, ambas as transformações intimamente ligadas ás transformações sociais, geopolíticas e econômicas.

A educação sai da ideia do transmitir e alcança o status do educar, retomando o sentido etimológico do seu radical latino, tão bem demonstrado em toda a obra de

Paulo Freire. A função da Escola muda, idem a de seus atores. E nesse porvir da crítica a Escola como mera transmissora de conhecimentos, internalizadora de condutas e construtora de habilidades profissionais especificas (MOURA *et al*, 2012), o paradigma da Saúde também muda, saindo do biomédico (doença x cura), para o biopsicossocial, onde entende-se saúde e processos de adoecimento de maneira mais ampla, como citada na Carta de Ottawa[19].

Assim, das interações entre educação e saúde, surgem as áreas interdisciplinares como: educação em saúde, educação para a saúde, educação popular em saúde, educação permanente em saúde, entre outros.

De acordo com o indexador Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) versão 2019, vinculado a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), mantida pela Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS), define “educação em saúde” como sinônimo de “educação para a saúde”, “educação para a saúde comunitária”, pois abrange o processo de educação das pessoas sobre saúde, para promover sua autonomia sobre esse tema. Já “educação na saúde”, segundo Falkenberg (2014), é relativo à formação, orientações e atuação dos profissionais da saúde.

É atribuído ao alemão Johann Peter Frank (1745-1821) o titulo de pai da saúde escolar, devido a autoria do trabalho intitulado “*System einer Vollständigen Medicinischen Politizei*” [20] que depois ficou conhecido como o “sistema Frank” (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010). Isso em muito se deve pelo seu caráter pioneiro e, para a época, inovador:

> Dispunha detalhadamente sobre o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais particularizando desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, desde a elaboração de programas de atletismo até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula” (LIMA, 1985, p. 1)

[19] A Carta de Ottawa é um documento apresentado na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizado em Ottawa, Canadá, em novembro de 1986. Trata-se de uma Carta de Intenções que busca contribuir com as políticas de saúde em todos os países, de forma equânime e universal.

[20] O Sistema Frank contemplava não apenas a saúde escolar, mas, também, múltiplos aspectos da saúde pública e individual, tais como demografia, casamento, procriação, puerpério, saúde infantil, medicina militar, doenças infecto-contagiosas, vestuário, esgotos, suprimento de água e prevenção de acidentes. (ROSEN, 1979)

Devido a sua visão ampla sobre saúde, é também associado como um dos pioneiros da medicina social, pois analisava a saúde e sua relação com fatores para além dos biomédicos (SIGERIST, 2006).

No Brasil, entretanto, os primeiros estudos sobre saúde escolar acontecem por volta de 1850, mas só ganham ênfase no início do século XX, devido à intensa imigração que ocorria naquela época. A saúde escolar se dava pela intersecção de três doutrinas: a polícia médica, a sanitarista e a puericultura (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases de 1971, esta lei define que a temática saúde seja trabalhada compulsoriamente no currículo de todas as escolas do país por meio dos chamados programas de saúde. (MONTEIRO; BIZZO, 2015). Ainda para Monteiro e Bizzo (2015, p. 415):

> Percorridos mais de quarenta anos entre a promulgação da LDB de 1971 e os dias atuais, são poucos os documentos com essas características que tratam especificamente do tema da saúde. Destacam-se nesse conjunto dois documentos: o parecer 2.246/74 do antigo Conselho Federal de Educação, de caráter obrigatório, e os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), publicados pelo Ministério da Educação (MEC) na década de 1990, de caráter não obrigatório, mas que influenciaram e continuam influenciando o cotidiano em sala de aula.

Com o avançar do século XX, outros paradigmas surgem e com isso, surge a concepção de Escolas Promotoras de Saúde:

> A saúde escolar no Brasil experimenta avanços em sintonia com a evolução técnico-científica, deslocando o discurso tradicional – de lógica biomédica –, para a concepção da estratégia Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), um discurso de múltiplos olhares que surge no final da década de oitenta. (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010, p. 399)

Em 1996, onde promulga-se a nova Lei de Diretrizes e Bases, a mudança que se iniciou no final da década de oitenta foi continuada e ampliada, devido ao processo de redemocratização intenso que o Brasil experimentou após o período de ditadura militar (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Nesse sentido, explicam Monteiro e Bizzo (2015, p. 417):

> No parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE) que estabelece essas diretrizes, a incorporação da saúde na Base Curricular Nacional

> é justificada em função da afirmação de sua importância na formação integral do aluno a partir da sua relação com a vida cidadã.

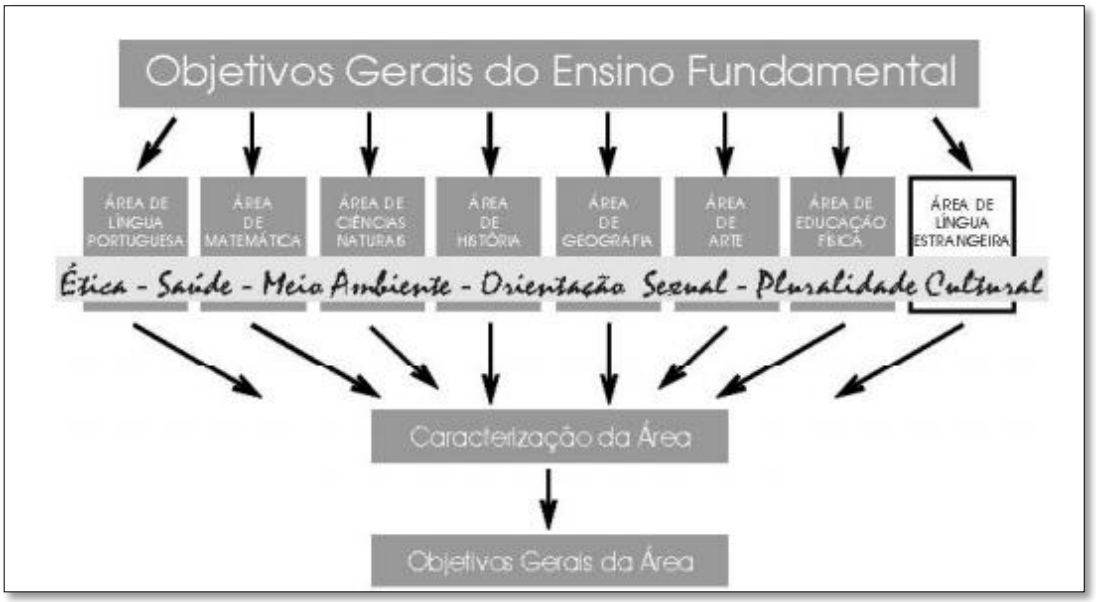
3.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NOS PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS

Os Parâmetros Curriculares Nacionais apresentam a concepção de temas transversais aos temas propedêuticos. Sendo assim, elenca, a partir do relatório internacional da UNESCO “Educação: Um Tesouro a se Descobrir”, os temas ética, saúde, meio ambiente, orientação sexual e pluralidade cultural. Sobre isso, afirma Arteaga Rodríguez, Kolling e Mesquida (2007):

> Esses temas são estabelecidos mediante as mudanças da estrutura curricular clássica para conteúdos mais amplos, as quais estão dadas pela necessidade do momento histórico, no qual a concepção holística e a globalização do mundo impõem novas metas ao sistema educacional. (ARTEAGA RODRÍGUEZ; KOLLING; MESQUIDA, 2007, p. 61)

A seguir, expomos o esquema (figura 1) construído nos PCNs para explicar o funcionamento dos temas transversais em concomitância com as disciplinas propedêuticas:

Figura 7 - Estrutura dos Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental



Fonte: Brasil, 1995.

Para Araújo (1997), “os conteúdos curriculares tradicionais formam o eixo longitudinal do sistema educativo e, em torno das áreas de conhecimento, devem circular, ou perpassar, transversalmente, esses temas mais vinculados ao cotidiano da sociedade”.

A partir dessa fala, compreende-se que as disciplinas propedêuticas permanecem com sua organização própria e os temas transversais devem impregnar de sentido as disciplinas. O autor organiza sua concepção de articulação na imagem do quadro a seguir:

Figura 8: relação entre temas transversais e disciplinas propedêuticas

Primeira forma	Segunda forma	Terceira forma
- Relação intrínseca. - Não existem distinções claras entre conteúdos tradicionais e transversais.	- Relação pontual. - Viabilizada por meio de módulos ou projetos específicos.	- Relação de integração interdisciplinar entre conteúdos tradicionais e os temas transversais.
Ex.: Um professor de matemática jamais imagina o conteúdo que trabalha desvinculado da construção da democracia e da cidadania.	Ex.: Em determinados momentos o professor de matemática deixaria de trabalhar somente a sua disciplina e incorporaria algum tema transversal em suas aulas.	Ex.: O professor de matemática necessita integrar o conteúdo específico de sua área não só aos temas transversais, mas também aos demais conteúdos curriculares, como língua portuguesa e ciências.

Fonte: Araújo, 1997

3.3 DIÁLOGOS ENTRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ORIENTAÇÃO SEXUAL NOS PCN

Os primeiros esboços de educação em saúde no Brasil aconteceram nas práticas de catequese com os indigenas, onde os Jesuítas além de alfabetizá-los e ensiná-los teologia, também os ensinavam normas de higiene. Até o fim da administração portuguesa em 1822 e durante a transição para a formação do Estado brasileiro, a única tradição de intervenção era na ocasião de ocorrência de epidemias e outras emergências, que exigiam do governo núcleos educacionais onde normas higiênicas eram repassadas à população (CARVALHO; WESTPHAL; LIMA, 2007).

É no final do século 19 que o tema Educação em Saúde começa a integrar com alguma força os currículos escolares, primeiro como ações pontuais de higiene, depois como disciplina obrigatória.

Já a Educação Sexual tem uma trajetória mais recente, pois pelo fato de a Igreja Católica deter o controle hegemônico de administração de instituições de ensino até meados de 1950, seu ingresso nos currículos só teve real aderência na década de 60, ainda assim em ações e experiência pontuais, que se apresentavam impopulares diante o conservadorismo à época. (FIGUEIRÓ, 2013)

Também Figueiró (2013) afirma que há várias abordagens sobre educação sexual[21], sendo as principais: religiosa católica, religiosa protestante (ambas podendo ser tradicional ou liberadora), médica, pedagógica e política. Cada uma dessas abordagens buscou imprimir na educação sexual suas agendas, ampliando ou restringindo o escopo de atuação da educação sexual.

Enquanto o caderno de saúde dos temas transversais foca-se em questões gerais de saúde – onde estão inclusas informações sobre saúde sexual e reprodutiva -, o caderno de orientação sexual amplia o debate incluindo questões de gênero e sobre os direitos sexuais e reprodutivos.

Nesse trabalho, falar de Educação em Saúde no espaço escolar é estar abordando ambos os cadernos de Saúde e Orientação Sexual, pois o paradigma maior norteador da Educação em Saúde, que é o biopsicossocial[22].

3.4 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma política intersetorial da Saúde e da Educação e foi instituído no ano de 2007. É uma política de saúde e educação

[21]Para a autora, no seu artigo “Educação Sexual: Problemas de Conceituação e Terminologias Básicas Adotadas na Produção Acadêmico-Científica Brasileira” ela explica o porquê adota a terminologia “Educação Sexual” ao invés de “Orientação Sexual”. Neste trabalho, adotaremos “educação sexual” quando estivermos referenciado suas pesquisas, e “orientação sexual”, quando, no texto, os PCN estiverem sendo referidos – embora estamos falando, devido a finalidade, da mesma coisa.

[22]O modelo biopsicossocial é um conceito amplo que visa estudar a causa ou o progresso de doenças utilizando-se de fatores biológicos (genéticos, bioquímicos, etc), fatores psicológicos (estado de humor, de personalidade, de comportamento, etc) e fatores sociais (culturais, familiares, socioeconômicos, médicos, etc). O modelo biopsicossocial ao contrário do modelo biomédico, o qual atribui a doença apenas a fatores biológicos como vírus, genes ou anormalidades somáticas, abrange disciplinas que vão desde a medicina à psicologia e à sociologia.

voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira com vistas a promover a saúde e educação integral, articulando a Escola e a Rede Básica de Saúde. Sobre o PSE, ele é organizado da seguinte forma:

Figura 9 - Estrutura de implementação do PSE

Fonte: Barbieri & Noma (2013)

Sobre os objetivos do PSE, Barbieri e Noma (2013) destacam:

Quadro 5: Objetivos do PSE

I	promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação
II	articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis
III	contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos
IV	contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
V	fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar
VI	promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes;

VII	fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo

Nesse sentido, o PSE “propõe-se a contribuir para a promoção de saúde na escola, tendo a educação em saúde como um de seus pilares fundamentais” (BARBIERI; NOMA, 2013, p. 2). Por isso, o PSE é articulado com o Posto de Saúde da Família (PSF). Outras articulações, como aponta Barbieri e Noma (2013, p. 11) são: "a) Programa Segundo Tempo (PST); b) Projeto Esporte e Lazer da Cidade (PELC); c) Programa Escola Aberta; d) Programa Academia da Saúde".

Sobre as metas do PSE, Barbieri e Noma (2013) descrevem que existem a estratégia de perfil referente a avaliação clínica e profissional, a de perfil de promoção e prevenção da saúde e a de perfil formativo. No quadro abaixo descrevemos, a partir das autoras, as estratégias de cada perfil:

Quadro 6: estratégias do PSE de acordo com cada perfil

PERFIL	ESTRATÉGIA
I- Avaliação clínica e psicossocial	a) Avaliação antropométrica; b) Atualização do calendário vacinal; c) Detecção precoce de hipertensão

	arterial sistêmica (HAS); d) Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (prevalentes na região: hanseníase, tuberculose, malária etc.); e) Avaliação oftalmológica; f) Avaliação auditiva; g) Avaliação nutricional; h) Avaliação da saúde bucal; i) Avaliação psicossocial. Importante destacar que neste componente estão inseridas as ações do: a) Projeto Olhar Brasil7, lançado em 2007 pelo MS e MEC, que tem por objetivo melhorar o rendimento escolar e qualidade de vida dos estudantes; b) Política Nacional de Alimentação e Nutrição8, aprovada em 1999, pautada na compreensão do direito humano universal à alimentação e nutrição e; c) Política Nacional de Saúde Bucal9, lançada em 2004, com vistas à melhoria da qualidade de vida da população.
II – Promoção e prevenção da saúde	a) Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável; b) Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas; c) Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS; d) Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas; e) Promoção da cultura de paz e prevenção das violências; f) Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável. As estratégias são elencadas segundo as prioridades de cada território.
III – Formação	a) Formação do Grupo de Trabalho Intersetorial (GTI); b) Formação de Jovens Protagonistas para o PSE/SPE; c) Formação de profissionais da educação e saúde nos temas relativos ao Programa Saúde na Escola; d) Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas; e) Rede Universidade Aberta do Brasil.

4 METODOLOGIA

A escolha metodológica de uma pesquisa científica deve ser feita de forma estratégica e intencional, com vistas a fazer uma análise contundente da realidade, levando em consideração os objetivos estabelecidos. De acordo com Köche (2002):

> A pesquisa científica é a aplicação prática de um conjunto de procedimentos objetivos, utilizados por um pesquisador (cientista), para o desenvolvimento de um experimento, a fim de produzir um novo conhecimento, além de integrá-lo àqueles pré-existentes. (KÖCHE, 2002, p. 34)

Dessa forma, foram selecionados para esta pesquisa métodos mistos que fossem adequados, pertinentes e que interagissem entre si para produzir conhecimento científico.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Fontelle et al (2009) considera que há seis classificações de pesquisas, e que possivelmente, uma mesma pesquisa irá, simultaneamente, aderir a pelo menos um de seus postulados, estabelecendo assim a sua identidade. São essas as classificações: Quanto a finalidade, natureza, forma de abordagem, objetivos, procedimentos técnicos e ao desenvolvimento do tempo.

Na pesquisa em tela, quanto a finalidade, esta trata-se de uma pesquisa básica, pois ela contribui com informações novas sobre o tema da gravidez na adolescência e educação em saúde, sem, entretanto, trazer uma aplicação prática sobre o tema.

Quanto à abordagem, trata-se de uma pesquisa quantitativa e qualitativa. Quanto aos objetivos, trata-se de uma pesquisa explicativa, pois, a partir da análise dos relatos, espera-se compreender mais sobre a relação entre adolescentes grávidas e a escola.

Quanto aos procedimentos técnicos, foram utilizados: revisão bibliográfica e documental e foi aplicado um *survey*. Quanto ao desenvolvimento no tempo, ela é retrospectiva, pois aborda as memórias de mulheres adultas na atualidade que

vivenciaram a maternidade na adolescência e compartilham seus relatos e pontos de vistas a partir do momento presente em que se encontram.

4.2 FONTES DE INFORMAÇÃO

Nesta pesquisa utilizamos três fontes de informação: fontes documentais, as fontes bibliográficas e a empírica. Os documentos utilizados foram os documentos oficiais dos PCNs, disponibilizados pelo Ministério da Educação. Os documentos referentes ao PSE utilizados foram os oficiais e disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Os documentos utilizados nas fontes bibliográficas foram artigos, livros, teses e dissertações referentes ao tema e disponíveis em bancos de dados virtuais, tais quais: Scielo, Pubmed, Science Direct e Adolec.

Sobre as fontes empíricas, utilizamos os depoimentos de mulheres, coletados através da aplicação de um *survey*.

Nesse sentido, nos valemos da história oral temática como fonte:

> Com a História Oral temática, a entrevista tem caráter temático e é realizada com um grupo de pessoas, sobre um assunto específico. Essa entrevista - que tem característica de depoimento - não abrange necessariamente a totalidade da existência do informante. Dessa maneira, os depoimentos podem ser mais numerosos, resultando em maiores quantidades de informações, o que permite uma comparação entre eles, apontando divergências, convergências e evidências de uma memória coletiva, por exemplo. (FREITAS, 2016, p. 21)

Para Marcuschi (1997), alguns textos escritos não só possuem marcas de oralidade, como são, *per se*, um registro da oralidade. Por isso mesmo, os depoimentos coletados no *survey* para esta pesquisa são registros da oralidade das respondentes, onde o *survey* assume o papel do roteiro de uma entrevista e, ao invés do pesquisador transcrever a fala gravada das participantes, as próprias participantes tem liberdade de escrever seus depoimentos sem intervenção da pesquisadora.

4.3 TÉCNICAS DE COLETA

Três técnicas de coletas foram realizadas para esse estudo: revisão bibliográfica, revisão documental e e-*survey.* Sobre as técnicas:

> As técnicas são os procedimentos utilizados pelo pesquisador para captar os dados e as tudo aquilo que facilitar esclarecer o problema que está pesquisando. Portanto, em pesquisa, as técnicas são

> instrumentos para a coleta de dados e informações para ampliar o conhecimento acerca daquilo que está sendo estudado. (DENCKER; VIÁ, 2003, p. 37)

A revisão documental foi pontual em selecionar os documentos oficiais referentes aos PCNs e ao PSE, incluindo as leis. Sobre a revisão documental, afirma Gonçalves (2003):

> É praticamente semelhante à pesquisa bibliográfica. O elemento diferenciador reside nas fontes: a pesquisa bibliográfica remete para as contribuições de diferentes autores sobre o assunto, atentando para as fontes secundárias, enquanto a pesquisa documental recorre a materiais que ainda não receberam tratamento analítico, ou seja, as fontes primárias. (GONÇALVES, 2003, p. 32)

Por fim, o e-*survey* foi divulgado nas redes sociais. Usamos de estratégias como divulgá-los em grupos exclusivos de mulheres, como: Coletivo de Mães Feministas, Mulheres Unidas Pelo Brasil, Grávidas e Mamães [Oficial], Mães Adolescentes Oficial, onde a temática destes era a maternidade, gravidez, parto e demais assuntos correlatos.

Também identificamos grupos virtuais de mulheres com a temática de gravidez na adolescência e divulgamos em outros grupos compostos exclusivamente de mulheres com temas diversos; como culinária, feminismo, política, cuidados capilares, grupo de mulheres evangélicas, grupos de mulheres negras, grupo de professoras, entre outros.

Elaboramos o *survey* a partir de questionários prévios que encontramos em alguns trabalhos na revisão, conforme orienta Bardin (2002). As referências foram: o questionário usado pela PNDS e o questionário usado pela Fiocruz na pesquisa “Nascer no Brasil”.

Sobre o e-*survey,* podemos destacar que existem vantagens pela sua escolha. Segundo Evans e Mathur (2005), a agilidade na aplicação, controle e acompanhamento das respostas; a agilidade na tabulação dos resultados; facilidade de utilizar maiores amostras; flexibilidade e diversidade na elaboração de questões; baixo custo de implementação e exigência da resposta completa são pontos importantes que nortearam a escolha por essa técnica de coleta.

Após isso, o instrumento foi testado por alguns voluntários e que tivessem alguma semelhança com o público alvo, nesse caso, selecionamos mulheres que eram mães. Demos enfoque a mulheres adultas, pois identificamos nas produções

científicas a lacuna do enfoque nessas mulheres. O *survey* está disponível no apêndice dessa dissertação.

4.3.1 Sobre o *E-survey*

Na primeira etapa do *e-survey*, a temática foi a "relação gravidez escola" e com as perguntas nesta etapa, o objetivo foi inferir:

Quadro 7: Objetivos do *e-survey*

Perfil da Estudante	Educação em Saúde	Articulação Família-Escola
a) A idade em que a estudante ficou grávida b) Etapa da educação básica onde ocorreu a gravidez c) Em quanto tempo a estudante concluiu a educação básica após a gravidez d) Se foi possível para a estudante retornar ao seu turno anterior depois da gravidez	e) Se a estudante teve aulas sobre educação em saúde f) Se na escola da estudante houveram ações do PSE e quais foram g) Se a escola ofereceu orientações de saúde para a estudante grávida h) Como se comportaram os professores diante da gravidez da aluna i) Se as secretarias estaduais e municipais tinham algum programa para orientar adolescentes grávidas	j) Se a escola se articulou e como com a família sobre a questão da gravidez da estudante k) Se houve evasão escolar após a gravidez

Na segunda etapa do *e-survey*, a temática foi "gravidez e parto adolescente" e com as perguntas nesta etapa, procuramos inferir:

Perfil da Gravidez Adolescente	**Perfil do Parto Adolescente**

a) Se a gravidez havia sido desejada, acidental, etc. b) Se houve mais de uma gravidez na adolescência	c) Onde aconteceu o parto d) Que tipo de parto e) Se a adolescente se sentiu respeitada ou não, quais os fatores

Na terceira etapa do e-*survey*, realizamos a coleta dos dados demográficos das respondentes, com a intenção de inferir:

a) Qual o estado onde morava durante a gravidez
b) Em que tipo de localidade morava
c) Onde era localizada a escola que frequentava durante a gravidez
d) Que tipo de escola frequentava durante a gravidez
e) Qual a cidade em que morava
f) Como era composta a família onde a estudante estava inserida
g) Como a estudante se declara
h) Se sentiu dificuldade de inserção no mercado de trabalho após a gravidez
i) Quais os fatores apontados como dificuldade
j) Qual a faixa etária atual da respondente
k) Se atualmente está trabalhando
l) Com o que trabalha atualmente
m) Qual a faixa salarial atual
n) Se fez ensino superior ou técnico
o) Qual o curso feito

4.4. ANÁLISE E SISTEMATIZAÇÃO DE DADOS

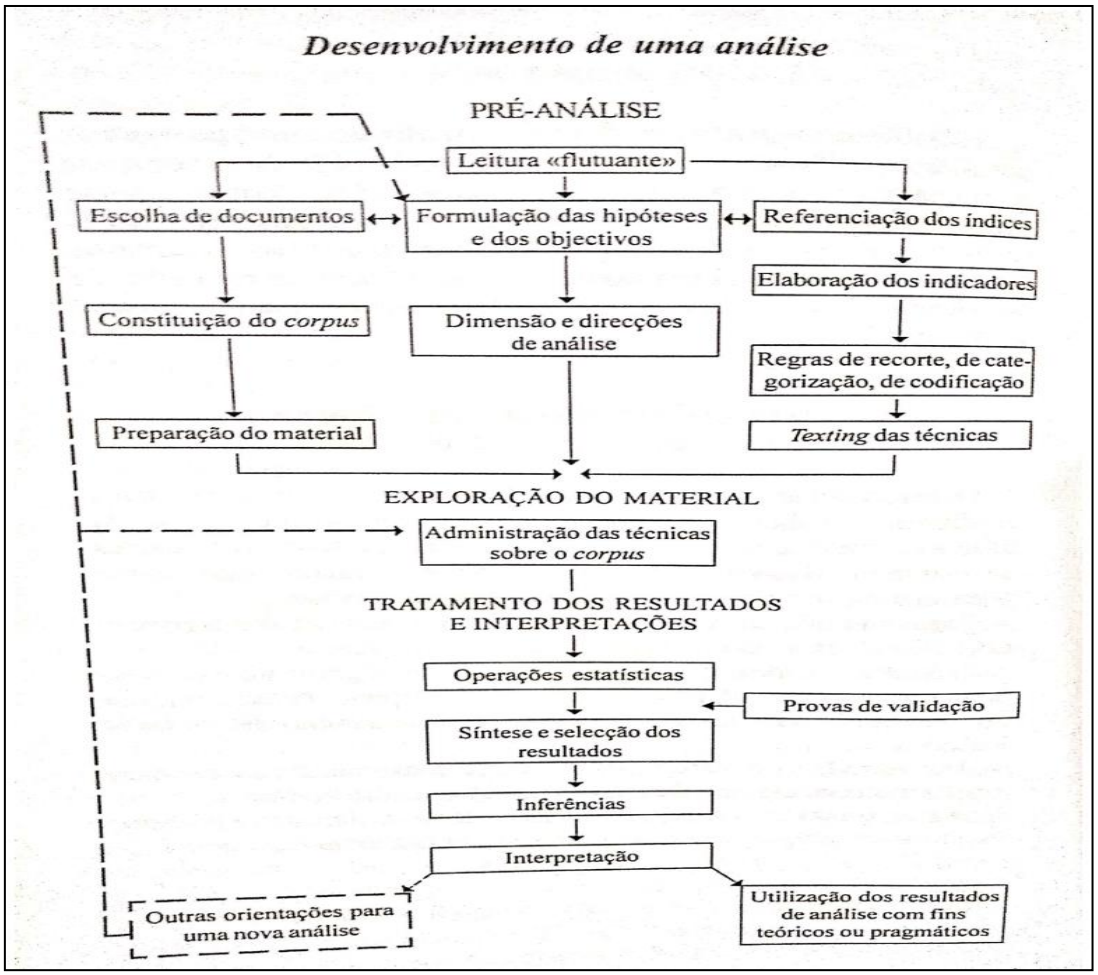
Nesta pesquisa escolhemos a Análise de Conteúdo na perspectiva analítica de Bardin, uma vez que o questionário semi-aberto dispõe de elementos quantitativos e qualitativos a serem analisados. Sobre a Análise de Conteúdo, nos afirma Bardin (2011):

> Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de

> produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2011, p. 42)

Abaixo, exemplificamos na imagem um esquema concebido por Bardin (2011) acerca do desenvolvimento de uma análise de conteúdo:

Figura 9: desenvolvimento do processo de análise de conteúdo



Fonte: Bardin (2002)

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, apresentaremos os dados coletados no e-*survey* e que foram organizados da seguinte forma: primeiramente, serão apresentados os dados quantitativos, que dão conta de descrever o perfil sociodemográfico das respondentes.

Em seguida, vem a segunda parte que trata da abordagem qualitativa, que analisa o conteúdo dos depoimentos das respondentes sobre a experiência de ser uma estudante grávida e adolescente na escola, sobre asexperiências com educação em saúde na escola, a experiência da gravidez e do parto para a adolescente e a experiência de ser mãe na juventude; e que atende aos objetivos específicos de I) analisar as vivências com educação em saúde na escola; II) como a experiência do parto pode ter influenciado a adolescente em sua relação com a escola e III) compreender como a experiência de ser mãe na juventude influenciou a vida das respondentes, a partir da teoria de maternagem feminista.

O *e-survey* obteve um total de 126 participações entre outubro e dezembro de 2018, onde os critérios de pré-estabelecidos de participação foram mulheres com idade igual ou maior a 18 anos, que tivessem vivido pelo menos uma (1) gravidez durante a sua adolescência, enquanto eram estudantes. Nesse sentido, a fim de alcançar os objetivos estipulados para esse estudo, os critérios de exclusão foram pessoas do sexo feminino com idade menor a 18 anos, que estivessem fora da escola, independente de ter tido alguma gestação durante o período da adolescência.

5.1 DESCRIÇÃO DO PERFIL DAS RESPONDENTES

Sobre o perfil atual das respondentes, no referente à faixa etária, (41,3%) delas afirmaram estar entre 19 e 25 anos, seguido da faixa etária entre 26 e 31 anos (30,2%).

Sobre a auto declaração étnico-racial, as participantes, em sua maioria, declararam ser em sua maioria brancas (47,6%), seguido das pardas (37,3%) e negras (11,1%).

Das respondentes, (63%) afirmou estar trabalhando na época em que respondeu o e-survey, cerca de (73,8%) afirmou ter sentido dificuldade de se inserir

no mercado de trabalho e a faixa salarial predominante entre as respondentes foi a de até 1 salário mínimo (33.2%), como podemos observar no quadro a seguir:

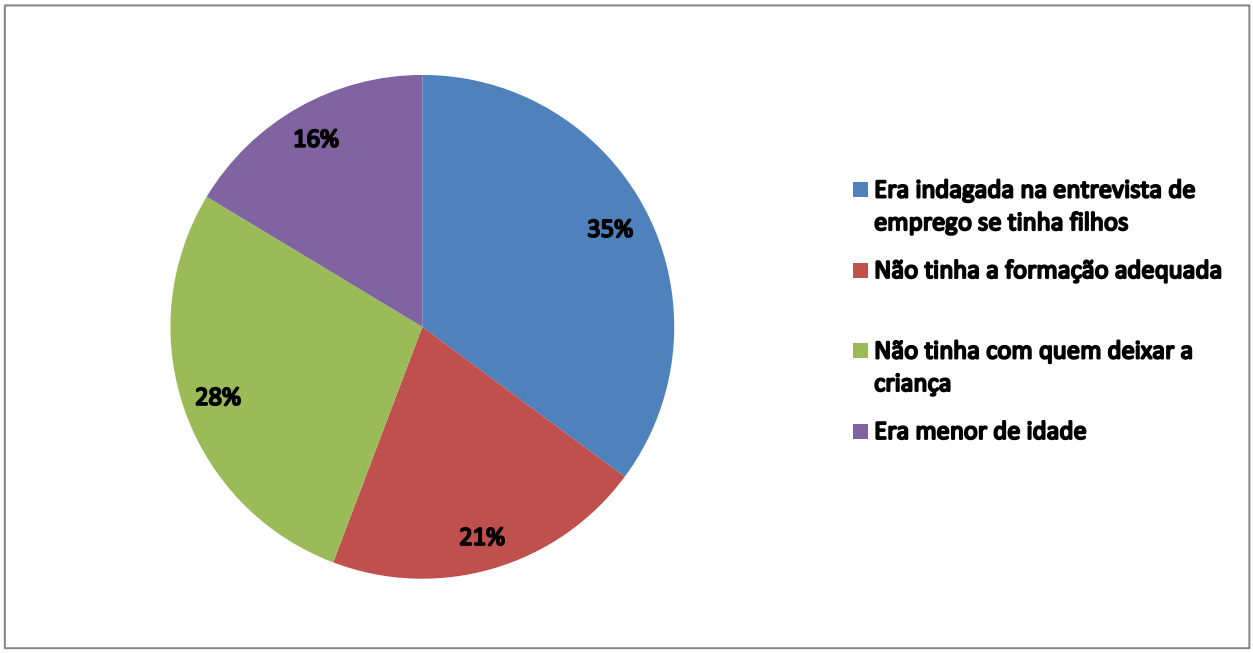
Quadro 8: Perfil Sociodemográfico das Respondentes

Variáveis Sócio demográficas	**Respostas**	**N (126)**	**%**
Faixa Etária Atual	Entre 19 e 25 anos Entre 26 e 31 anos Entre 32 e 40 anos Mais de 41 anos	52 38 24 12	41,3% 30,2% 19% 9,5%
Auto Declaração Étnico-Racial	Negra Parda Indígena Branca Outro	17 47 01 60 01	11,1% 37,3% 0,8% 47,6% 0,8%
Dificuldade de Inserção no Mercado de	Sim Não	93 33	73,8% 26,2%
Trabalha Atualmente	Sim Não	79 47	63% 37%
Faixa Salarial Atual	Até 1 Salário Mín. Até 2 Salários Mín. De 2 até 4 Salários Min. De 4 até 10 Salários Mín. Mais de 10 Salários Mín. Não tem renda fixa no momento	43 26 22 09 02 24	33,2% 20,6% 17,5% 7,1% 1,6% 19%

Ainda sobre a questão da dificuldade de inserção no mercado de trabalho, foi indagado as 93 respondentes que afirmaram ter sentido dificuldade (73,8%), quais os

fatores que eram percebidos por elas que explicassem tal dificuldade. A partir das respostas, elaboramos o gráfico a seguir:

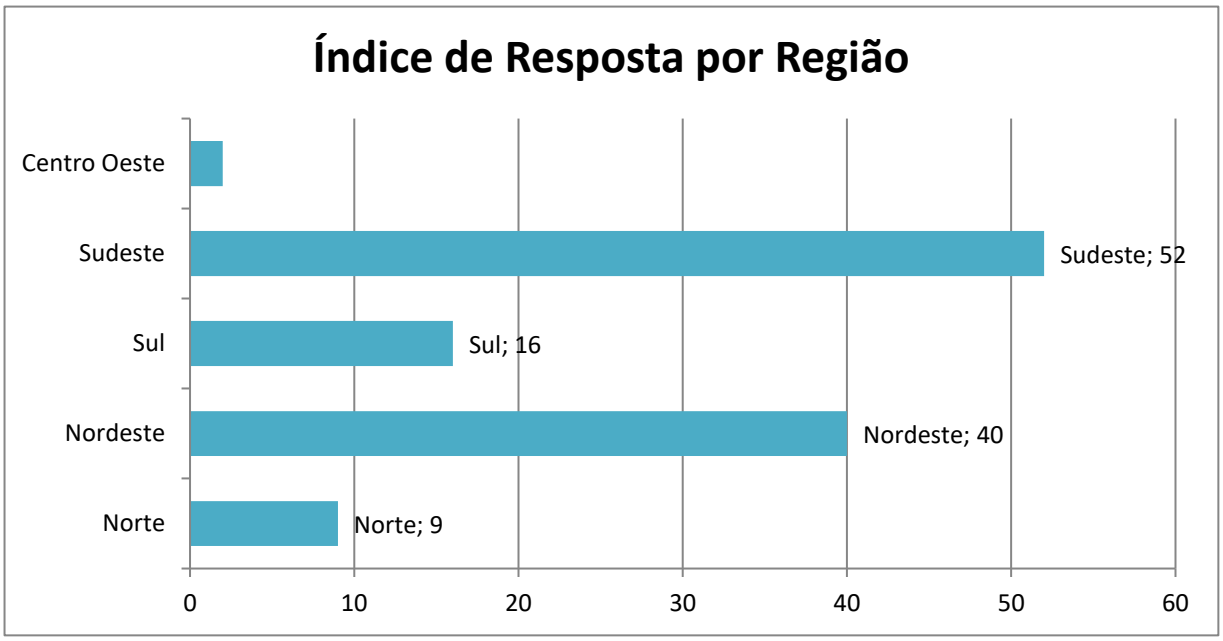
Gráfico 1: Dificuldades apontadas pelas respondentes para inserção no mercado de trabalho



Como pode ser observado no gráfico acima, (35%) das respondentes afirmaram que eram indagadas na entrevista de emprego sobre serem ou não mães, o que segundo as leis trabalhistas brasileiras, é uma prática proibida. Em seguida, vem a questão de não ter com quem deixar a criança para poder ir trabalhar, indicado por (28%) como um dos motivos de dificuldade para conseguir um emprego.

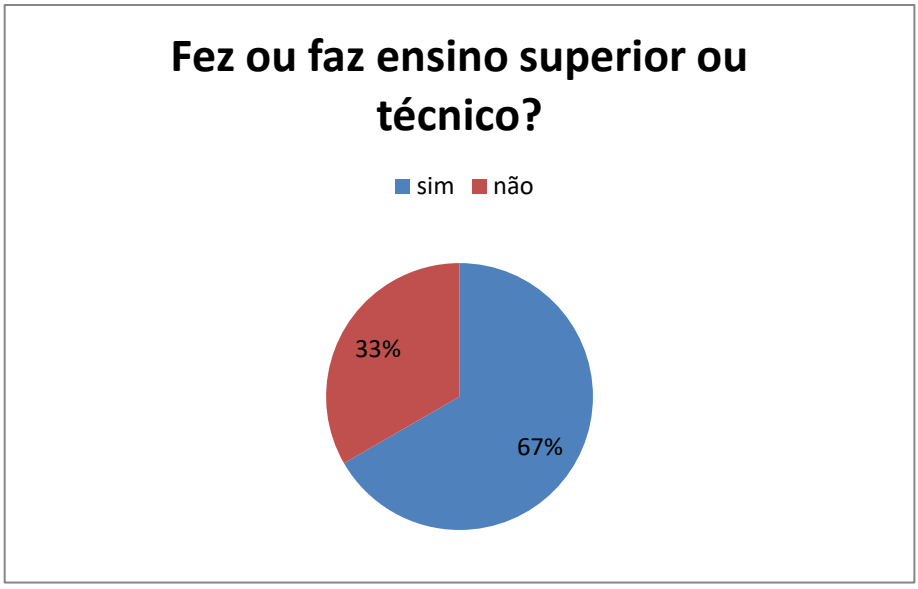
Quanto a distribuição geográfica das respondentes, no que tange à região, houve predominância de respostas da região sudeste (44%), seguido da região nordeste (34%), região sul (13%), região norte (7%) e região centro oeste (2%).

Gráfico 2: Índice de Resposta por Região



Quanto à formação, a maioria das respondentes afirma ter feito ou estar fazendo algum curso técnico ou superior.

Gráfico 3: Sobre ter feito ou estar fazendo curso superior ou técnico

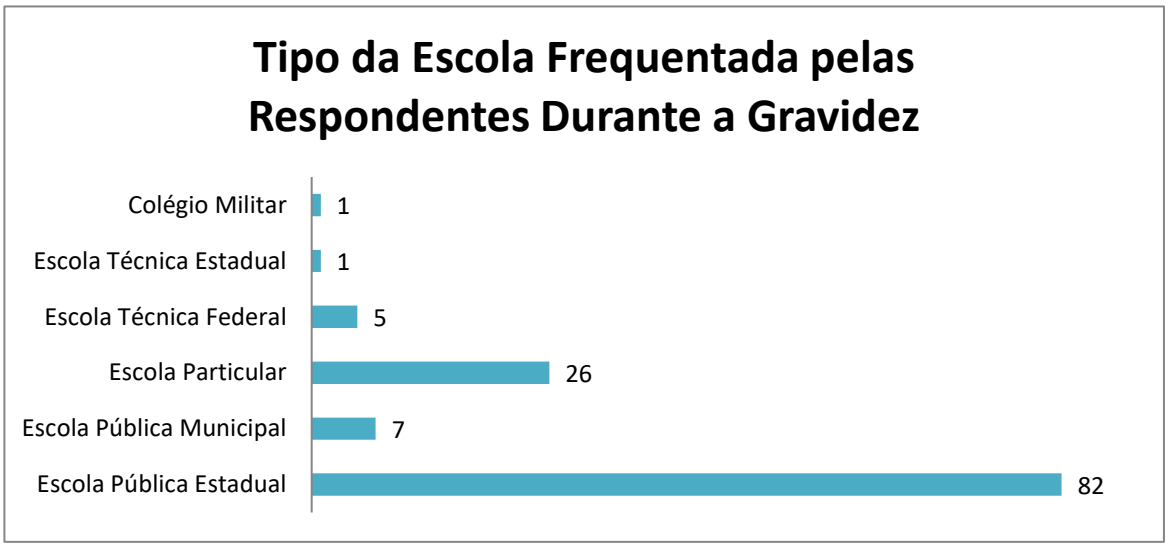


5.1.1 Descrição do perfil das respondentes durante a adolescência

Sobre a localidade onde moravam em seus respectivos estados, as respondentes afirmaram que moraram no subúrbio (n = 47), periferia (n = 33), em bairros considerados como “nobre” (n = 30) e em zona rural (n = 4).

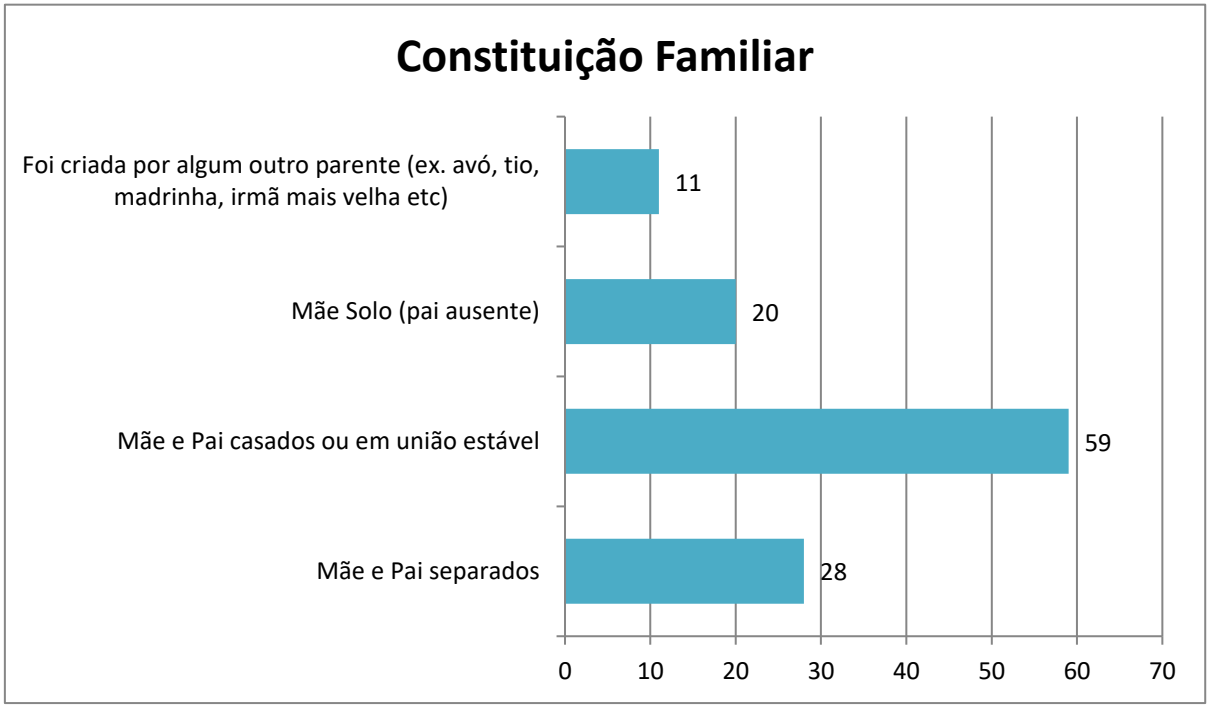
Em relação ao tipo de escola ao engravidar, a maior frequência de respostas foi em escolas públicas estaduais seguida de escolas particulares, conforme demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 4: Tipo da escola das respondentes durante a gravidez



Referente à constituição familiar, a maioria das respondentes afirmou que viviam em uma família composta por mãe e pai casados ou em união estável (46,8%), seguido de Mãe e Pai separados (22,2%) e Mãe solo e pai ausente (15,9%).

Gráfico 5: Constituição familiar das respondentes



5.2 DADOS QUALITATIVOS

Referente aos dados qualitativos, usaremos como metodologia a análise de conteúdo na perspectiva de Laurence Bardin. Nesse sentido, como já exposto no capítulo de metodologia, as categorias de análise podem ser definidas a priori ou a posteriori – as duas primeiras, “Relação Gravidez-Escola” e “Gravidez e Parto Adolescente” foram definidas a priori, durante a elaboração do questionário; já a categoria “Experiência de Ser Mãe Adolescente/Jovem” foi elaborada após a leitura dos depoimentos e que não se encaixavam em nenhuma outra categoria e que tinham similitudes entre elas.

No quadro a seguir, estão organizadas, a partir da hierarquia das classes temáticas, categorias e subcategorias de análise.

Quadro 9: classes temáticas e categorias de análise

CLASSES TEMÁTICAS	CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
RELAÇÃO GRAVIDEZ-ESCOLA	ASPECTOS PSICOLÓGICOS	VERGONHA MOTIVAÇÃO DESMOTIVAÇÃO
	ACOLHIMENTO	SENTIU-SE ACOLHIDA NÃO SE SENTIU ACOLHIDA OUTROS ESPAÇOS
	ACESSO A INFORMAÇÃO	INSUFICIENTE IMPORTANTE
GRAVIDEZ E PARTO ADOLESCENTE	PERFIL DA GRAVIDEZ	DESEJADA NÃO DESEJADA PRÉ-NATAL
	PERFIL PARTO	RESPEITOSO VIOLENTO
	MATERNIDADE X MATERNAGEM	AUTONOMIA
		AGÊNCIA
		AUTENTICIDADE

A EXPERIÊNCIA DE SER MÃE ADOLESCENTE/JOVEM		AUTORIDADE
		EDUCAÇÃO*

5.2.1 Classe Temática: Relação Gravidez-Escola

A primeira classe temática é “Relação Gravidez-Escola” e foi pensada para, como já foi explicado anteriormente no capítulo de metodologia, fornecer dados sobre a percepção e vivência das respondentes no que se refere à “Auto-Estima”, “Acolhimento” e “Acesso à Informação” na época em que estiveram grávidas, durante sua adolescência na escola.

5.2.2 Categoria: Autoestima

Subdividimos essa categoria em três subcategorias, são elas “vergonha”, “motivação” e “desmotivação”. Elas organizam as memórias das respondentes em relação a como elas se sentiram durante a gravidez na escola.

Essa categoria nos ajuda a compreender alguns processos referentes à auto estima da respondente durante sua gravidez, se essa nova etapa foi fator de motivação ou desmotivação, ou vergonha.

Sobre a questão dos valores atribuídos à gravidez na adolescência:

> As redefinições contemporâneas das expectativas sociais depositadas nos jovens, sobretudo nas adolescentes, contribuem para uma percepção negativa da gestação precoce, dentre elas, a escolarização, a inserção profissional, o exercício da sexualidade desvinculado da reprodução, que fundamentam uma nova sensibilidade quanto à idade ideal para se ter filhos (SANTOS, GUIMARÃES, GAMA 2006, p. 84).

Questionamos as respondentes em quanto tempo elas terminaram os estudos, na etapa da educação básica, tendo como referência a época da gestação. Das 126, (46,8%) responderam que conseguiram concluir no tempo estipulado, (31,2%) afirmou que levou mais tempo para concluir e (17,4%) afirmou que não concluiu os estudos ainda, como pode ser conferido na tabela a seguir.

Tabela 1: Tempo para a conclusão dos estudos considerando a gestação como parâmetro

Você concluiu seus estudos após a gravidez? Em quanto tempo?	***n***	***%***
Sim, no tempo normal de 12 anos	**51**	**46,8**
Sim, mas levei um pouco mais de tempo	**34**	**31,2**
Não concluí os estudos ainda	**19**	**17,4**
Outros ***Fez EJA para concluir no tempo normal*** ***Já havia terminado*** ***Não, vai voltar a estudar em 2019*** ***Retornou à universidade anos depois*** ***Fez ENCEEJA em 2018*** ***Concluiu 20 anos após a gestação*** ***Fez EJA dez anos depois*** ***Concluiu pela prova do ENEM***	**10**	**4,6**

A pesquisadora Denise Regina Quaresma da Silva coordenou uma pesquisa intitulada “Geografias da exclusão das adolescentes grávidas em escolas do sul do Brasil: corpos abjetos?” e a partir dela, mapeou quais tipos de exclusão social estavam postos as adolescentes grávidas em escolas do sul do Brasil.

Segundo a pesquisadora:

> A adolescente que, por diversas razões, continua com a gravidez não está precisamente o mais próximo do ideal de feminilidade que foi construído para essa etapa da vida, inclusive nem sequer nos casos de uma gravidez adolescente planejada e desejada. A adolescente grávida, de maneira geral, começa a confrontar as expectativas em torno do seu gênero para essa fase da vida e a vivenciar situações de evidente exclusão e afastamento da escola, sendo que são sutilmente ‘convidadas’ a permanecerem em casa para ficarem mais ‘protegidas’ ou simplesmente somem do espaço escolar. (SILVA, 2016, p. 87).

Ainda Silva (2016) afirma que o abandono escolar da mãe adolescente é dado muitas vezes como normal, não sendo alvo de preocupação nem pela escola, nem pelo conselho tutelar.

A partir disso, analisamos os depoimentos das respondentes organizados no quadro a seguir.

Quadro 10: depoimentos nas subcategorias vergonha, motivação e desmotivação

SUBCATEGORIAS	DEPOIMENTOS
1.1.1 VERGONHA	"Culparam minha mãe pela minha gravidez precoce, achei um erro culpá-la." (respondente 1) "Sentia-me envergonhada na escola, mas todos me tratavam bem" (respondente 2) "Mudei meu horário de estudo quando minha barriga começou aparecer...por vergonha" (respondente 3)
1.1.2 MOTIVAÇÃO	"Depois que tive minha filha, minha vida mudou, pra melhor, ela é meu incentivo de ir todos os dias pra escola." (respondente 4)
1.1.3 DESMOTIVAÇÃO	"Durante o último ano escolar, por estar grávida mudei para o turno da noite e por diversas vezes me senti cansada e desmotivada a concluir." (respondente 5) "Foi um alívio eu não precisar retornar com minha filha, pois o preconceito foi primordial para que eu ainda hoje sofra bastante. Hoje ela tem 20 anos e eu não tinha consciência do que era ser mãe." (respondente 6)

Ao observar os depoimentos das respondentes dentro das subcategorias acima, percebemos que a maior parte relata algum tipo de tensão estabelecida entre a nova condição da estudante e a escola. A subcategoria "vergonha" implica em dizer

que a percepção das respondentes na época em que estavam grávidas foi de que vivenciavam uma situação vexaminosa e inadequada.

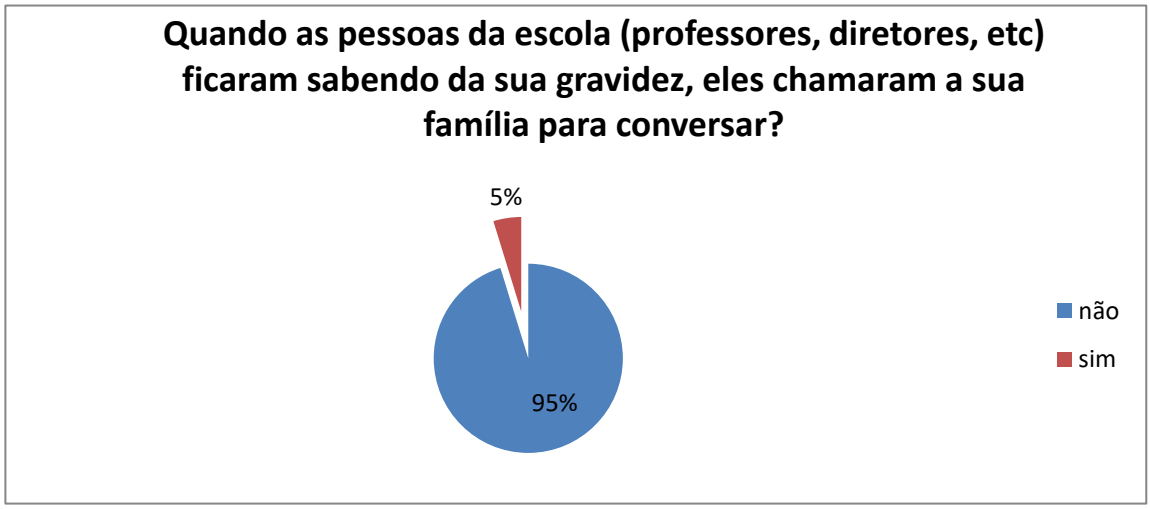
Quanto a questão da motivação, fica claro que houve por parte da respondente uma ressignificação de sua situação e uma atitude de superação, que buscou não resignar-se diante de sua nova condição.

Na subcategoria que aborda as questões de desmotivação, percebe-se que a questão do preconceito não apenas influencia no sentir ou não vergonha – como explicitado no primeiro parágrafo – mas também é um fator preponderante na questão de permanecer ou não na escola após a descoberta da gravidez.

5.2.3. Acolhimento

Indagamos as respondentes que tipo de postura de acolhimento foram realizadas pela escola durante sua gravidez. A primeira delas foi a respeito do contato com a família, e se as pessoas da escola realizaram algum tipo de conversa ou mediação de possíveis conflitos entre a nova condição da estudante e seus familiares. O resultado das respostas está organizado no gráfico a seguir.

Gráfico 6: mediações e/ou orientações no momento da descoberta da gravidez



Observando a taxa de 95% onde as respondentes afirmaram que a escola não chamou a família para conversar após a descoberta da gravidez, percebe-se que a escola toma um distanciamento de uma situação onde poderia promover alguma ação de articulação com a família, relacionada à nova condição da estudante.

Apresentamos, no quadro a seguir, os depoimentos referentes à categoria “Acolhimento”, que foi subdividida em “sentiu-se acolhida” e “não sentiu-se acolhida”.

Quadro 11: categoria Acolhimento e suas subcategorias

SUBCATEGORIAS	DEPOIMENTOS
1.1.4 SENTIU-SE ACOLHIDA	“A escola me deu todo o apoio. Tive condições especiais pra continuar os estudos, fiz provas e trabalhos com apoio de amigas e professores. Não levei meu filho para sala de aula por ter suporte em casa, mas a escola se mantinha aberta a isso.” (respondente 7) “Não me senti abandonada, menosprezada e nem nada do tipo na gravidez, fui bem tratada tanto na família quanto amigos e escola. Sabia o que fazia quando decidi ser mãe, claro que não tinha idéia do quão difícil seria depois,mas não há culpados, foi algo desejado e não há arrependimento.” (respondente 8) “O mais importante sempre foi o apoio da minha mãe que possibilitou eu ter terminado meus estudos, fazer o técnico e hoje estar terminando minha faculdade!” (respondente 9) ‘‘Engravidei em 1999, estudava em um colégio particular no período matutino, meu filho nasceu em setembro e acabei terminando o semestre letivo em casa, com a licença maternidade. No ano seguinte mudei de escola de período, fui para o noturno para que meus pais pudessem cuidar dele enquanto eu ia pra escola.” (respondente 10) “O apoio familiar foi muito importante para continuar meus estudos.” (respondente 11)
1.1.5 NÃO SE SENTIU ACOLHIDA	“Os professores julgavam muito e faziam comentários desnecessários” (respondente12) “Minha gravidez foi permeada de decepções e julgamentos, dos quais senti muita vergonha. O ambiente escolar não foi acolhedor comigo durante a gravidez e de certa forma as pessoas diziam que eu não ia "virar nada na vida".

	(respondente13) “Professoras quando souberam começaram a dizer que estraguei minha vida e que era culpa dos meus pais. Nunca soube acerca de programas governamentais de apoio a mãe adolescente. Quem me ajudou foi a família do pai do meu filho.” (respondente 14) “Foi um alívio eu não precisar retornar [à escola] com minha filha, pois o preconceito foi primordial para que eu ainda hoje sofra bastante.” (respondente 15) “Os colegas de classe me “zoavam” constantemente por conta da gravidez.” (respondente 16) “A maioria dos professores se dizia decepcionada pois eu não iria cursar uma faculdade e não teria um "futuro promissor". Como se minha vida tivesse acabado ali. Na época isso me desesperou muito.” (respondente 17) “O apoio da escola foi zero e não só comigo. Quem abandonou nunca nem foi questionado.” (respondente 18)

Na subcategoria “Sentiu-se Acolhida”, percebemos que as respondentes indicaram que o apoio familiar foi preponderante para que elas se sentissem acolhidas e motivadas para continuar os estudos.

Em relação à escola, os melhores cenários foi onde a instituição consegui articular-se com a família para garantir que a estudante continuasse seus estudos.

Referente a atuação do professor sobre a mediação desse acolhimento, afirma:

> Os professores, entendidos como sujeitos dentro de contexto social das jovens, quando não preparados para conduzir a discussão da sexualidade, podem assumir condutas discriminatórias.” (SANTOS; GUIMARÃES; GAMA, 2016, p. 91)

No que tange a categoria “Não se Sentiu Acolhida”, os depoimentos apontam a falta de manejo da escola, a falta de sensibilidade e empatia dos professores ao expressar algumas opiniões discriminatórias, alguns depoimentos ainda indicam um comportamento de *bullying* realizado pelos demais estudantes, motivados pela gravidez das respondentes.

5.2.4 Acesso à informação

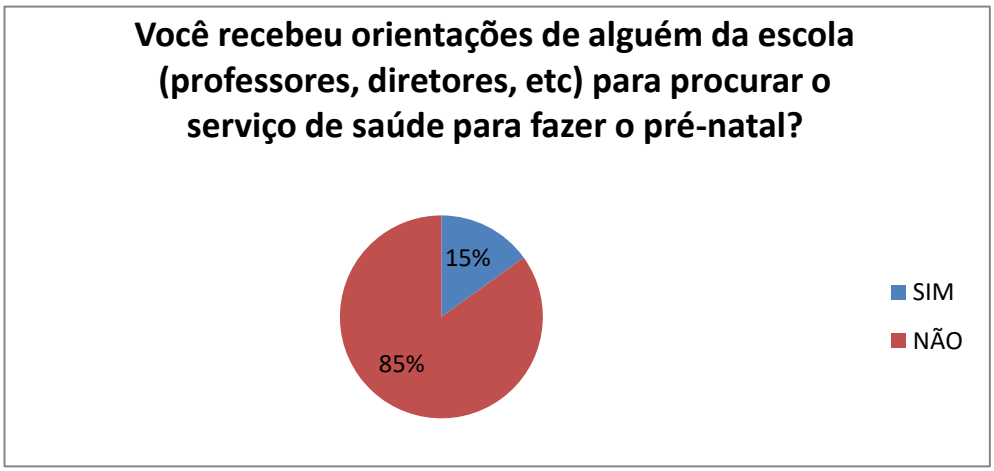
No que tange ao acesso à informação, destacamos que o ambiente escolar é um local propício para a juventude obter informações qualificadas sobre diversos assuntos que envolvem a vida em sociedade, entre eles saúde e orientação sexual.

A esse respeito, comenta Ribeiro & Ribeiro (2015):

> Acredita-se que, na essência da educação, encontram-se os valores de formação humana e social, sendo a saúde entendida como essencial condição de dignidade humana que requer, para além de limites orgânicos, dimensões sociopolíticas, territoriais, de convivência e singularidades (RIBEIRO; RIBEIRO, 2015, p. XX)

Nesse sentido, indagamos ás respondente se houve algum tipo de orientação da escola no que tange à procura do serviço de pré-natal, primeiro porque o pré-natal é um dos muitos temas a ser abordado sobre educação em saúde na escola, segundo porque é um direito da gestante e terceiro, porque esse serviço é importantíssimo tanto para a saúde da gestante quanto para a do bebê. No gráfico a seguir, demonstramos o consolidado das 126 respostas.

Gráfico 7: orientações sobre pré-natal recebidas na escola



Questionamos também quais os conteúdos que as respondentes lembravam de ter visto aulas ou outras intervenções sobre saúde e educação sexual na sua vida escolar. Organizamos as respostas na tabela abaixo:

Tabela 2: temas sobre saúde e educação sexual vivenciados na escola

DST's e métodos contraceptivos	44
DSTs	32
DST's, direitos sexuais e reprodutivos	9
DST, métodos contraceptivos e Lei Maria da Penha	8
Métodos contraceptivos	4
DST's e Lei Maria da Penha	3
DST, métodos contraceptivos, direitos sexuais e reprodutivos, Lei Maria da Penha	2
DST, métodos contraceptivos, importância da amamentação e do pré-natal	2
Direitos sexuais e reprodutivos	1
DST, métodos contraceptivos e importância do pré-natal	1
DST's, métodos contraceptivos e importância da amamentação	1
DST's, importância da amamentação e Lei Maria da Penha	1
DST's, métodos contraceptivos e direitos da gestante	1
DST's e importância da amamentação	1
DST, métodos contraceptivos, direitos sexuais e reprodutivos, importância do pré-natal	1
DSt, métodos contraceptivos, direitos sexuais e reprodutivos, direitos da gestante	1
Métodos contraceptivos e sistema reprodutor	1
somente uma palestra	1
Nenhuma das alternativas	3
Não	9

Total = 126

Identificamos que a predominância dos temas foi sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e métodos contraceptivos, e que a maioria das respondentes teve, pelo menos, uma aula sobre algum tema correlato.

É importante ressaltar que, como já foi explicitado no capítulo 2 sobre educação em saúde, muitas vezes esses temas são abordados de forma descontextualizada dos conteúdos propedêuticos e de forma pontual, outras vezes também são abordados por profissionais que não os da educação; o que são fatores a serem considerados sobre a qualidade dessas intervenções na escola pelo crivo pedagógico.

Segundo as autoras Elaine Reis Brandão e Cristiane da Silva Cabral:

> O manejo contraceptivo é um processo de múltiplos níveis e compreende uma série de decisões e lógicas complexas entranhadas em diversos domínios da vida, requerendo análise acerca de práticas e representações sociais de contracepção, maternidade, conjugalidade, família, vinculação com sexualidade, sem deixar de considerar aspectos materiais cruciais como a oferta contraceptiva (disponibilidade de serviços e de métodos). Aprender a administrar ou gerir a contracepção ao longo da vida sexual e reprodutiva das mulheres significa que antes temos que aprender a dialogar sobre sexualidade e relações sociais entre gêneros, habilidades sem as quais não se consegue identificar e enfrentar as dificuldades para o manejo dos métodos, segundo suas especificidades (BRANDÃO; CABRAL, 2017, p. 2).

Há uma forte crença em que bastasse o sujeito ter acesso a informações sobre saúde, este naturalmente decidiria exclusivamente, de forma racional, por opções saudáveis e seguras para sua vida. Entretanto, a construção de hábitos saudáveis e de boas práticas em saúde por parte dos sujeitos não está restrita a transmissão de informações, porque existem outras variáveis subjetivas como maturidade, desejo, aspectos culturais, aspectos geracionais, etc; que podem sobrepujar o que se chama de “racionalidade” para nortear as decisões.

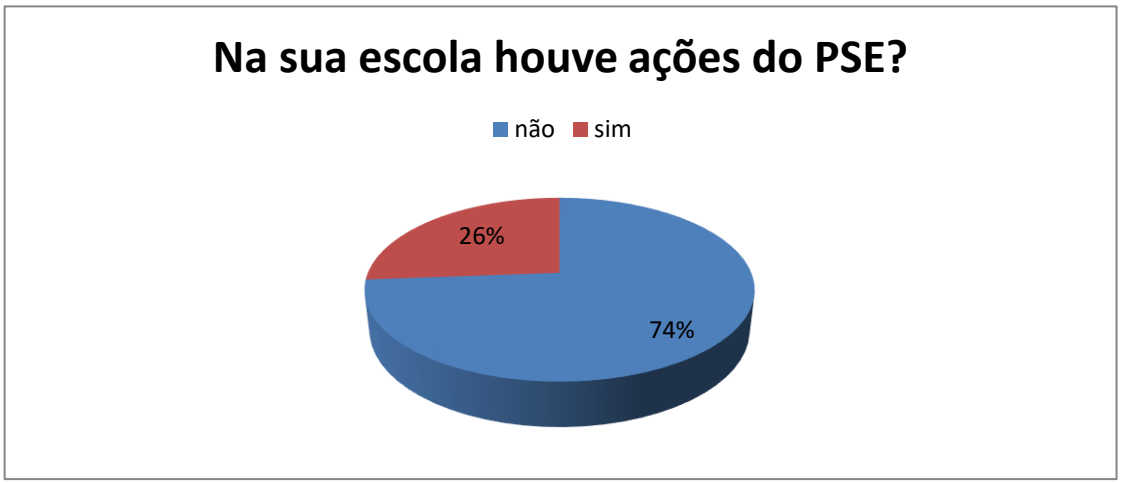
Ainda segundo Brandão & Cabral (2017):

> Imaginem o desencontro entre todas as necessidades implícitas no aprendizado e domínio da contracepção, sempre passível de falhas e atropelos de última hora, e o que ofertam os serviços públicos de saúde e a maioria dos profissionais de saúde, que atestam sobre a

> “ignorância”, “desinformação” e “desconhecimento” da população usuária. Sem amparo profissional e ético das equipes de saúde, que prestam assistência, acompanhamento e avaliação das condições de saúde das usuárias e facultam como mediadoras o acesso aos métodos contraceptivos, não será possível transpor diversas barreiras (BRANDÃO; CABRAL, 2017, p. 2).

Também indagamos as respondentes se durante sua vida escolar houve ações do Programa Saúde na Escola (PSE) em sua escola. Das 126 respostas, (n=96) afirmaram que em sua escola não houve ações do PSE, enquanto (n=38) afirmaram que em sua escola houve ações do PSE.

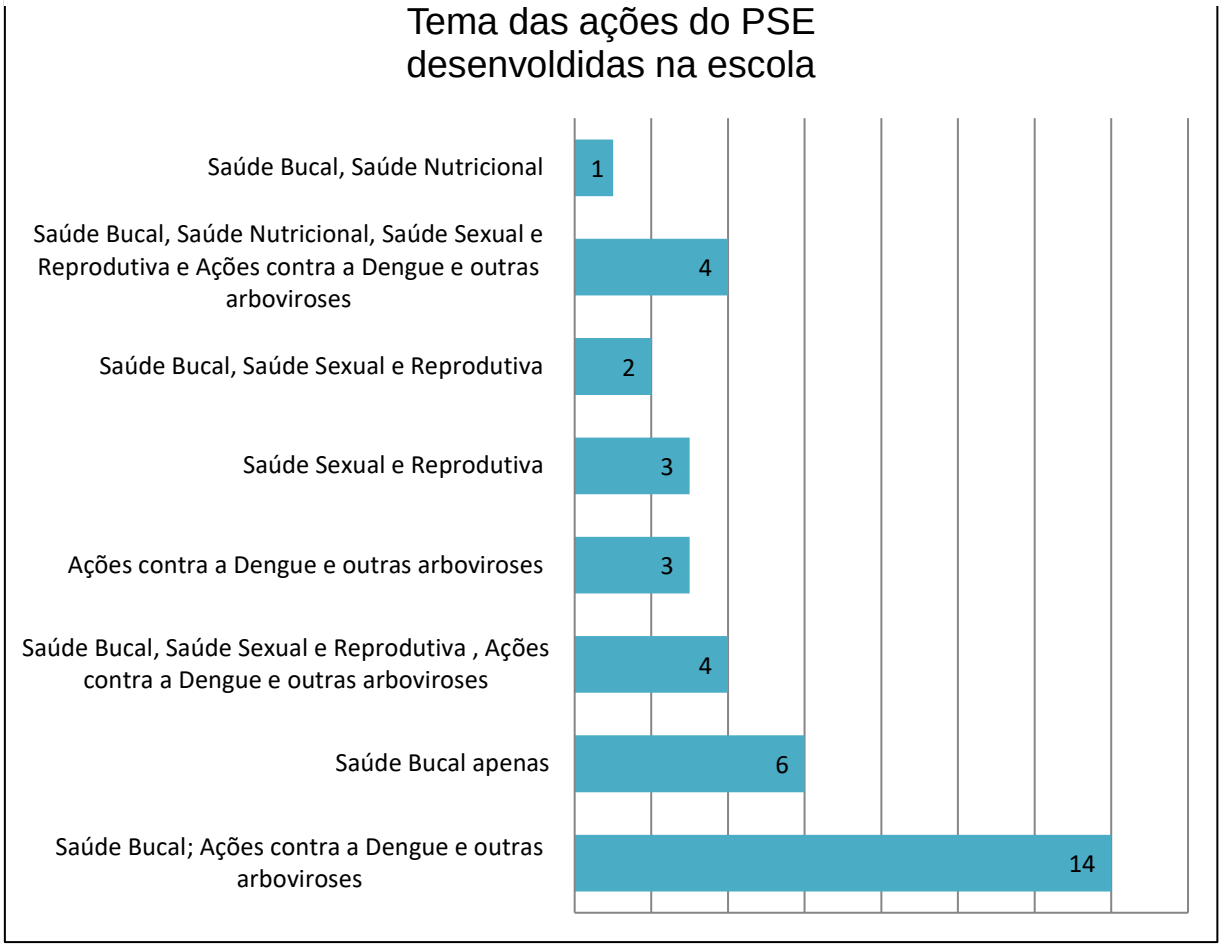
Gráfico 8: existência de ações do PSE nas escolas das respondentes



Dentro do universo das 32 respondentes que afirmaram sobre a ocorrência de ações do PSE em suas escolas, foi questionado que tipo de temas foram abordados nessas ações. Observando o gráfico a seguir, percebemos que o foco principal dessas ações foram as temáticas de Saúde Bucal e o combate à dengue e outras arboviroses, como Zyka e Chikungunha. Pela baixa incidência de resposta associadas a saúde sexual e reprodutiva, podemos inferir que o perfil de ações do PSE tem abordado pouco esta temática.

O tipo de resposta para essa pergunta era por saturação, ou seja, cada uma das 32 respondentes poderia marcar mais de uma opção com os temas presentes, gerando um tipo de combinação de temas.

Gráfico 9: temas das ações do PSE nas escolas



Referente aos depoimentos sobre a categoria “Acesso a Informação”, as subcategorias emergentes nos depoimentos foram “Insuficientes” e “Importantes” e estão organizadas no quadro X.

Quadro 12: depoimentos ligados à categoria Acesso a informação

SUBCATEGORIAS	DEPOIMENTOS
	“Muitas vezes a família e a escola acreditam que a adolescente já tem informação suficiente e abertura para falar e compartilhar esses assuntos, principalmente escolher usar o método contraceptivo ou não. Mas na realidade a jovem, no meu caso, não tinha abertura na família, por causa da religião e não tinha abertura na escola por não ter proximidade suficiente para falar sobre o assunto. O companheiro também adolescente ainda

1.3.1 INSUFICIENTE	com seus preconceitos com a camisinha e o machismo imperante.” (respondente 21) “Eu não sabia como tomar a pílula, estudei num colégio particular e evangélico. Tinha vergonha de falar sobre sexualidade. Conclui o medio em 2002. E tive parto prematuro pois só descobri a gravidez com 5 meses. Detalhe: engravidei 5 meses depois ter perdido a virgindade, tomava a pílula só no dia que tinha relações sexuais. Não tinha internet na época e os livros n falavam sore detalhes de como tomar a pílula.” (respondente 22) “Tive minha filha em 1988, muitas dessas questões não eram faladas.” (respondente 23) “Eu acho que teria que ter uma orientação sexual nas escolas, relatar a importância do preservativo, alertar que muitos remédios cortam o efeito do anticoncepcional, também alertar que não é necessário "gozar" dentro para se engravidar. Coisas bem simples, mas que aos 16 anos eu não sabia.” (respondente 26) “Meus conhecimentos sobre sexo, métodos para evitar gravidez foi todos adquiridos durante o pré-natal.” (respondente 27)
1.3.2 IMPORTANTE	“É de extrema importância ações que possam orientar tanto meninas quanto meninos. Há sim uma grande alteração emocional que está ligada aos fatores hormonais durante a gravidez, a escola pública, assim como a privada, podem e devem disponibilizar de forma didática assuntos relacionados à sexualidade como forma de conhecimento para prevenção! Pesquisas como está são sempre bem vindas e muitíssimo importantes!” (respondente 24) “A educação sexual ainda é o grande problema (ou talvez a grande solução) para os casos de gravidez na adolescência.” (respondente 25)

	“Acho que se este tema for voltado para meninos e ajudá-los a enxergar que eles também têm responsabilidade sobre a gravidez na adolescência, muita coisa mudaria. ” (respondente 28) “Estou respondendo esse questionário porque acredito ser de extrema importância a comparação estrutural da década de 90 com a atualidade. Melhorias, benefícios, legislação, reconhecimento de direitos e deveres. Sou de uma geração extremamente negligenciada.” (respondente 29) “Eu acho que aulas sobre prevenção a gravidez na adolescência deveria ser levadas mais a sério, deveria existir Programa pra orientar os adolescentes.” (respondente 30)

Na subcategoria “insuficiente”, percebe-se, a partir da fala das respondentes, que na percepção delas a escola e a família não abordavam as temáticas de saúde e orientação sexual.

Vários podem ser os motivos que expliquem esse fenômeno, entre eles a questão do tabu com o tema por parte dos adultos (educadores e familiares), falta de incentivo das secretarias de educação e saúde para formar professores capacitados, ausência de planejamento estratégico por parte da gestão escolar, resistência de familiares em concordar com a abordagem desse tema na escola, entre outros.

Quanto a subcategoria emergente “importante”, as respondentes aproveitaram o espaço para depoimento livres e manifestaram em suas opiniões a importância de aumentar e melhorar a abordagem dos temas referentes à educação em saúde e orientação sexual por parte não somente da escola, mas também do Estado.

É apontado pelas respondentes em seus depoimentos diversas carências quanto a esses temas e em nas experiências das respondentes, se elas tivessem não apenas acesso a um processo educativo de qualidade mas também algum tipo de acompanhamento livre de julgamentos, elas afirmam que os desfechos de suas vidas pudessem ter sido bem diferentes.

5.2.5 Classe temática: Gravidez e Parto Adolescente

Nessa classe temática, organizamos informações referentes as experiências de gravidez e parto vivenciado pelas respondentes. A gravidez e o parto são momentos de mudanças intensas na vida de uma mulher, tanto positiva ou negativamente, então consideramos relevante acolher os depoimentos das respondentes sobre esses dois eventos, uma vez que partimos do pressuposto que ambos esses eventos tem influência duradoura nas decisões das adolescentes sobre o que fazer com suas vidas.

5.2.5.1 Perfil da Gravidez

Indagamos as respondentes sobre o acontecimento de sua gravidez, se foi desejado durante a adolescência. Para 71% das respondentes, a gravidez durante a adolescência não foi algo desejado e foi considerado um “acidente” ocorrido durante o ato sexual. Para 18%, a gravidez teve ainda um maior significado negativo, uma vez que essa parcela das respondentes nunca desejou ser mãe. Organizamos todas as 126 respostas no gráfico a seguir:

Fica evidente que para as respondentes ter engravidado naquele momento não foi desejado. O que sugere que diversos fatores foram limitantes para que essas adolescentes pudessem ter vivido aquela experiência sexual de forma mais segura e sem o risco da gravidez. Segundo Estevez &Menandro (2005), a qualidade do relacionamento com os pais, o nível de escolarização dos pais, o conhecimento e acesso a métodos contraceptivos, o perfil socioeconômico, entre outros, podem ser listados como fatores relevantes nos casos de gravidez na adolescência.

Gráfico 10: desejo e planejamento da gravidez ocorrida

Também indagamos as respondentes se houve reincidência de gravidez durante a adolescência e as respostas foram organizadas no gráfico abaixo.

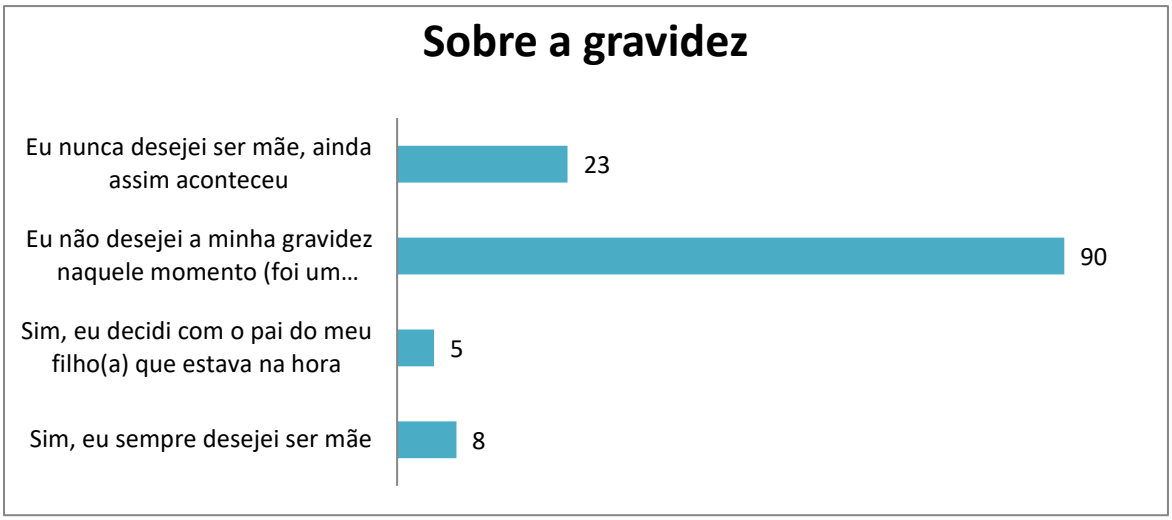
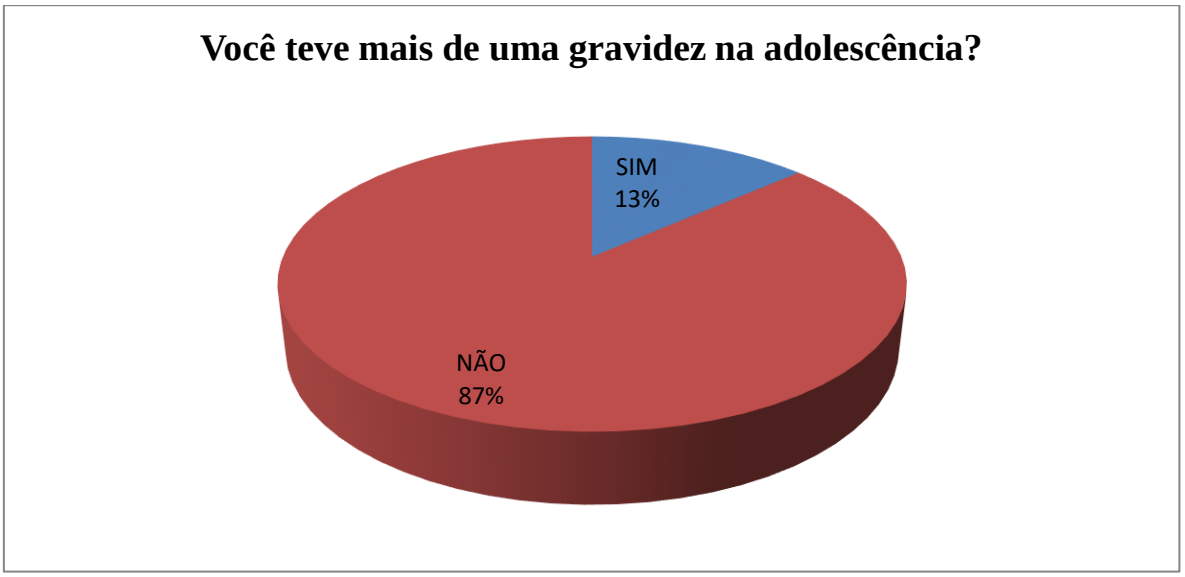


Gráfico 11: incidência de mais de uma gravidez nas respondentes



Os depoimentos a seguir foram organizados nas seguintes subcategorias: “Violência Obstétrica Durante o Pré-Natal”, “Pré Natal Positivo e Adequado” e “Outros”. Nesse sentido, convém explicar o que é violência obstétrica.

Segundo Feitosa et al (2019), situações que caracterizam a violência obstétrica são: impedir a mulher de ter acompanhante durante o parto, exigir que o acompanhante seja mulher ou delimitar horários específicos de acompanhamento; condicionar a presença do acompanhante à autorização médica ou do plantonista; não dizer à mulher com clareza sobre seu estado de saúde, não explicar os

procedimento e não perguntar sua opinião e consentimento sobre eles; não oferecer opções de analgesia quando disponíveis; não permitir que a mulher caminhe, beba água ou se alimente de forma adequada durante o trabalho de parto; deixar a mulher isolada sem que essa tenha sido uma solicitação dela; realizar exames de toque vaginal desnecessariamente e para fins de treino dos residentes sem a autorização da mulher e fazer piadas com a mulher durante seu trabalho de parto, comentários desnecessários com juízo de valor ou impedir a mulher de se expressar durante o trabalho de parto, no momento em que está sentido dor.

De modo geral, observa-se que a violência obstétrica é um conjunto de práticas que tende a anular a autonomia da gestante, desumanizá-la e por inúmeros motivos, não oferecer informações adequadas sobre saúde, a partir do contexto em que a gestante está.

No que tange a violência obstétrica durante o pré-natal, entende-se que todas as práticas acima descritas no parto, podem acontecer durante o pré-natal e no pós-parto, uma vez que são ações diferentes mas com os mesmos objetivos subjacentes.

A seguir, o quadro 9 com os depoimentos:

Quadro 13: depoimentos ligados à categoria violência obstétrica e pré-natal

SUBCATEGORIAS	DEPOIMENTOS
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O PRÉ-NATAL	“Fiz o pré natal e o parto em hospital particular, pois na época meu pai trabalhava com a carteira registrada e tínhamos convênio médico. Ainda assim houveram abusos e piadas relacionadas a minha condição.” (respondente 31) “Todos me olhavam estranho e quando iam dar alguma informação sempre davam pra minha mãe, nunca pra mim.” (respondente 32) “Quando fui ao obstetra ele me deu o maior sermão por eu estar grávida aos 16 anos, e reforçou a ideia de que eu tinha acabado com minha vida. Ouvi a piada de "começou cedo" a gravidez toda.” (respondente 33) “Nunca me senti acolhida ou orientada da forma correta.” (respondente 34)

	“Meu pré-natal foi na rede pública, sofri com os comentários.” (respondente 35) “Na adolescência, nada é esclarecido. Tratam a gestante como se ela já soubesse todos os procedimentos, ou como se não tivesse direito de saber.” (respondente 36) “Não fui informada sobre os cuidados de não engordar durante a gravidez, pós parto fiquei com a pressão muito alta” (respondente 37) “O médico que iniciou meu pré natal não deu a importância que dava as suas outras pacientes e eu tive uma série de problemas decorrentes dos problemas que ele deixou passar.” (respondente 38) “No pré natal aprendi alguns cuidados básicos como cuidar do umbigo, amamentação, banho, etc, mas não há um cuidado com a mãe, acho que o bebê é o mais importante,mas há um risco muito grande da adolescente desenvolver depressão pós-parto.” (respondente 39)
2.1.2 PRÉ-NATAL ADEQUADO E POSITIVO	“A primeira consulta quando vi ela foi emocionante” (respondente 40) “Meu pré natal foi todo pelo plano de saúde, mesmo assim após o nascimento, uma agente comunitária de saúde veio a minha casa 2 vezes. Quando constatou que eu era bem assistida pela saúde privada deixou de me acompanhar .” (respondente 41) “Meu pré Natal foi ótimo assim que descobrir minha gravidez procurei logo um posto médico pra ser acompanhada e foi tudo perfeito cada ultrason um sentimento diferente ainda melhor principalmente quando ouvia o coração, tudo inexplicável.” (respondente 42) ““No hospital que minha filha nasceu havia um atendimento especial para mãe adolescente, com cursos, palestras e atenção no parto.” (respondente 43)

	" Na casa de Parto na qual escolhi ter minha bebê havia um grupo de apoio para mães/pais adolescentes com reuniões semanais sobre tudo que envolve família, afetividade, pré natal, cuidados com o bebê e planejamento familiar. Sendo muito bem acolhida por uma equipe multidisciplinar que da todo suporte às adolescentes nesse momento tão delicado." (respondente 44)
2.1.3 OUTROS	"Comecei o pré natal aos 6 meses de gestação,pois escondi minha gravidez para minha mãe,mas no momento que descobriu ela já marcou o pré natal." (respondente 45)

Nos depoimentos referentes à subcategoria de "violência obstétrica durante o pré-natal", ficam registrados uma série de práticas que denotam a falta de preparo dos profissionais de saúde em lidar com a faixa etária adolescente e com a situação da gravidez nessa etapa.

Sobre o pré-natal, a UNESCO afirma:

> O pré-natal compreende um conjunto de cuidados voltados à saúde materna e do feto possibilitando adequadas ações e orientações para que a mulher possa viver a gestação e o parto de forma positiva e enriquecedora, diminuindo os riscos de complicações no parto e no puerpério. É possível evitar, detectar ou tratar a maior parte dos problemas de saúde das gestantes por meio de consultas no pré-natal. O atendimento pré-natal permite atingir gestantes com intervenções múltiplas, que podem ser vitais para o bem-estar da mãe e do bebê (FERNADES et al, 2015, p. 81).

O pré-natal é um momento onde a gestante tem consultas com enfermeiras obstetras ou ginecologistas obstetras para receber acompanhamento médico, orientações sobre seus direitos de gestante e parturiente, e algum acolhimento. É incompatível com as premissas de um pré-natal adequado e positivo práticas que visem o desrespeito da gestante, mesmo adolescente; e que promovam desinformação, medo e ansiedade; quando deveriam promover a informação e a segurança para a gestante.

Na subcategoria "pré-natal adequado e positivo", identificamos uma série de práticas que visavam acolher a adolescente grávida, esclarecer suas dúvidas, deixá-la segura sobre sua gravidez e seu parto e que promoviam um cuidado integral da

saúde da adolescente grávida e do bebê. Ações diretamente opostas da subcategoria anterior.

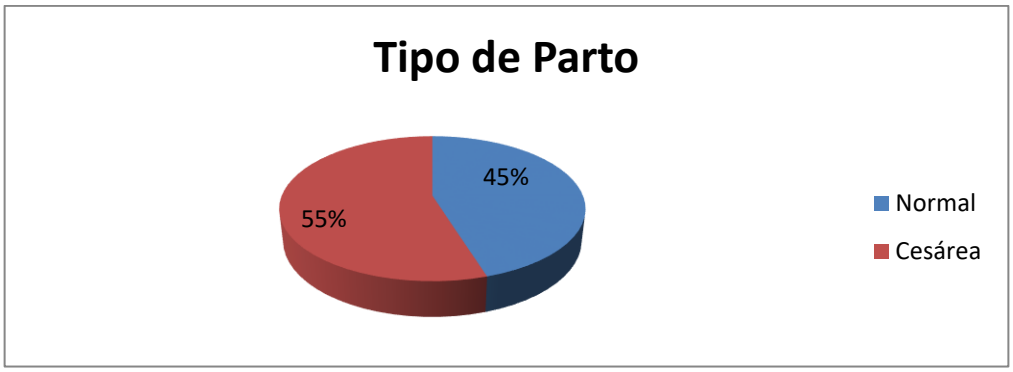
Na classe temática anterior foi exposto pelos depoimentos das respondentes que a maioria das escolas não orientou sobre o pré-natal e que o ensino de educação em saúde e orientação sexual não era insuficiente por diversos motivos. A partir disso, essas mesmas respondentes que não tiveram acesso a informações cruciais na escola são as mesmas que chegaram no pré-natal e também não foram acolhidas ou bem informadas. Para algumas respondentes, não houve espaço onde ela pudesse ter se sentido segura: nem família, nem escola e nem profissionais da saúde.

Na pesquisa realizada por Fernandes et al (2015), comparando as atendimentos de pré-natal adolescentes de capitais nas regiões sul e nordeste do Brasil, identificou-se que metade das adolescentes grávidas que participaram do estudo afirmaram não ter recebido nenhuma informação no pré-natal sobre o trabalho de parto e/ou sobre o parto, o que os autores apontam como falta de preparo dos profissionais de saúde para atender esse segmento da população.

5.2.5.2 Perfil do Parto

Indagamos as respondentes qual o desfecho referente ao tipo de nascimento experenciado por elas e apresentamos o gráfico a seguir com o consolidado das respostas.

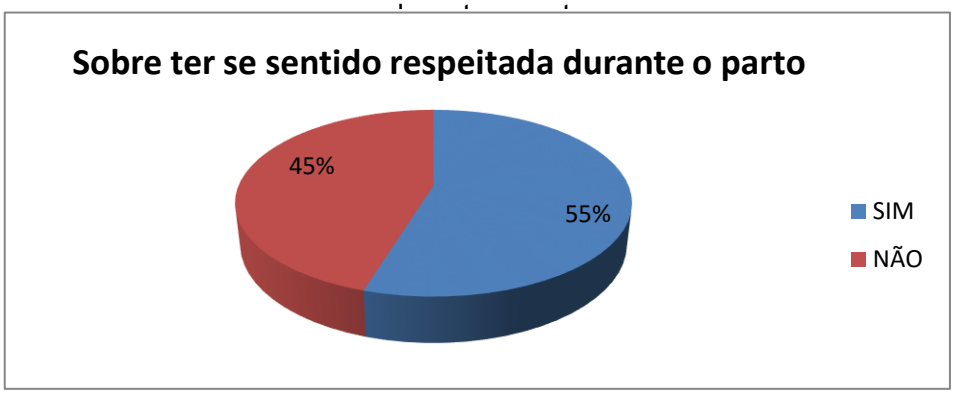
Gráfico 12: tipo de parto vivenciado pelas respondentes



Ainda sobre o parto, indagamos as respondentes sobre sua experiência no momento do parto e se elas sentiram que foram respeitadas durante o acontecimento.

Das 126 respondentes, 55% afirmaram que se sentiram respeitadas e 45% não se sentiu respeitada, com pode ser observado no gráfico a seguir:

Gráfico 13: sentimento de respeito vivenciado pelas respondentes



No questionário, pedimos as respondentes que, caso tivessem marcado a opção “não”, marcassem em uma lista as opções sugeridas como desrespeito à gestante no momento do parto e também deixamos a opção de incluir acontecimentos caso a lista não contemplasse aquela opção. Organizamos as respostas das participantes na tabela abaixo:

Tabela 3: Ações indicadas pelas respondentes como desrespeito no momento do parto

Aponte os fatores que lhe fizeram sentir-se desrespeitada durante seu parto	*n (67)*	*%*
Os médicos de plantão soltaram piadas sobre ser mãe adolescente ("tão novinha e já com bucho?" por ex.)	33	49,3%
Os médicos de plantão me disseram para não gritar ("quando foi fazer não gritou" por ex.)	24	35%
Os médicos de plantão não informaram e/ou não pediram autorização sobre os procedimentos antes de fazê-los	32	47,8%
Você não teve direito à acompanhante	32	47,8%
Durante o parto, não lhe ofereceram água ou alimentos leves	31	46,3%
Não lhe deram anestesia quando solicitada	4	6%
Cortaram seu períneo para "ajudar o bebê a sair" (Episiotomia)	30	44,8%

Subiram em cima da sua barriga para "ajudar o bebê a sair" (Manobra de Kristeller)	**21**	**31,3%**

Organizamos no quadro a seguir os depoimentos das respondentes referentes as subcategorias emergentes de “respeitoso” e “violência obstétrica durante o parto e/ou no pós-parto”.

Quadro 14: depoimentos ligados às categorias respeitoso e violência obstétrica

SUBCATEGORIAS	DEPOIMENTOS
2.2.1 RESPEITOSO	“Teve acompanhamento da família e de médica.” (respondente 46)
VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA DURANTE O PARTO E/OU NO PÓS-PARTO	“Eu sofri uma agressão e só me dei conta depois que tiver, achei mesmo que estavam fazendo seu trabalho e me ajudando a ter meu bebê.” (respondente 47) “O que mais me chocou foram as enfermeiras, a todo tempo me julgando e diziam que no ano seguinte eu estaria de volta para parir novamente.” (respondente 48) “Tive meu ânus violado por um estudante de medicina, dizendo que estava verificando "se estava tudo bem". Eu não sabia de nada de parto, quais os procedimentos, o que eu poderia solicitar ou não. “ (respondente 49) “Eu não sabia que tinha direito a acompanhante ou a recusar procedimentos sem necessidade. Eu não tinha voz.” (respondente 50) “Demoraram muito para fazerem a cesárea minha filha quase morreu , estava com o cordão umbilical enrolado no pescoço e nunca fizeram uma ultrassonografia durante minha primeira gravidez.” (respondente 51) “Após o parto fui muito mal tratada pelas enfermeiras do hospital. Minha filha era enorme e por ser parto normal

	tiravam sarro perguntando "quantos filhos eu queria ter agora". Meus pontos abriram e não me orientavam nada, diziam q era normal. Eu peguei uma infeção hospitalar e acabei cicatrizando sem pontos externos, isso me causa dores para me relacionar sexualmente até hoje Minha filha havia trincado a clavícula e numa das manhãs ao medir a temperatura do bebê não me respeitaram quando disse para colocar o termômetro do lado oposto a lesão, a enfermeira puxou o braço da minha filha rompendo de vez a clavícula. Foi um pesadelo.” (respondente 52) “O tempo de espera da minha gravidez foi enorme para o meu caso. Pois eu tenho uma deformidade no útero, chamado útero bicorno. Pois no meu portuário já está prescrito tudo isso, e principalmente a indicação de parto cesario.” “Naquela época eu não tinha consciência de que algumas coisas eram violência e nem de que eu tinha opções.” (respondente 53) “A médica de plantão foi pessoalmente na enfermaria para dizer que eu era uma boa parideira, que poderia ter 10 filhos daquela forma. Achei ofensivo e invasivo.” (respondente 54) “Eu não tinha passagem pra ter a criança normal pois ela tinha 4kg e minha idade não permitia e ainda sim forçaram o parto normal, tive complicações pós parto,precisei de enfermeiro a domicílio para retirar minha urina com sonda pois fazia 3 dias que não fazia xixi e 8 dias sem fazer cocô tive que fazer lavagem intestinal também.” (respondente 55)

No questionário havia um espaço reservado para que as respondentes comentassem livremente sobre sua experiência no parto, pré-natal ou pós-parto que não tivesse sido contemplado nas demais perguntas. Houve 31 respostas englobando esses temas, das quais identificamos apenas 1 (uma) onde o relato do parto foi positivo e para a subcategoria “respeitoso”. Os demais depoimentos que contemplavam a subcategoria “violência obstétrica no paro e/ou no pós-parto” foram quase a maioria dos depoimentos compartilhados pelas respondentes.

A violência obstétrica é uma realidade comum no Brasil. De acordo com a pesquisa da Fundação Perseu Ábramo intitulada “Mulheres Brasileiras e Gênero nos

Espaços Públicos e Privados", realizada em 2010, 1 em cada 4 mulheres sofreram violência obstétrica durante o seu parto. Acredita-se que haveriam mais denúncias caso as mulheres tivessem acesso a seus prontuários ou se o tema fosse ensinado amplamente à população, para que tivessem acesso a seus direitos.

Nesse sentido, os efeitos negativos nas parturientes que são vítimas de violência obstétrica são depressão, baixa-estima, e nas palavras de Silva et al (2017, p. 23): "os sofrimentos fruto de agressão durante a gestação e o trabalho de parto podem evidenciar relevante prejuízo psíquico e, além disso, consequências emocionais negativas e duradouras(...)".

Para a adolescente, que já sofre com o estigma de uma gravidez que por muitas pessoas é taxada de "inadequada à sua faixa etária", onde é possível concomitar a ausência de apoio familiar e da escola, percebe-se que essas experiências traumáticas podem ser potencializadas. Investigamos sobre as ocorrências na gravidez e no parto porque identificamos que a violência obstétrica vivida pelas adolescentes tem peso forte na decisão das adolescentes referentes à sua vida.

5.2.6 Classe temática: A Experiência de Ser Mãe Adolescente/Jovem

Para essa classe temática, estabelecemos as categorias descritas por Andrea O'Reilly que apontam como uma mãe pode vivenciar uma experiência de ser mãe fora da concepção de maternidade patriarcal e na maternagem feminista. No quadro abaixo, reunimos depoimentos que se encaixassem nos quatro pressuposto de maternagem feminista e também acrescentamos o quinto pressuposto que foi sugerido por Amy Middelton.

Quadro 15: depoimentos ligados às subcategorias autonomia, agência, autenticidade, autoridade e educação

SUBCATEGORIA	DEPOIMENTOS
	"Pude estudar e fazer mestrado porque minha mãe é professora aposentada e sempre ficou com minha filha. Nunca pude contar

3.1.1 AUTONOMIA	com o pai da criança. O apoio familiar é fundamental na trajetória de mães adolescente.Hoje minha filha já tem 20 anos e está na universidade.” (respondente 56)
3.1.2 AGENCIA	“Graças a Deus tive poucas pessoas q me ajudaram a estudar e crescer. Eu também não desisti de mim, nem do meu filho. Hoje sou, tenho e vivo o que eu lutei pra ter. Me relaciono com outra pessoa, mas não dependo financeiramente e estou feliz por tudo que conquistei. Sonho em chegar até o mestrado, sonho em palestrar e falar sobre as minhas experiências, e vou chegar até lá.” (respondente 56) “Atualmente, meu filho dessa gravidez na adolescência vai fazer 25 em janeiro. Hoje tenho ele e um mais novo de 2 anos. Sou casada e optei por me afastar do trabalho para estar mais perto do bebê. Por isso, resolvi aprender crochê há 1 ano e aos poucos tenho recebido encomenda. Não chega a 2 salário mínimo, mas sempre entra algum dinheiro. Hoje estou com 43 anos.” (respondente 57) “Por conta do ciclo vicioso perdi anos da minha vida me sentindo incapaz. Hoje, estou vivendo uma fase diferente, realizando meus sonhos e tentando mudar minha vida.” (respondente 58)
3.1.3 AUTENTICIDADE	“Por muito tempo, ouvi que minha vida estava acabada. Que eu agora não valia nada. Que eu tinha parte com o diabo e tinha sido usada pra colocar o meu ex no mal caminho (me poupe). Que nenhum outro homem ia me querer. Disseram, “Tão esperta, como é que isso aconteceu?” Sem considerar o fato que a gente não tinha educação sexual, que ninguém falava nisso, que nada. Todas as coisas que me disseram estavam erradas. Pena que eu acreditei nelas por tantos anos. Mas quando eu finalmente acordei, tudo mudou na minha vida. O primeiro passo é saber o seu valor. O seu valor não muda baseado no que você fez, ou numa gravidez, ou em nada. O seu valor é intrínseco.” (respondente 59)
	“Fico feliz em ter respondido esta pesquisa, pois apesar do tempo que ja passou, a gravidez na adolecencia tem um impacto muito grande na nossa vida, assim como tive colegas, e ate uma irmã

3.1.4 AUTORIDADE	que tambem engravidaram, e acho que nós ateachavamos isso normal. Porém, eu sempre conversei muito com minhas filhas e outras garotas que pude, mostrando que podiam fazer diferente e dando conselhos praticos e apoio. E NÃO, nunca tive nenhum apoio institucional com relação a gravides. Mas qd retomei os estudos, foi graças a programas do governo como a Suplencia, e o Fies." (respondente 60) "Meu casamento foi complicado, mas ainda assim durou 8 anos, este período nao estudei, nem ele, que tambem abandonou. Somente apos me divorciar com minhas filhas ja grandinhas, consegui um pouco de estabilidade e retornei os estudos, fiz suplecia (programa de eliminacao de materias) e assim consegui conclui o ensino medio e entrei na faculdade atraves do FIES, hoje sou advogada, casei novamente tive mais uma filha hjadolecente, minhas primeiras filhas ja são casadas, e me orgulho dete-lasorietado sempre pra que nao acontecesse com elas o mesmo, e hoje elas jasao formadas, casadas e ainda nao tem filhos." (respondente 61)
3.1.5 EDUCAÇÃO*	"Conclui a escola dentro do tempo previsto, passei no vestibular. Esse mês completo 26 anos e além da graduação já fiz mestrado e duas pós lato sensu. Sou psicopedagoga clinica e tenho espaço próprio. A gravidez não foi um limite por ter tido apoio financeiro e socioafetivo da escola e familiares. Fico triste em ver o esteriótipo de mãe adolescente sem esperança no desenvolvimento de metas profissionais... Ao invés de julgamentos, uma mãe, independente da sua idade, precisa de oportunidades." (respondente 62) "Terminei o ensino médio na EJA depois de 6 anos fora da escola devido as gestações que foi uma aos 17 e outra aos 19. Após a conclusão, entrei direto na faculdade, após o término, ingressei no serviço público. Sou professora de contrato temporário, desde 2011." (respondente 63)

Na subcategoria "autonomia", o depoimento da respondente mostra que, na situação de mãe adolescente/jovem, o fator que colaborou com a conquista da sua autonomia foi o apoio familiar.

No que tange a subcategoria “agência”, as respondentes mostram em seus depoimentos a forma como lidam com a pressão de outras pessoas sobre sua maternidade e são pessoas que tem condições de influenciar positivamente outras mães através de sua história de vida.

No depoimento da subcategoria “autenticidade”, a experiência da maternidade adolescente/ jovem foi ressignificado, fazendo com que a respondente encontrasse seu valor após anos vivendo um ciclo de feedbacks ruins sobre sua experiência com a gravidez.

Sobre isso, comenta O’Reilly (2013):

> Ao interrompermos ou desconstruirmos a narrativa patriarcal damaternidade, torna-se possível desestabilizar a sustentação de seu discurso e sua consequente interferência nas práticas e significados da maternagem. Cria-se, então, um espaço para articulação de contranarrativas que visem a estimular alternativas de maternagem que empoderem as mulheres, em vez de oprimí-las. (O’REILLY, 2013, p. 46)

Nos depoimentos referentes à subcategoria “autoridade”, percebemos a presença de políticas públicas de educação colaborando com a as mulheres nessa trajetória de alcançar a maternagem feminista, mesmo não conscientes dessa trajetória.

Por fim, na subcategoria “educação”, sugerida por teóricas como Amy Middleton, percebemos como a educação teve influência preponderante sobre o futuro das mulheres que estiveram grávidas em sua adolescência e como é visível que quanto mais acesso à educação, com menos dificuldades e com mais recursos essa adolescentes terão potência para enfrentar o machismo e as concepções patriarcais da sociedade em que estão inseridas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referido trabalho buscou compreender como a escola tem lidado com gravidez na adolescência, e especificamente, com as adolescentes grávidas.

Analisando a revisão que deu suporte teórico para esta pesquisa e as respostas das participantes, percebemos que é necessário que a educação brasileira se prepare melhor para garantir o direito de acesso e permanência desse segmento em nossas escolas.

Também percebemos que os profissionais da área de saúde precisam de melhores formações e sensibilização para lidar de forma mais humanizada com esse segmento populacional, pois educação e saúde são alicerces necessários para que as jovens consigam alcançar experiências minimamente dignas durante essa condição tão desafiadora que é uma gravidez durante a adolescência.

No que tange nossos objetivos gerais e específicos, o que podemos inferir é que:

a) No que tange as experiências vividas na escola após a descoberta da gravidez, percebemos que para a maioria das depoentes, foi uma época de intensas transformações e dificuldades e que, a escola se apresentou como um local não acolhedor na maioria dos depoimentos e das respostas ás perguntas no e-survey com esse objetivo. Quando as respostas foram contrapostas aos trabalhos já realizados com essa intenção, percebemos que os dados coadunam com nossos resultados.

Nesse sentido, os objetivos específicos de compreender como a experiência do parto pode ter influenciado a adolescente em sua relação com a escola ecompreender como a experiência de ser mãe na juventude influenciou a vida das respondentes, a partir da teoria da maternagem feminista, se apresentam como imprescindíveis para tentar compreender questões complexas como evasão escolar por parte desse segmento populacional, assim como compreender o perfil sociodemográfico dessa adolescentes no dá suporte para começar a esboçar uma política pública que dê conta de garantir a essas estudantes seu direito de acesso e permanência na escola, observadas suas condições; para além disso, buscar garantir que as adolescentes possam usufruir com integralidade de seus direitos sexuais e

reprodutivos, que contemplam acesso à educação, acesso à informações de saúde e acesso aos serviços de saúde.

b) No que tange saber se o tema transversal saúde foi trabalhado em sua vida escolar e como; percebemos que, ao contrapor a revisão bibliográfica feita aos depoimentos das respondentes, percebemos que nos últimos vinte anos, mesmo com a publicação dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) e seus Temas Transversais, houve pouca efetivação da temática saúde e orientação sexual na escola. Vale ressaltar que alguns dos depoimentos aqui dados foram de mulheres que tiveram sua juventude antes da publicação dos PCNs e que, quando observados seus depoimentos em contraposição aos de mulheres que tiveram suas juventudes após a publicação, os depoimentos tem mais em comum do que deveriam. Nesse sentido, analisar as vivências com educação em saúde na escola; põe em xeque a estratégia brasileira de incluir os Temas Transversais nas escolas, uma vez que cada tema é uma meta-tema em si: não se pode falar de Ética sem falar de Orientação Sexual, ou falar de Pluraridade Cultural sem falar de Meio Ambiente, Saúde, etc. Nesse sentido, vale dizer que, observando os depoimentos positivos sobre educação em saúde e os dados apresentados sobre educação em saúde no Brasil, se caso nesses últimos vinte anos nós tivéssemos conseguido implementar melhor a proposta dos PCNs dos Temas Transversais, pode-se especular que, talvez não tivéssemos reduzido os índices de gravidez na adolescência, mas poderíamos ter avançado nas questões que envolvem cuidados de saúde da puérpera adolescente, nos cuidados ao recém nascido, entre outros.

Compreendemos que o nosso estudo tem limitações, mas os indícios aqui apresentados apontam todos para uma reestruturação no acolhimento em todos os setores públicos para este segmento populacional, e também, que não apenas sejam feitas campanhas de prevenção, mas que também se pense que mesmo com campanha de prevenção, a gravidez na adolescência pode acontecer e a jovem não precisa interromper seus estudos ou perder sua dignidade por causa disso.

Por fim, acreditamos que “parir não é parar” e entendemos que são necessárias maiores articulações entre as áreas que se debruçam sobre o tema para que estratégias mais eficientes no trato com as jovens sejam mais eficazes.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Ulisses Ferreira de. Apresentação à edição brasileira. In: Busquets,Maria Dolors et al. (Org.). **Temas transversais em educação**. São Paulo: Ática. p.9-17. 1997

ARTEAGA RODRÍGUEZ, Carlos; KOLLING, Marcelo Garcia; MESQUIDA, Peri. Educação e saúde: um binômio que merece ser resgatado. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.31, n.1, p.60-66. Disponível em: < http://dx.doi. org/10.1590/S0100-55022007000100009 >. Acesso em: 10 abr. 2011. 2007.

BARBIERI, A.; NOMA, Amélia Kimiko. Políticas públicas de educação e saúde na escola: apontamentos iniciais sobre o Programa Saúde na Escola (PSE). **Anais do Seminário de Pesquisa do Projeto Pós-Graduação em Educação,[internet]**, p. 2-13, 2013.

BLUM, Robert W.; GATES SR, W. H. **Girlhood not motherhood. Preventing adolescente pregnancy**. UNFPA: Nova Iorque, 2015.

BRANDÃO, Elaine Reis; CABRAL, Cristiane da Silva. Da gravidez imprevista à contracepção: aportes para um debate. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. 211-216, 2017.

BRASIL. **Programa Saúde na Escola**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acessado em: 05 jul. 2018.

BRASIL, Ministério da saúde. **Datasus**. 2014.

BRASIL. **PCN - Parâmetros Curricularse Nacionais: Saúde**. *Secretaria de Educação Fundamental*, [s.l.], v. 13, p. 246–284, 1998. ISSN: 0100-1574.

CABRAL, Carla Giovana. As mulheres nas escolas de engenharia brasileiras: história, educação e futuro. **Cadernos de Gênero e Tecnologia**, v. 1, n. 4, p. 9-19, 2005.

CORRÊA, Sonia; ALVES, José Eustáquio Diniz; DE MARTINO JANNUZZI, Paulo. Direitos e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. **Livros**, p. 27-62, 2015.

CRUZ, Mércia Santos da; CARVALHO, FabríciaJóisse Vitorino; IRFFI, Guilherme. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil. **Planejamento e políticas públicas**, n. 26, 2016.

DE FREITAS, Sônia Maria. **História oral: possibilidades e procedimentos**. Editora Humanitas, 2006.

ESTEVES, Janine Raymundi; MENANDRO, Paulo Rogério Meira. Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. **Estudos de psicologia**, v. 10, n. 3, p. 363-370, 2005.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva, v. 19, p. 847-852, 2014.

FERNANDES, Rita Fernanda Monteiro et al. Características do pré-natal de adolescentes em capitais das regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 80-86, 2015.

FIGUEIREDO, T. A. M. DE; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. DE. **[Health at school: a brief history].***Ciência & saúde coletiva*, [s.l.], v. 15, nº 2, p. 397–402, 2010. ISBN: 1413-8123 UL - http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200015&nrm=iso, ISSN: 1678-4561, DOI: 10.1590/S1413-81232010000200015.

FIGUEIRÓ, Mary Neide Damico. **A produção teórica no Brasil sobre educação sexual.** Cadernos de Pesquisa, n. 98, p. 50-63, 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2003.

GREAVES, Lorraine et al. **A motherhood issue: Discourses on mothering under duress**. Ottawa, ON: Status of Women Canada, 2002.

GYSLING, J. Salud y DerechosReproductivos: Conceptos enConstrucción. In: VALDÉS, T. e BUSTOS, M. (Ed.). **Sexualidad y reproducción: hacialaconstrucción de derechos**. CORSAPS/FLACSO. Santiago, Chile: Salesianos, 1994. p. 13-26.

HEILBORN, Maria Luiza et al. Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes antropológicos**, v. 8, n. 17, p. 13-45, 2002.

KÖCHE, José Carlos. **Fundamentos de metodologia científica: teoria da ciência e iniciação à pesquisa.** Petrópolis: Vozes, 2002.

KUHN, Thomas. **Revoluções Científicas**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da. Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, 2014.

LIMA, GZ. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cor-tez; 1985

LOURO, Guacira Lopes. Gênero, história e educação: construção e desconstrução. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, 1995.

_____. Uma leitura da história da educação sob a perspectiva do gênero. **Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, v. 11, 1994.

MANSOUR, Diana; INKI, Pirjo; GEMZELL-DANIELSSON, Kristina. Efficacy of contraceptive methods: a review of the literature. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 15, n. 1, p. 4-16, 2010.

MARCUSHI, Luiz Antônio. Oralidade e escrita. **Signótica**, v. 9, n. 1, p. 119-146, 1997.

MIDDLETON, Amy. Mothering under duress: Examining the inclusiveness of feminist mothering theory. **Journal of the Motherhood Initiative for Research and Community Involvement**, v. 8, n. 1, 2006.

MONTEIRO, Nádia; PEREIRA, Vânia; PISCALHO, Isabel. Educação para a sexualidade: as representações sociais das educadoras de infância. **Revista Interacções**, p. 98p.-119p., 2010.

MONTEIRO, Paulo Henrique Nico; BIZZO, Nelio. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. **História, Ciências, Saúde**, v.22, n.2, 2015, p.411- 427.

O'REILLY, Andrea (Ed.). **Feminist mothering**. SUNY Press, 2008.

Mendonça, Maria Collier de. **A maternidade na publicidade: uma análise qualitativa e semiótica em São Paulo e Toronto**. 2014. 338 f. Tese (Doutorado em Comunicação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2014.

NUNES, Zilda Clarice Rosa Martins. Memória e História da Educação: entre práticas e representações. In: Maria Cristina Leal; Marília Pimentel. (Org.). **História e Memória da Escola Nova**. 1ed. Rio de Janeiro: Loyola, 2003, v. 1, p. 9-26.

PIOVESAN, Flavia. Os direitos reprodutivos como direitos humanos. In: BUGLIONE S. (org). **Reprodução e Sexualidade: Uma questão de justiça**. Porto Alegre: Safe 2002.

RIBEIRO, Marcelo Silva de Souza; RIBEIRO, Carla Valois. Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): elementos para avaliação de projetos sociais em Juazeiro, Bahia, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 337-348, 2015.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

SAFFIOTI, Heleieth IB; ALMEIDA, Suely Souza de. **Violência de gênero: poder e impotência**. Revinter: 1995.

SANTOS, Natiely Lara Borges; GUIMARÃES, Denise Alves; GAMA, Carlos Alberto Pelogo da. A percepção de mães adolescentes sobre seu processo de gravidez. **RevistaPsicologia e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 83-96, 2016.

SEDGH, G. et al. Adolescent Pregnancy , Birth , and Abortion Rates Across Countries : Levels and Recent Trends. **Journal of Adolescent Health**, v. 56, n.2, p. 223–230, 2015.

SILVA, Denise Regina Quaresma da. Exclusão de adolescentes grávidas em escolas do sul do Brasil: uma análise sobre a educação sexual e suas implicações. **Revista de Estudios Sociales**, n. 57, p. 78-88, 2016.

Ventura M, Ikawa D, Piovesan F, Barsted LL. (orgs.). **Direitos Sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos: síntese para gestores, legisladores e operadores do Direito.** Rio de Janeiro, Advocaci, 2003.

CARVALHO, Antonio Ivo, WESTPHAL, Marcia Faria, LIMA, Vera Lucia Pereira. **Histórico da promoção da saúde no Brasil**. Disponível em:<http://ufrr.br/procisa/index.php?option=com_phocadownload&view=category&download=188:historico-promocao-saude-brasil&id=29:textos&Itemid=275>Acesso em 05 de Setembro de 2018.

ANEXOS

ANEXO A – PERGUNTAS UTILIZADAS NO QUESTIONÁRIO

QUESTÕES "Relação Gravidez-Escola"

1. Com que idade você se descobriu grávida? (caso você tenha tido mais de uma gravidez durante a adolescência, marque a idade da primeira)
2. Qual a sua série na época da gravidez?
3. Durante sua vida de estudante, você teve aula sobre algum dos seguintes temas abaixo? (pode marcar mais de uma opção ou acrescentar algo na opção "outros")
4. Na sua escola houveram ações do Programa Saúde na Escola (Ação do Governo Federal)?
5. Caso a resposta da pergunta anterior foi positiva, poderia apontar quais as temáticas trabalhadas pelas ações do PSE na sua escola? (pode marcar mais de uma opção ou acrescentar algo na opção "outros")
6. Você recebeu orientações de alguém da escola (professores, diretores, etc) para procurar o serviço de saúde para fazer o pré-natal?
7. Quando as pessoas da escola (professores, diretores, etc) ficaram sabendo da sua gravidez, eles chamaram a sua família para conversar?
8. Caso a resposta anterior tenha sido afirmativa, você poderia relatar que tipo de conversa aconteceu?
9. Você concluiu seus estudos após a gravidez? Em quanto tempo?
10. Foi possível para você, após o parto, retornar ao horário e turma em que você já estudava?
11. Caso não tenha conseguido retornar à escola após o parto, aponte abaixo os motivos (pode marcar mais de uma opção ou acrescentar algo na opção "outros")
12. Como os professores se comportavam quando você ou alguma outra colega tinha que levar o filho(a) enquanto assistia aula?
13. As secretarias de educação e/ou saúde do seu estado ou município tinham algum projeto de apoio e orientação para adolescentes grávidas?
14. Caso a resposta para a pergunta anterior seja afirmativa, você participou desse projeto? Poderia nos contar um pouco sobre essa experiência?
15. Nesta etapa, se você acha que tem algo importante a dizer mas que não foi perguntado, por favor, sinta-se à vontade para relatar abaixo. Pode ser algum acontecimento marcante, um desabafo, etc.

QUESTÕES “Gravidez e Parto Adolescente

16. Engravidar pra você durante a adolescência foi algo desejado?

17. Você teve mais de uma gravidez durante sua adolescência?

18. O seu parto aconteceu em:

19. O seu parto foi:

20. Você se sentiu respeitada durante seu parto?

21. Caso a resposta a pergunta anterior tenha sido negativa, aponte abaixo os fatores que lhe fizeram sentir-se desrespeitada durante seu parto: (pode marcar mais de uma opção ou acrescentar algo na opção "outros")

22. Nessa etapa, caso você tenha algo a dizer sobre seu pré-natal, parto e/ou sua gravidez que você ache importante e não foi perguntado, por favor, sinta-se à vontade para nos relatar abaixo

QUESTÕES “Perfil Sócio demográfico”

23. Em qual estado você morava enquanto estava aluna e grávida?

24. Na época em que esteve grávida e estudando, você morava:

25. A escola que frequentava durante a gravidez estava localizada:

26. A escola que você frequentava era:

27. Em que cidade você morava?

28. Sua família era composta por:

29. Você se auto-declara:

30. Você sentiu dificuldades para inserir-se no Mercado de Trabalho após a maternidade?

31. Se a resposta anterior foi afirmativa, indique alguns fatores que você identificou como dificuldades nesse processo de entrada no Mercado de Trabalho: (pode marcar mais de uma opção)

32. Qual a sua faixa etária atual?

33. Você atualmente está trabalhando?

34. Com o que trabalha atualmente?

35. Qual sua faixa salarial atual?

36. Fez ou faz ensino superior ou técnico?

37. Se sim, qual curso?