

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

GRAVIDEZ PRECOCE: DA GRAVIDEZ PLANEJADA À NÃO DESEJADA
- UM ESTUDO COM AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE NO DISTRITO OESTE DE MANAUS

ANA CRISTINA DIAS DA CRUZ

MANAUS-AM
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

ANA CRISTINA DIAS DA CRUZ

GRAVIDEZ PRECOCE: DA GRAVIDEZ PLANEJADA À NÃO DESEJADA
- UM ESTUDO COM AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE NO DISTRITO OESTE DE MANAUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Simone Eneida Baçal de Oliveira

MANAUS-AM
2009

GRAVIDEZ PRECOCE: DA GRAVIDEZ PLANEJADA À NÃO DESEJADA
- UM ESTUDO COM AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE NO DISTRITO OESTE DE MANAUS

ANA CRISTINA DIAS DA CRUZ

Dissertação Aprovada em ____/____/____.

Banca Examinadora:

Profª Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira - Presidente

Profª Dra. Cristiane Bonfim Fernandes – Membro

Profª. Dra. Amélia Regina Batista Nogueira - Membro

MANAUS-AM
2009

Ficha Catalográfica
(Catalogação realizada pela Biblioteca Central da UFAM)

Cruz, Ana Cristina Dias da

C957g Gravidez precoce: da gravidez planejada à não desejada - um estudo com as adolescentes atendidas na Unidade Básica de Saúde no Distrito Oeste de Manaus / Ana Cristina Dias da Cruz . - Manaus: UFAM, 2009.

115 f.; il. color.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) — Universidade Federal do Amazonas, 2009.

Orientadora: Prof. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira

1. Saúde Reprodutiva 2. Adolescência 3. Gravidez Precoce I. Oliveira, Simone Eneida Baçal de II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

CDU 618.2-053.6(811.3)(043.3)

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho a todas
adolescentes que participaram na sua construção.*

AGRADECIMENTOS

Inicialmente a Deus, que nas muitas horas em que pensei que não conseguiria concluir este trabalho, entregava-lhe em suas mãos a minha decisão e em todos os momentos Ele me abençoou renovando-me com inspiração que possibilitou atingir o meu grande objetivo;

À compreensão de minha família, Carlos, meu esposo, meus filhos Carlos Alberto e Maria Clara, pois em muitos momentos fui obrigada a abandoná-los com o intuito de concluir o presente trabalho;

Aos meus irmãos e sobrinhos que direta e indiretamente sempre me incentivaram para que subisse mais este degrau da minha vida (Sônia, Regina, Jaime, Cláudia Hortência, Tathyana, Thayana, Maria Eduarda);

Em especial à minha sobrinha Fernanda, carinhosamente chamada de Nona pelos meus filhos, muito me ajudou nas várias vezes em que estive impossibilitada de estar perto dos meus filhos;

À professora Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira, que, neste longo período, além de orientadora foi amiga e sempre demonstrou disposição e paciência nas suas orientações;

Às professoras que participaram da Banca de Qualificação que contribuíram bastante naquele momento de grande relevância que possibilitou a minha continuidade no Mestrado: Cristiane Bonfim e Amélia Regina Nogueira;

A todos os professores do PPGSS e de outros programas convidados, que muito contribuíram para o processo de conhecimento e amadurecimento acadêmico durante os momentos de aprendizado;

Às colegas do Mestrado, pois muitas vezes ocorreram ajuda mútua durante o processo que decorreu no período compreendido de aprendizado e conclusão do curso: Darcy, Dayana, Francicléia, Iranilda, Lidiane, Luciana e Maria Lúcia;

À gerente da Unidade Básica de Saúde do Bairro da Paz, Francinês Spner, que, no período em que foi exigida minha participação nas salas de aula, sempre possibilitou a minha frequência, liberando-me das atividades profissionais.

A todos os meus amigos que direta ou indiretamente torceram por mim e me ajudaram com palavras de incentivo, fortalecendo-me sempre nos inúmeros momentos de desesperança.

“Os pais dos adolescentes de hoje estão imersos em um profundo dilema: educar seus filhos com a liberdade pela qual lutaram ou reproduzir a educação autoritária que receberam”.

Içami Tiba

RESUMO

O presente trabalho objetivou incitar um estudo sobre os direitos reprodutivos e sexuais na adolescência, na área do Distrito Oeste de Manaus, e possibilitou a construção de uma análise dos fatores contributivos para a gravidez precoce identificados naquele local. no âmbito deste estudo, procurou-se contemplar as políticas públicas voltadas à área da saúde, exclusivamente à saúde da mulher, verificando se tais políticas têm atendido aos anseios das adolescentes. este estudo também se preocupou em saber se as adolescentes têm conhecimento dos métodos de anticoncepção existentes e de sua utilização, e das ações do Programa Planejamento Familiar. procurou-se saber ainda como está estabelecida a relação intrafamiliar das adolescentes e, segundo sua concepção, como sua família recebeu a notícia de sua primeira experiência sexual ou da sua gravidez. Objetivou-se também constatar qual é a percepção que as adolescentes têm sobre gravidez, suas causas e conseqüências. A pesquisa foi aplicada a trinta adolescentes atendidas pela Unidade Básica do Bairro da Paz, localizada no Distrito Oeste de Manaus, divididas em três grupos distintos: a adolescente que nunca engravidou, a adolescente grávida e a adolescente mãe, buscando verificar a percepção de cada grupo e, ao mesmo tempo, realizando um estudo transversal com os três grupos. A natureza do estudo é quantiquantitativo, uma vez que se adotaram critérios de seleção para a definição da amostra na pesquisa. Os pressupostos teórico-metodológicos que nortearam a pesquisa fundamentam-se numa perspectiva analítico-crítica, levando em conta as contradições que perpassam a realidade social em sua complexidade e as particularidades que envolvem o estudo. As técnicas adotadas na pesquisa foram: levantamento bibliográfico e uso da observação direta, formulário com questões abertas e fechadas, sendo utilizado como instrumento específico para cada grupo. Assim, buscou-se entender o motivo das adolescentes continuarem engravidando, uma vez que atualmente as informações sobre o assunto são bastante intensificadas nos meios de comunicação e existem estratégias para se escolher o momento para se ter um filho, mas as políticas de saúde destinadas às mulheres, sobretudo a saúde reprodutiva, têm se mostrado um tanto incipientes, no que se refere ao atendimento global à saúde da mulher como preconiza o Programa de Assistência Integral à Mulher.

Palavras-Chave: Saúde Reprodutiva, Adolescência, Gravidez Precoce

ABSTRACT

The present study has as objective encouraging a research about the reproductive and sexual rights at adolescence in the West District of Manaus (Distrito Oeste de Manaus), and it was possible to build an analysis of the contributive factors of the premature pregnancy identified in that place. It was tried to contemplate the public politics directed to the health science, exclusively to women's health, verifying if the present politics have been answered the teenagers' desires. The related study was also worried about knowing if the teenagers have informations about the available contraceptive methods and its use, and the actions of the Familiar Planning Program (Programa de Planejamento Familiar). How it's established the intrafamiliar relation of the teenagers, and, according to their conception, how their family received the notice about their first sexual experience, or about their pregnancy. It was longed to verify also what perceptions the teenagers have about pregnancy, its causes and consequences. The research was applied to thirty teenagers attended by the Unidade Básica do Bairro da Paz, located at West District of Manaus, shared in three special groups: the teenager who never got pregnant, the pregnant teenager and the teenager mother, trying to verify the perception of each group, at the same time, performing a transversal study with three groups. The nature of the study is quantiquantitative, as it was adopted a selection criterions to the definition of the sample in the research. The methodologic-theoric assumptions who guided the research were based on a critical-analytical perspective, considering the contradictions that passed beyond the social reality in its complexity and particularities who involves the present study. The adopted techniques in the related researches were: literature review and the using of the directed observation, a formulary with open and closed questions, being used as specific instrument for each group. With this way it was tried to understand why the teenagers are still getting pregnant, whereas nowadays the informations about the subject are very intensified in the media, there is strategies to choose the moment for having children, but the health politics for women, above all the reproductive health, seems to be incipient about the global attend to women's health as preconizes the Integral Assistance to Women Program.

Key-words: Reproductive Health, Adolescence, Premature Pregnancy.

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imundeficiência Adquirida
AIS – Ações Integradas de Saúde
AIH – Autorização de Internação Hospitalar
CTPS – Carteira de Trabalho e Previdência Social
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CAPS – Caixa de Aposentadoria e Pensões
CNDM – Conselho Nacional dos Direitos da Mulher
CEDAW – Committee on the Elimination of Discriminatio against Women
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos de Natureza Financeira
CAIC – Centro de Atendimento Integral à Criança
CAIMI – Centro de Atendimento Integral à Melhor Idade
CRAS – Centro de Referência de Assistência Social
DIU – Dispositivo Intra-Uterino
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPS – Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IPMF – Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira
IOF – Imposto sobre Operação Financeira
LOPS – Lei Orgânica da Previdência Social
MIF – Mulheres em Idade Fértil
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PSMI – Programa de Saúde Materno Infantil

PAISM – Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher
PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PLAFAM – Programa Planejamento Familiar
PAC – Pronto Atendimento ao Cidadão
SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SPA – Serviço de Pronto Atendimento
SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
SIA/SUS – Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Situação ocupacional dos pais e companheiros das adolescentes.....	57
Tabela 2: Faixa etária versus condição das adolescentes.....	78
Tabela 3: Estado civil versus condição das adolescentes.....	79
Tabela 4: Nível de escolaridade versus condição das adolescentes.....	81
Tabela 5: Renda familiar versus condição das adolescentes.....	82
Tabela 6: Situação ocupacional versus condição das adolescentes.....	83
Tabela 7: Tipo de residência versus condição das adolescentes.....	84
Tabela 8: Número de pessoas residentes na casa da adolescente versus condição das adolescentes.....	85
Tabela 9: Composição familiar versus condição das adolescentes.....	86
Tabela 10: Idade que iniciou a vida sexual versus condição das adolescentes.....	90
Tabela 11: Número de parceiros versus condição das adolescentes.....	91
Tabela 12: Preocupação em se proteger versus condição das adolescentes.....	92
Tabela 13: Quem se preocupou versus condição das adolescentes.....	93
Tabela 14: Conhece o Planejamento Familiar versus condição das adolescentes....	94
Tabela 15: Participação no PLAFAM versus condição das adolescentes.....	95
Tabela 16: Conhece algum tipo de método contraceptivo.....	95
Tabela 17: Método que utilizou ou utiliza versus condição das adolescentes.....	96
Tabela 18: Com quem conversa sobre sexo versus condição das adolescentes....;	98
Tabela 19: Conversou com quem sobre a primeira relação versus condição das adolescentes.....	98
Tabela 20: Desejo de engravidar versus condição das adolescentes.....	99
Tabela 21: Conselho para outras adolescentes sobre engravidar versus condição das adolescentes.....	100
Tabela 22: Reação das famílias ao saberem que você já havia iniciado a vida sexual versus condição das adolescentes.....	101
Tabela 23: Escolaridade versus condição das adolescentes.....	103
Tabela 24: Relação com a família versus condição das adolescentes.....	106

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Composição familiar.....	50
Gráfico 2: Número de pessoas residentes na casa com a adolescente.....	50
Gráfico 3: Escolaridade dos pais das adolescentes.....	56
Gráfico 4: Conversou com alguém sobre a primeira experiência sexual.....	62
Gráfico 5: Conversa sobre sexo.....	63
Gráfico 6: Conhece algum método contraceptivo.....	66
Gráfico 7: Uso de método contraceptivo.....	67
Gráfico 8: Quem se preocupou em se proteger na primeira relação sexual.....	67
Gráfico 9: Estado civil / Gestação de Alto Risco.....	68
Gráfico 10: Escolaridade das adolescentes / Gestação de Alto Risco.....	68
Gráfico 11: Desejo de engravidar.....	69
Gráfico 12: Faixa etária.....	78
Gráfico 13: Estado civil / Programas.....	79
Gráfico 14: Escolaridade das adolescentes / Gestação de Alto Risco.....	80
Gráfico 15: Renda familiar.....	82
Gráfico 16: Situação ocupacional das adolescentes.....	83
Gráfico 17: Situação de moradia.....	84
Gráfico 18: Número de pessoas residentes na casa com a adolescente.....	85
Gráfico 19: Composição familiar.....	86
Gráfico 20: Idade que iniciou a vida sexual.....	89
Gráfico 21: Número de parceiros.....	91
Gráfico 22: Preocupação em se proteger na primeira relação.....	92
Gráfico 23: Conhece o Planejamento Familiar.....	94
Gráfico 24: Participação no PLAFAM.....	95
Gráfico 25: Conversaram com alguém sobre a primeira relação sexual.....	97
Gráfico 26: Desejo de engravidar.....	99
Gráfico 27: Reação da família ao saberem da gravidez da adolescente.....	102
Gráfico 28: Significado de gravidez.....	104
Gráfico 29: Significado de família.....	105

LISTA DE QUADROS

Quadro 01: Principal ocupação dos pais e companheiros das adolescentes.....	57
Quadro 02: Principais características da gravidez de risco.....	65
Quadro 03: Serviços disponíveis no Distrito Oeste.....	73
Quadro 04: Número de adolescentes grávidas em Manaus nos anos de 2007/ 2008 e 2009....	107

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa de Serviços do Distrito de Saúde Oeste.....74

Sumário

Introdução.....	17
Capítulo I	20
Direitos sexuais e saúde reprodutiva para os adolescentes no Brasil: o que se tem de real	20
1.1 Sexualidade e adolescência.....	20
1.2 Saúde pública no Brasil: da exclusividade à universalidade.....	25
1.3 Direitos reprodutivos e saúde reprodutiva no Brasil.....	33
Capítulo II.....	46
As Relações Intrafamiliares e a Gravidez na Adolescência.....	46
2.1 Os desafios da família na contemporaneidade.....	47
2.1.1 A relação intrafamiliar: adolescentes x pais.....	54
2.2 A gravidez na adolescência: uma complexidade na vida da adolescente.....	64
Capítulo III.....	71
A caracterização do Bairro da Paz e a gravidez na adolescência na UBS Bairro da Paz – segundo a voz das adolescentes.....	71
3.1 Caracterização do Bairro da Paz e os serviços sociais disponíveis.....	72
3.2 O atendimento das adolescentes na Unidade Básica de Saúde.....	75
3.3 A perspectiva da gravidez a partir da voz dos sujeitos.....	87
Considerações Finais.....	108
Referências	111
APÊNDICES.....	115
ANEXOS.....	120

INTRODUÇÃO

A escolha do tema surgiu durante o cotidiano profissional ao deparar-me com a significativa demanda de adolescentes grávidas na Unidade Básica de Saúde Bairro da Paz, para cadastrar-se no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN, como também outro número não tão expressivo de adolescentes à procura do Programa Planejamento Familiar.

O número expressivo de adolescentes cadastrando-se no PHPN me causou um incômodo que culminou com o meu interesse pela temática. As lutas ematidas nas décadas de 70, 80 e 90 contribuíram para grandes conquistas no campo dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, inserem-se também às adolescentes.

A Lei do Planejamento Familiar, instituída em 1996, ainda é um desafio para os atores envolvidos em sua implementação, pois o problema que mais dificulta a sua efetivação denomina-se *distribuição dos insumos*¹.

No município de Manaus, esta problemática é uma realidade, pois o planejamento de distribuição do setor competente da Secretaria Municipal de Saúde baseia-se em abastecer os estabelecimentos de saúde com quantitativo baixo, para evitar faltar no futuro próximo.

Esta forma de planejar tem afastado as mulheres das Unidades de Saúde que possuem o Programa Planejamento Familiar, e principalmente a adolescente, pois É neste período da vida, segundo Tiba (2008) e Feijó (2007), que ocorre a onipotência juvenil, em que os jovens imaginam que possuem poderes que os protegem de qualquer forma de perigo que possa acontecer, como gravidez, doenças sexualmente transmissíveis, dependência química, dentre outros.

Todas estas questões despertaram o interesse para realizar este estudo. A pesquisa foi realizada na Unidade Básica do Bairro da Paz, do bairro de mesmo nome, localizado na Zona Centro-Oeste de Manaus. Devido a um reordenamento efetuado pela administração pública municipal na área da saúde, chamado de distritalização, a referida UBS passou a pertencer ao Distrito de Saúde Oeste.

Optei pela pesquisa com abordagem quali-quantitativa porque, segundo Rodrigues (1998), permite adotar critérios de seleção para a definição da amostra na pesquisa e por entender que é a que melhor apresenta subsídios contributivos para alcançar os objetivos propostos neste estudo.

Foram entrevistadas 30 adolescentes, divididas proporcionalmente em três grupos distintos: 10 adolescentes que nunca engravidaram, 10 adolescentes grávidas e 10 adolescentes mães, buscando verificar a percepção de cada grupo e, ao mesmo tempo, realizando um estudo transversal com os três grupos. O critério de inclusão adotado foi a demanda espontânea das adolescentes nos programas do Pré-Natal e Planejamento Familiar. Foi elaborado formulário para cada grupo de adolescentes, com perguntas abertas e fechadas. As entrevistas foram realizadas no período de janeiro a maio de 2009. Durante as entrevistas foi utilizado um aparelho MP4 para armazenamento dos dados colhidos para, posteriormente, realizar a transcrição e as análises das informações obtidas.

O estudo foi construído em três capítulos relacionados entre si, objetivando o entendimento de sua proposta, e estão assim apresentados.

O primeiro capítulo aborda questões referentes a direitos sexuais e saúde reprodutiva dos adolescentes no Brasil(,) e está dividido em três subtítulos. No primeiro, são trabalhadas questões referentes à sexualidade, direcionando prioritariamente para a sexualidade na adolescência, a despeito de ser este um assunto um tanto complexo, em virtude dos mitos, tabus e lendas que o circundam. No segundo, trata-se das políticas públicas de saúde a partir dos anos 30, momento em que o acesso aos serviços na área de saúde era direito de poucos cidadãos, e do surgimento do Sistema Único de Saúde na década de 1990, objetivando a

¹ Insumos são todos os tipos de método de anticoncepção existentes, como: injetáveis mensal e trimestral, hormônio oral combinado (pílula), pílula de emergência (pílula do dia seguinte), dispositivo intra-uterino (DIU) e preservativos (camisinha).

disponibilização dos serviços de saúde de forma universal, integral e equânime. o terceiro subtítulo trata da questão dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, retrata a forma como o Sistema Único de Saúde está preparado para o atendimento das mulheres e adolescentes em idade fértil, explicita as propostas do Estado e as ações que são efetivadas, e finalmente aponta alguns avanços ocorridos no Brasil, a partir de exigências que foram feitas em eventos internacionais direcionados à defesa universal dos direitos das mulheres.

O segundo capítulo busca trabalhar as relações intrafamiliares das adolescentes e a gravidez, apontando para os desafios da família na contemporaneidade que interferem, conseqüentemente, na atual composição desta. O impacto disto é mais fortemente sentido na realidade das famílias pobres, no que se refere à constituição de uma família nuclear, pois os re-arranjos são uma estratégia para o enfrentamento dos desafios encontrados. Neste contexto, as adolescentes estão susceptíveis ao risco da gravidez.

No terceiro, traz-se para debate a gravidez na adolescência na Unidade Básica do Bairro da Paz segundo a voz das adolescentes, apontando os serviços existentes na Zona Oeste e Centro-Oeste de Manaus, mostrando como se dá o atendimento das adolescentes naquela UBS e destacando os programas existentes direcionados aos adolescentes.

Nas considerações finais, buscou-se realizar reflexões acerca da incidência da gravidez na adolescência e seus fatores contributivos, e de como as políticas públicas de saúde direcionadas às adolescentes na atual conjuntura podem contribuir para a redução deste evento, incluindo o apoio às famílias que vivenciam a problemática.

CAPÍTULO I

Direitos sexuais e saúde reprodutiva para os adolescentes no Brasil: o que se tem de real

Para realizarmos uma reflexão no campo dos direitos sociais e da saúde reprodutiva dos adolescentes, faz-se necessário discutir as políticas públicas de saúde no Brasil a partir da segunda metade do século XX, momento em que estas políticas ganharam a magnitude que caracteriza-lhe o sentido democrático, exclusivamente as voltadas à saúde reprodutiva da mulher e do adolescente, apontando seus desafios e avanços.

Antes de iniciarmos o debate acerca das políticas públicas de saúde no Brasil para os adolescentes, é importante, no primeiro momento, abordarmos questões referentes à sexualidade, a despeito de ser este um assunto um tanto complexo, em virtude dos mitos, tabus e lendas que o circundam.

No segundo momento, abordar-se-ão as políticas públicas de saúde desde seu marco originário compreendido a partir dos anos 30, momento em que só tinham direito aos serviços assistenciais de saúde cidadãos regularmente cadastrados no sistema previdenciário, até o surgimento do Sistema Único de Saúde na década de 1990, objetivando o atendimento à saúde de forma universal, integral e equânime.

E, por fim, expõe-se a questão dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil, os serviços oferecidos às mulheres e adolescentes usuárias do Sistema Único de Saúde, as propostas do Estado e as ações que são efetivadas. Onde apontam alguns avanços em nível de Brasil, a partir de exigências nos eventos internacionais em defesa dos direitos das mulheres em nível mundial.

1.1 Sexualidade e adolescência

Abordar o tema sexualidade não é tão simples como muitas vezes é propagado pelos quatro cantos da sociedade. Teóricos afirmam que o tema, após o posicionamento do

cristianismo a respeito, sempre veio acompanhado de uma significativa carga de tabu, censura e proibição.

Conforme Catonné (2001), esta conotação de proibido, pecado e preconceito relativa ao sexo teve início com o *evento do cristianismo em oposição à Antiguidade, que desde os primórdios, esta religião operou um corte que rejeita o erótico para o lado do profano [...]. A sexualidade torna-se o lugar de eleição do pecado, o estigma do delito.* (CATONNÉ, 2001:25).

Percebe-se o grande domínio que a religião tem exercido desde então, pois seus preceitos e preconceitos referentes à sexualidade têm se firmado até o momento vigente. E para enfrentá-los e superá-los é necessário que as pessoas se destituam de moralismo e preconceito para tratar a sexualidade sem o caráter de proibido.

Foucault (2007) conjectura o período do início das proibições referentes ao sexo aproximadamente a partir do século XVII. Até o início daquele século ainda *vigorava uma certa franqueza. As práticas não procuravam o segredo* (p. 09).

Antes de iniciar a discussão acerca da *sexualidade* na adolescência, é importante, a priori, serem apresentadas algumas de suas definições e como ela foi representada e tratada nas civilizações antigas, como(;) a babilônica, a grega e a romana. Não é objetivo deste estudo realizar uma contextualização ampla da sexualidade, com pormenores, mas sim pontuar alguns fatos que julgamos importantes e que contribuam para o objeto deste estudo.

Primeiramente, apresentaremos o conceito que Japiassu & Marcondes (2006) utilizam, no qual eles recorrem às idéias freudianas que afirmam que a sexualidade é o conjunto de fenômenos de atividades relacionados *ao exercício das funções sexuais, o “sexual” tendo(,) em sua característica de proporcionar prazer, um sentido mais amplo que o genital, pois abrange atividades que o “transcendem”.* (p. 252).

O conceito acima está muito próximo das concepções que os babilônios, os gregos e os romanos tinham acerca da sexualidade. Catonné (2001) afirma que estas civilizações consideravam o exercício das funções sexuais como algo sem maldade e em alguns destes povos era considerada sagrada a própria relação sexual.

Outro conceito destacado pelo filósofo francês Catonné (2001), de acordo com o enfoque filosófico e histórico da questão sexual, concebe a sexualidade *como o conjunto das atividades justificadas pelo fato de ser um ser sexuado*. O autor afirma ainda que as limitações da liberdade sexual não estão escritas nem na ciência, nem na tradição, nem na modernidade das atuais aspirações. Para o autor,

a medida da sexualidade é a felicidade. A lógica é meridiana: em matéria de sexo, “bom” é tudo aquilo que possa nos tornar mais autônomos nas escolhas que fazemos, respeitando as escolhas dos outros; e “mau” é tudo aquilo que compromete esta liberdade de escolher”. (CATONNÉ,2001;07).

Então se percebe que, para o autor, para a sexualidade tonar-se algo saudável, é necessário que o respeito seja o principal valor no relacionamento entre as pessoas, onde cada qual respeitará a decisão do outro.

Para Moser (2004), a sexualidade é melhor definida como uma forma de *energia*, ela não pode ser representada apenas pela genitalidade ou por um órgão. Ela está presente na vida do ser humano desde o nascimento à sua morte. Sua energia perpassa toda realidade humana.

De forma semelhante ao conceito atribuído por Moser, no que concerne a que a sexualidade perpassa toda a realidade humana, Feijó (2007) defende que a sexualidade está relacionada a todas as atividades psicosssexuais do ser humano, e de acordo com as orientações recebidas na família é que haverá um direcionamento da concepção sexual: ou vai conceber o sexo como algo normal ou como pecado.

Portanto, é interessante que esteja claro que, ao serem estabelecidas as limitações devidas, o comportamento que uma pessoa apresenta referente à sexualidade dependerá das orientações recebidas ao longo de sua vida.

Então, se o adolescente recebe uma orientação sexual repressora, as consequências poderão dirigir-se não só à adoção de comportamento concebendo o sexo como algo sujo e pecaminoso, como também à procura de ajuda sobre o assunto nos amigos, pois os seus pais, neste caso, são as pessoas menos indicadas para aconselhá-lo (FEIJÓ, 2007) .

Esta afirmativa é constatada na pesquisa realizada para este estudo, quando foi questionado para as adolescentes sobre *Com quem ela fala sobre sexo?* ou *Com quem ela falou sobre a sua primeira experiência sexual?* e foi detectado que as adolescentes entrevistadas não têm diálogo aberto com seus pais sobre sexualidade, de acordo com seus relatos, as pessoas que elas procuram são as amigas, em virtude da grande segurança que elas possuem nestas pois, segundo elas, *é muito difícil realizar um diálogo com suas mães, especificamente falar de sexo. Elas não entendem.*

De outro modo, se a orientação recebida for baseada em verdades e sem tabus, este jovem tanto poderá enfrentar as reações da puberdade com tranquilidade, sem os anseios causados pelo “bombardeio” hormonal, mesmo sendo um processo natural ocorrido nesta etapa da vida, que é a puberdade, como também terá nos seus pais as pessoas ideais para recorrer nas dúvidas que surgirem, possuindo plena segurança de consultá-los.

Por outro lado, de acordo com Foucault (2007), foi a partir do século XVII que falar de sexo passou para a ilegitimidade. Sua prática só era aceita no seio da família, ou melhor, do casal, que passou a ser o legítimo procriador e quem vai ditar a lei (p.09).

Desde então a sexualidade há mais de oito séculos, vem sendo reprimida. Foucault afirma ainda que esta *repressão moderna* coincide com o *desenvolvimento do capitalismo: ela faria parte da ordem burguesa.* (FOUCAULT,2007;12).

Torna-se claro entender as dificuldades existentes para se falar de sexo atualmente. Apesar dos movimentos pela liberalidade que vêm ocorrendo desde a segunda metade do século XX, ainda é muito complexo falar de sexualidade entre as pessoas e quebrar um paradigma construído pela Igreja por séculos é um processo demorado.

Estas aberturas ocorridas a partir da segunda metade do século passado foram vivenciadas somente nas atitudes das pessoas, de acordo com Cotonné (2001),

O jovem casal contemporâneo começa vivendo relações sexuais, depois coabita, às vezes pensa, eventualmente, em se casar. Na França atual, um casal em cada três vive em união livre, e uma criança em quatro nasce fora do casamento. Mais exatamente, em 1988, o número destes nascimentos era mais de 200.000, ou seja, 26,3% de todos os nascimentos, enquanto este número era de apenas 11,4% em 1980. (p.76).

O casamento perdeu o significado que adquiriu na tradição medieval de exclusiva procriação, nos dias atuais a manutenção da relação sexual independe do estado civil e orientação sexual de cada indivíduo.

Se por um lado esta abertura referente ao sexo influenciou no comportamento humano, por outro lado não alterou a questão de orientações referentes à sexualidade. E o adolescente é quem mais sofre com as consequências deste posicionamento, o qual contribui negativamente para o processo da transição criança-adolescência, conhecida como puberdade.

Estudiosos destacam que são distintas as mudanças ocorridas na puberdade e na adolescência. Na primeira as mudanças são físicas e na segunda são psicológicas, porém ocorrem exatamente no mesmo período da vida do ser humano.

Feijó (2007) afirma que a puberdade é *o resultado de um processo físico de mudanças no desenvolvimento das características sexuais secundárias*. E este processo ocorre de forma diferente entre meninos e meninas, apresentando sinais físicos perceptíveis em ambos. Nos meninos ocorrem o crescimento dos pêlos faciais e a mudança no tom de voz, enquanto nas meninas há a ocorrência da menarca (primeira menstruação), o desenvolvimento dos seios e o alargamento dos quadris.

Acredita-se que estas mudanças estão diretamente relacionadas à produção de hormônios ocorrida com bastante intensidade no período da adolescência. O citado autor acredita ser este período é de natureza conflitivo. Para cada tomada de decisão, o jovem viverá novos conflitos. Os adolescentes se assustam com as novidades que vivenciam a cada instante como o seu novo corpo, com a emoção e com a nova vida.

Ainda para o autor, a saída do mundo infantil tem como consequência o encerramento da imagem construída em relação aos pais, tidos como heróis. iniciam-se a partir deste momento os conflitos com os seus pais, os quais, por outro lado, não conseguem administrar as manifestações da sexualidade de seus filhos.

Outro aspecto característico dos conflitos estabelecidos na adolescência, referente a sua sexualidade, é a diferença entre as orientações dadas aos meninos e às meninas. Aos meninos é atribuída total liberdade para vivenciar sua sexualidade, mesmo que seja sem as devidas orientações. (FEIJÓ, 2007:22).

Enquanto as meninas, se adotarem o mesmo comportamento dos meninos, receberão adjetivações pejorativas, e isto não é considerado como algo positivo em nossa sociedade, que ainda é predominantemente machista.

Portanto, se não houver por parte dos pais um posicionamento flexível para com seus filhos adolescentes, com orientações claras e objetivas das mudanças ocorridas em seu corpo durante esta fase de sua vida, principalmente as relacionadas à sua sexualidade, estes jovens poderão enfrentar sérios conflitos que afetarão sua vida adulta.

Se os adolescentes receberem de seus pais as orientações referentes à sexualidade e o estado contribuir com suas políticas públicas eficazes, tanto na área da saúde quanto na educacional, é provável que os conflitos vividos por eles sejam minimizados e isso contribua para uma vida adulta saudável e com qualidade, e evite-se, dessa forma, a ocorrência de uma gravidez não desejada ou a contaminação com uma DST/AIDS.

1.2 Saúde pública no Brasil: da exclusividade à universalidade

Os serviços de saúde no Brasil existentes até a década de 90, quando ocorreu a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), eram de exclusividade da classe trabalhadora, mas somente aquelas pessoas que estivessem contribuindo para o sistema previdenciário vigente, que eram identificadas pelo registrado em sua Carteira de Trabalho e Previdência Social (CTPS), tinham direito a assistência em saúde.

Os demais, excluídos do meio de produção, eram obrigados a utilizar os serviços de saúde oferecidos pelas instituições de caridade, como as Santas Casas de Misericórdia e outras afins. Contribuindo para a intensificação dos problemas sociais da época, que se expressavam as complicações da questão social.

Para o modo de produção social capitalista, as expressões da questão social devem ser tratadas como “problemas sociais” dos indivíduos e não fruto de um processo de apropriação da força de trabalho daqueles que vendem seu único patrimônio – a força de trabalho - que faz, de fato, crescer o poder econômico para pequenas parcelas inexpressivas da sociedade (IAMAMOTO, 2008).

Sendo assim, as políticas sociais criadas pelo Estado, **servem** para a produção da riqueza e reprodução social do trabalhador, o que denota claramente que o campo social sempre foi renegado como área secundária para o capital. Conseqüência disto tudo é a forma de como as políticas sociais são tratadas no país. **Compensatórias**, fragmentadas e segmentadas porque, historicamente, as políticas econômicas não são direcionadas para garantirem minimamente níveis de proteção social do trabalhador. Conforme Silva (2007), as políticas sociais não podem ter caráter antieconômico, mas as econômicas são anti-sociais.

Foi exatamente no período do governo popular de Getúlio Vargas (1930-1945) que ocorreram as primeiras medidas com propósito de beneficiar a classe trabalhadora, como a instituição da Carteira de Trabalho, criação do imposto sindical, implantação do salário mínimo e a implantação da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT.

Neste período ainda, o sistema previdenciário sofreu profundas reformulações, as Caixas de Assistência e Pensões (CAPs) passaram para Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), e nos anos 60 passaram para Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, com a promulgação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS) que pressupõe,

[..] a uniformização dos benefícios prestados pelos institutos (aposentadorias e pensões), quando também passa a ser assumida como parte inerente da Previdência Social a responsabilidade pela assistência médica individual aos seus beneficiários. (COHN, 2003: p. 20).

Cohn (2003) afirma que é a partir da promulgação desta Lei, que os trabalhadores que contribuem para a Previdência Social passaram a ter direito à assistência médica individual, pois o Instituto perdia o seu caráter exclusivo de aposentadorias e pensões, e sua prioridade passou a ser os serviços médicos, enquanto os desempregados e seus familiares ficavam totalmente excluídos dos benefícios do sistema de assistência médica, que recorriam aos

estabelecimentos que possuíam o caráter caritativo e beneficente, como exemplo as Santas Casas de Misericórdias existentes no país.

Porém, estas políticas de assistência à saúde oferecida à população excluída do mercado de trabalho, que dependia totalmente da benevolência e boa vontade dos caridosos, passou a incomodar alguns segmentos da sociedade civil. Então, em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde apresenta no 1º *Simpósio de Política Nacional de Saúde* documento que representou um delineamento que posteriormente configuraria nas propostas da Reforma Sanitária. O referido documento denominou-se *A questão democrática na área da saúde* (PAIM, 2006).

Neste momento os primeiros sinais para a melhoria da assistência à saúde no país começavam a emergir, e os movimentos sociais em prol de mudanças começam a se estruturar pois, até então, a assistência à saúde era algo restrito aos poucos.

Estas iniciativas e a insatisfação gerada pela forma como se dava a assistência à saúde da população contribuíram para a Reforma Sanitária, que objetivava a descentralização do Sistema de Saúde em oposição ao modelo de privilegiamento do produtor privado (BRAVO, 2004). Esta Reforma foi originária do grande Movimento Sanitário ocorrido nos primeiros anos do Pós 1964. Período em que a liberdade de expressão, direito a reivindicação, e o direito de ir e vir, foram tolhidos da população brasileira. Época de cassação, tortura e perseguição. A repressão tornou-se rotina e pesadelo na vida das pessoas que, direta ou indiretamente estavam envolvidas em movimentos considerados de esquerda, naquele momento.

O Movimento Sanitário orientava-se pela idéia de que todos tinham direito à saúde e que o governo, juntamente com a sociedade, tem o dever de fazer o que for preciso para alcançar este objetivo. Com isto, grupo de profissionais e estudantes se organizaram para discutir como se daria a reformulação no sistema de saúde vigente.

A Universidade foi o principal local utilizado para contestar o autoritarismo do governo daquela época. E nas faculdades de medicina, sob recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS, foram criados os Departamentos de Medicina Preventiva, nos quais passaram a produzir não apenas um novo saber, mas também criar alternativas à

prática dominante nos serviços de saúde, através de projetos de “*Medicina Comunitária*”. Na mesma linha, projetos experimentais em regiões mais pobres, por meio de convênios das Secretarias de Saúde com organismos internacionais. (BRAVO, 2004).

Este momento foi ímpar na história da saúde do país, pelo fato de ter sido iniciado pela classe médica que estava preocupada e insatisfeita com a qualidade da assistência médica que estava sendo oferecida à população.

A autora citada relata que apesar do tímido apoio dos usuários do sistema de saúde, considerados como os deserdados do modelo econômico vigente, suas preocupações estavam centradas na busca de suas sobrevivências, apresentando um baixo nível de organização e participação política. Mesmo assim, o Movimento da Reforma Sanitária continuou seu projeto político-ideológico, tendo como apoio outros setores da sociedade como enfermeiros, trabalhadores de sindicatos, religiosos e funcionários dos postos e secretarias de saúde, com o objetivo de criar um novo sistema público para solucionar os inúmeros problemas encontrados no atendimento à saúde da população.

Este problema referente ao baixo nível de organização e participação política dos usuários está relacionado ao nível cultural da população, pois os baixos investimentos na educação do país contribuem para que a população não desenvolva uma consciência crítica pois, a população com educação precária, torna-se impossibilitada de adquirir um entendimento da realidade a qual está inserida, e perceber que são cidadãos de direitos e estes não estão sendo garantidos.

Para Bravo (2004) quando a Previdência Social foi completamente à falência no início dos anos 80, os coordenadores do Movimento Sanitário foram chamados a superar tal crise, e foi considerado o único grupo capaz de oferecer uma alternativa concreta para reformulação do sistema de saúde. Outro fator que contribuiu para o fortalecimento do movimento sanitário foi o enfraquecimento do modelo econômico dos governos militares refletido na política. A partir de 1985, a sociedade passou a se organizar e a se mobilizar pela redemocratização. A população mais esclarecida vai às ruas lutar por igualdade, liberdade e dignidade em todos os sentidos: social, político, econômico.

A autora aduz ainda que o governo da Nova República (1985) trouxe mudanças para a sociedade, principalmente no campo da saúde, assistência, previdência, habitação e saneamento básico, educação, segurança pública e justiça, alimentação e nutrição, em vista das exigências da população quando se intensificaram suas insatisfações, passando a ir às ruas querendo mudanças, consolidando desta forma a democracia no país.

Na 8ª Conferência de Saúde foi apresentado um programa detalhado para a Reforma Sanitária, no qual uma das propostas era a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS em 1987, que aprofundou a política das Ações Integradas de Saúde, revitalizado-a e ultrapassando seus limites. Essa medida apoia-se na organização descentralizada do Sistema de Saúde, com base no setor público executor de política de saúde – uma espécie de convênio do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS juntamente com as Secretarias Estaduais de Saúde, passando a estas o comando do sistema no âmbito estadual. (BRAVO, 2004)

No entanto este Sistema se demonstrou incipiente frente às propostas do Movimento da Reforma Sanitária. Mas, no ano seguinte, com a promulgação da nova Constituição Federal, se deu início ao que viria a ser o Sistema Único de Saúde – SUS. A partir daí foi se desenhando um Sistema com caráter democrático.

A Constituição Federal de 1988 favoreceu significativos avanços na área da proteção social, nela

(...) estão presentes a *universalidade* do direito aos benefícios previdenciários a todos os cidadãos, contribuintes ou não do sistema, a *equidade* ao acesso e na forma de participação no custeio, a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços, a irredutibilidade do valor dos benefícios, a diversidade da sua base de financiamento, e a gestão administrativa descentralizada, com participação da comunidade. (COHN, 2003; p. 31).

A referida Carta Magna apresenta uma face visivelmente descentralizadora. Esta mesma face se mostra na legislação que cria e regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) de 1990, constituindo-se a descentralização como estratégia central para a viabilização dos princípios do Sistema, tais como a equidade, a integralidade, o controle social e a universalidade na prestação de serviço.

Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde, que detalha o funcionamento do Sistema Único de Saúde – SUS. Portanto, o SUS resultou de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos por um grande número de pessoas e os mais diversos movimentos de representatividade social. (COHN, 2003).

Segundo as diretrizes básicas, o SUS é um sistema público organizado e orientado no sentido do interesse coletivo, a ele tendo direito todas as pessoas independente de raça, crença, cor, situação de emprego, classe social, local de moradia, , não é preciso ser contribuinte da previdência para ter acesso aos serviços de saúde, basta ser cidadão.

Os princípios do SUS *equidade e integralidade*, são os mais controversos e os que mais penalizam a população usuária dos sistemas públicos de saúde pois, para a efetivação destes, estão atreladas questões fundamentais que os gestores não conseguem enfrentá-las, e tampouco saná-las. Com relação à integralidade, a própria fragmentação de especialidade e a prática individualizada dos profissionais de saúde não permitem que o usuário tenha um atendimento integral. Ele é percebido apenas como um conjunto de órgãos que precisa ser ‘tratado’. Quanto a equidade Médici (1999) afirma que ela,

[...] foi muito mais um artifício de retórica do que objetivo de política. Antes de atender as populações carentes, o processo de implementação do SUS esteve mais preocupado com questões como a isonomia salarial para os profissionais de saúde, manutenção e garantia do financiamento de procedimentos de alto custo [...] A equidade foi mais como meio para obter melhores condições de trabalho e remuneração pelos profissionais de saúde, do que como estratégia para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde para a população (p.107).

Isto foi absorvido pelos profissionais de saúde de maneira contundente, pois é raro haver qualquer tipo de mobilização, como o movimento pela reforma sanitária, ocorrido nas décadas de 80, exigindo verbas existentes para viabilizar ações de programas de saúde que venham melhorar a qualidade dos serviços oferecidos à população carente.

Até mesmo o princípio da universalidade, tão exigido durante o processo da Reforma Sanitária, é observado como uma política segmentada e regressiva de assistência médica, onde quem tem um poder aquisitivo destacado, tem acesso aos serviços de alto custo oferecido pelo SUS, enquanto o usuário carente é submetido a enfrentar um tempo ou ritual

de espera fora de propósito, e muitas vezes não consegue. Caracterizando desta forma em universalismo, perdendo o seu sentido proposto, inicialmente, de universalidade. (MÉDICI, 1999).

Segundo o Ministério da Saúde (2002), no mesmo ano em que é promulgada a Lei que regulamenta o SUS, o setor saúde sofre vários problemas de ordem financeira em consequência dos desvios e desfalques realizados nos cofres públicos, levando ao sucateamento deste setor. A única saída defendida pelo governo foi, a partir de 1993, o lançamento de estratégia de arrecadação, com a proposta inicial de utilização dos recursos na área da saúde, visando à melhoria da qualidade da assistência médica. Em 13 de julho de 1993 foi criado o Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira (IPMF) que vigorou de 1º de janeiro de 1994 até 31 de dezembro de 1994. O referido imposto tinha uma alíquota de 0,25%, que incidia sobre os débitos lançados sobre as contas mantidas pelas instituições financeiras. Este imposto foi instituído com a proposta de uso exclusivo para a saúde. Em 1997 o governo aprova a criação de uma nova taxa que vem substituir o IPMF, a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), que vigorou até janeiro de 1999 com a alíquota de 0,38%, posteriormente abaixada para 0,30% em 17 de junho de 2000 e novamente para 0,38% em 19 de março de 2001.

Diferente do IPMF, a CPMF era uma contribuição destinada especificamente ao custeio da saúde pública, da previdência social e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza. No começo, o artigo 18 da Lei nº. 9.311 de outubro de 1996 estipulava que a totalidade da arrecadação seria destinada exclusivamente ao Fundo Nacional de Saúde. A partir de 1999, com a Emenda constitucional 21, a CPMF passou a destinar parte de seus recursos à previdência social e à erradicação da pobreza. No seu fim a previdência social e a erradicação da pobreza recebiam aproximadamente 26% e 21% da arrecadação, respectivamente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em setembro de 2000, é aprovada a Emenda Constitucional nº. 29 que “determina a elevação gradativa dos gastos dos governos federal, estaduais e municipais com a Saúde a partir daquele ano, até chegar a patamares mínimos que valerão a partir de 2004” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). No dia 05 de novembro de 2002, foi assinada a Portaria 2.047 que estabelece novas diretrizes operacionais para aplicação dessa emenda. Nesta

Portaria foi realizada uma previsão dos gastos com a saúde pelos estados e municípios, que até 2004 alcançarão os índices mínimos 12% e 15% respectivamente. Acreditando-se, com isto, afastar definitivamente a possibilidade de sucateamento da Saúde Pública.

Mas o governo federal continua criando estratégias para a permanência da CPMF. Na sessão do dia 13 de dezembro de 2007, em que o Senado rejeitou a proposta de prorrogação da CPMF até 2011, foi travada uma batalha política intensa entre o governo e a oposição, e também houve uma adesão significativa por parte da sociedade civil em relação à decisão do Senado, que derrubou a proposta de prorrogação da CPMF. Dentre as ofertas de modificação da CPMF que o governo apresentou, constavam a redução da alíquota – 0,25 % -, a redução do período - para 2010 -, e seu destino que seria integral à saúde pública. Mesmo assim o Senado resistiu e rejeitou todas as ofertas do governo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Entretanto, o que se tem observado é que as diretrizes da EC-29 não foram efetivadas como estabelecidos em seus princípios. E este descumprimento parte, principalmente, do governo federal, que insiste em instituir os impostos/contribuições em cima das transações financeiras objetivando especificamente a arrecadação de montantes vultosos para o gasto com a saúde pública, que até os últimos momentos de existência da CPMF não cumpriu o que fora determinado, deixando o setor saúde em situação desprivilegiada, comprometendo a qualidade da assistência destinada aos usuários, principalmente nas ações de saúde como: idoso, criança, saúde da mulher, DST, entre outros.

A forma que mais expressa a não efetivação dos princípios básicos do SUS está nas ações de saúde que são oferecidas de forma segmentadas e, nos casos da alta complexidade, suas ações são quase ausentes, aproximando-se de exclusão. Os problemas sanitários que atingem a população cotidianamente, permanecem sendo combatidos apenas com a prevenção. Para reafirmar esta prática, é interessante destacar os conceitos que os autores Lefevre & Lefevre (2004) fazem acerca de prevenção de saúde e promoção de saúde, fazendo uma diferenciação entre os dois termos. Para os autores a prevenção da saúde

(...) deve ser reservado para toda medida que, tomada antes do surgimento ou agravamento de uma dada condição mórbida ou de um conjunto dessas condições, vise afastar a doença do doente ou vice-versa, para que tal condição não se manifeste, ou manifeste-se de forma menos grave ou mais branda nos indivíduos ou nas coletividades (p.37).

Quanto ao conceito Promoção de saúde eles afirmam que,

(...) a Promoção caracterizaria uma intervenção ou conjunto de intervenções que, diferentemente da Prevenção, teria como horizonte ou meta ideal a eliminação permanente, ou pelo menos duradoura, da doença porque buscaria atingir suas causas mais básicas, e não apenas evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos e nas coletividades de indivíduos (p.37).

Ao realizar uma análise nos dois conceitos acima, verifica-se que as ações de saúde efetivadas no Brasil são enfocadas exclusivamente na prevenção. Sendo quase nulas as ações de promoção da saúde, principalmente levando em consideração as endemias, que há anos fazem parte do cotidiano da população, como a dengue e febre amarela.

Os mesmos autores acima fazem uma relação de todo processo envolto da relação saúde/doença, onde os mesmos percebem neste processo uma relação dialética, onde a doença é a negação da saúde, e a promoção da saúde viria a ser a negação da negação da doença.

Portanto, se a promoção é a negação da negação da doença, o caminho a ser seguido para alcançar esta tão sonhada promoção, é exatamente assegurar a efetivação das políticas públicas de saúde e, concomitantemente, a parceria sociedade-estado.

Tendo a promoção da saúde efetivada, resta realizar trabalhos a cerca da saúde reprodutiva das mulheres e adolescentes, sendo estes últimos objeto deste estudo. No próximo ponto serão abordadas questões referentes aos direitos reprodutivos e saúde reprodutiva no Brasil.

1.3 Direitos reprodutivos e Saúde reprodutiva no Brasil

As problemáticas recorrentes ao crescimento populacional, vivenciada pelo país a partir da Segunda Grande Guerra, estiveram relacionadas à classe dominada. Era nesta camada que se dava um intenso descontrole de natalidade, que contribuía para o aumento da questão social que cada vez mais se intensificava.

Fator muito importante e que influenciou veementemente para os programas de controle de natalidade, foram às idéias de Malthus (1766 – 1834), sobre o *Princípio da população* o qual defendia ser necessário limitar os nascimentos pois, do contrário, as conseqüências da falta deste controle implicariam na qualidade de vida, aumento da pobreza e problemas ambientais. Porém a grande diferença das teorias de Malthus para o que foi efetivado pelos idealizadores de seus debates, era que este controle se daria através da abstinência sexual e com o retardamento do casamento (VIEIRA, 2003). Enquanto para seus seguidores, que apenas idealizaram o seu pensamento, conhecidamente como os neomalthusianos, defenderam até a década de 60 a esterilização das mulheres pobres, o uso de preservativos, a capa cervical e o diafragma.

A melhor maneira de combater este descontrole era criar estratégias eficazes que foram utilizadas nas mulheres da classe pobre, como a esterilização. Este método foi utilizado de maneira autoritária e irresponsável, pois era comum realizar tal procedimento sem o conhecimento e autorização prévia das mulheres.

Para Vieira (2003) a esterilização foi muito censurada pelo movimento das mulheres. Ela teve forte conotação de um verdadeiro processo de castração, tanto no sentido restrito da palavra, como também de cerceamento de direitos reprodutivos das mulheres.

A autora destaca ainda que no início da década de 70, já há indícios de propostas de atenção à saúde da mulher, pois o Ministério da Saúde, sob orientação do Plano Nacional de Desenvolvimento, elabora um conjunto de Programas de Saúde, entre eles o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), que começa a ser implantado em 1975. O PSMI surge no bojo da concepção sanitarista, onde o cuidado a sadios deve constituir prioridade assistencial, através dos cuidados primários de saúde. No entanto, as ações propostas estão no âmbito do acompanhamento ao pré-natal, controle dos partos domiciliares e o controle do puerpério, visando a população feminina na faixa etária entre 15 a 49 anos. O objetivo final do programa era a proteção à saúde e bem-estar do bebê, produto da gestação. Este programa, no que se refere às ações de planejamento familiar, ainda tinha uma conotação muito forte de controle de natalidade. Este controle era realizado especificamente ainda com a esterilização da mulher e perdurou até meado dos anos 80.

Para Scavone, (2004) alguns aspectos contribuíram para este embate do alto índice de esterilização nas mulheres, como a proposta governamental, seguindo orientações da política de desenvolvimento impostas pelos Estados Unidos, que defendiam a idéia de que controlar o crescimento populacional influenciaria diretamente no desenvolvimento do país. Um país para desenvolver-se, ele tem que evitar o crescimento desordenado de sua população.

Outro aspecto levantado pela autora citada, é referente às dificuldades enfrentadas pelos movimentos sociais que estavam em constante luta pela melhora ao atendimento à saúde da mulher. Pois, desde o seu início, foram marcantes e desafiadoras, como o contexto político do regime militar, um momento de muita repressão e coerção. A aliança com a Igreja e com os partidos de esquerda fez com que, de forma estratégica, as questões referentes à sexualidade não fizessem parte da agenda de reivindicações. Foi somente a partir do final da década de 70 que o tema foi incluído para discussão. Isto culminou com a promulgação da Anistia Política em 1979, pois houve certa ‘descompressão’ política por parte do regime autoritário.

Portanto, há mais de trinta anos as mulheres vêm se organizando e travando lutas reivindicatórias por direitos no atendimento com qualidade e inserção de dispositivos nas políticas de saúde oferecidas pelo Estado, que contemple exigências como: liberdade sobre o seu corpo, a escolha do método contraceptivo, entre outros. Para isto os movimentos das mulheres continuam ganhando força e espaço, social e político, para garantir os tão idealizados direitos reprodutivos.

Foi exatamente em 1983, com a elaboração do Programa de Assistência Integral da Saúde da Mulher – PAISM, que o Brasil sinalizou o debate das propostas de ações que direcionavam aos direitos reprodutivos. Este programa tinha como proposta fundamental a defesa dos direitos da mulher de ter a liberdade de escolher quando, como e o número de filhos querem ter. O programa surgiu em consequência do Ministério da Saúde se ver pressionado pelas reivindicações do movimento das mulheres e da sociedade civil, aproveitou as propostas apresentadas destes movimentos e reelaborou, sob a coordenação de representantes do movimento feminista, a política na área materno-infantil. O PAISM, mais que um programa, é um conjunto de diretrizes norteadoras para reorganização da assistência à saúde integral da mulher. (SCAVONE, 2004).

A reforma sanitária contribuiu significativamente para a construção da agenda da saúde da mulher referente aos direitos reprodutivos, pois em 1988, foi promulgada a Constituição Federal e, conseqüentemente, a instituição do Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8.080/90), que garante a saúde como um direito e dever do Estado. Esta assistência dar-se-á de forma a respeitar os seus princípios básicos de: universalidade, integralidade e eqüidade.

As pressões que estes movimentos impuseram aos gestores, contribuíram sistematicamente para a implantação e implementação das ações formuladas pelo PAISM, que paulatinamente foi ganhando espaço e aprimorando suas propostas de atendimento.

Segundo o Ministério da Saúde (2002), somente a partir de 1986 que o PAISM passou a ser efetivado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), de maneira muito restrita em número de serviços, devido a pressão do movimento das mulheres exigindo a sua instituição.

A partir da década de 90, os direitos reprodutivos passaram a fazer parte da agenda da saúde da mulher, em conseqüência das diversas Conferências ocorridas mundialmente. Quando a mulher passou a ter a liberdade de escolher entre a concepção e a contracepção, e as formas como estas se dariam, e a responsabilidade de engravidar, ou não, passaria também a ser do homem.

Outra mudança ocorrida foi a criação do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, mediante a fusão do IAPAS com o INPS, por meio do Decreto nº 99.350 de 27 de junho de 1990. (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 1990).

Com a sua instituição, o INSS passou a administrar exclusivamente os benefícios sociais como: aposentadoria, auxílios doenças, e outros mais. A saúde passou a ser de responsabilidade dos governos estaduais e municipais, como foi definido nas diretrizes do SUS.

Foi a partir da metade dos anos 90, respectivamente 1994 no Caribe e em 1995 em Beijin, nas Conferências em nível Mundial, onde foi discutido o desenvolvimento da população e sobre a mulher, que os direitos reprodutivos ganharam notoriedade

mundialmente, e foram defendidos como fator primordial nas ações voltadas à saúde integral da mulher (CORRÊA & ÁVILA, 2003). Segundo documentos elaborados nestas Conferências direitos reprodutivos baseiam-se,

[...] no reconhecimento do direito básico de todos os casais e indivíduos decidirem livre e responsabilmente sobre o número, espaçamento e quando devem ter os filhos de como terem acesso a informação sobre a forma de como fazê-lo, bem como o direito de se beneficiarem de saúde sexual e reprodutiva do mais alto nível. Também incluem o direito de todos tomarem decisões sobre a reprodução sem discriminação, coerção nem violência. (CIPD, 1994 apud CORRÊA & ÁVILA, 2003)

A mulher passou a ser percebida como um ser de direitos. E a responsabilidade de evitar ou não uma gravidez não era apenas sua, mas sim do homem também, que passou a adquirir sua parcela de responsabilidade neste novo contexto.

As discussões sobre direitos reprodutivos travados ao longo das últimas décadas demonstram que o movimento pela saúde da mulher tem avançado timidamente em nível de Brasil, devido a aplicação destes direitos não estarem associados a direito à saúde (CORRÊA & ÁVILA, 2003) e, conseqüentemente, implicado na efetivação daquilo que vem sendo reivindicado ao longo destes mais de vinte anos, no que se refere a direitos reprodutivos das questões voltadas à assistência integral a saúde da mulher.

A mulher passou a ter certa liberdade em defender o seu próprio corpo, fator tão reivindicado nas décadas anteriores, com o inesquecível *slogan* das feministas americanas: *Nosso corpo nos pertence*. Segundo Scavone (2004), os direitos reprodutivos foram discutidos de forma distinta em três momentos na realidade brasileira, que a autora divide por décadas: a primeira década – final dos anos 70 e começo dos anos 80 – é quando inicia-se a discussão, bastante tímida, sobre o direito ao aborto, à contracepção segura, e a efervescência das lutas por direitos políticos; a segunda década – de 80 a 90 – denominado de *segunda década dos direitos reprodutivos* (ÁVILA, 1993 Apud SCAVONE, 2004), compreende-se o momento em que o movimento das mulheres passou a utilizar a noção de direitos reprodutivos, onde foram utilizados os canais democráticos que se instalavam no país, naquele momento, a Assembléia Constituinte.

Com estes novos debates discutidos em nível mundial, outro aspecto importante é que o planejamento familiar ganhou uma conotação diferente. Deixou o seu caráter de controle de natalidade adquirido após a Segunda Guerra Mundial, momento em que despertou no mundo uma preocupação com crescimento populacional e com a qualidade de vida. Muitos países de periferia ou em desenvolvimento, passaram a adotar as políticas públicas desenvolvidas pelos Estados Unidos (VIEIRA, 2003).

Até o ano de 1996, o planejamento familiar era apenas uma ação muito tímida do PAISM, muito restrita as questões de contracepção. A partir deste ano, foi instituída a lei do Planejamento Familiar no Brasil, que traz em seu bojo propostas de ações que ultrapassavam a contracepção efetivada vigente até aquele contexto pelos gestores da Saúde.

É importante salientar que na Constituição Brasileira de 1988, já se iniciava discurso democrático referente ao planejamento familiar, pois em seu Artigo 226 predispõe o planejamento familiar,

[...] como direito de cidadania, e dispõe sobre o acesso aos recursos educacionais e científicos para seu exercício como dever do Estado, e prevê a oferta de um amplo leque de contraceptivos, a serem escolhidos com a orientação adequada e de acordo com a necessidade da pessoa interessada (C. F. DE 1988).

Em 1997, a Lei do PLAFAM passou a garantir a esterilização voluntária masculina (vasectomia) e feminina (ligação tubária) nos serviços de saúde pública, porém sua prática só poderá ser efetivada mediante alguns critérios, como: a partir dos 25 anos, ter pelo menos dois filhos, o (a) usuário (a) estar informado dos riscos e benefícios deste procedimento e ser realizada independentemente do parto.

Freitas (2008) avalia que a maior dificuldade da não implantação de maneira eficiente da política do planejamento familiar, é um sistema falho de distribuição dos métodos contraceptivos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Mesmo após duas décadas da Constituição e uma década depois da promulgação da lei, a questão do “*planejamento reprodutivo*” ainda é um problema.

A autora prefere utilizar esta expressão, por acreditar que o termo “planejamento familiar” tenha uma conotação de exclusão, pois considera que o controle de fecundidade não se resume apenas nas relações familiares, pelo contrário, a grande abertura sexual favoreceu principalmente para o aumento de gravidez indesejada entre pessoas que não têm uma relação estável. (grifos da autora).

Outro fator relevante levantado pela autora é com relação à ineficácia do Estado na distribuição dos métodos contraceptivos pois, para ela, isto tem contribuído ao retorno da perspectiva controlista praticada intensamente nas décadas de 60, 70 e 80, período anterior da formulação das políticas e leis de caráter mais democrático. Freitas (2008) afirma ainda que esta postura do Estado reascende uma corrente política conservadora, que defende a pseudo idéia de que o Brasil ainda precisa controlar o crescimento populacional, e ao controlar o nascimento de crianças muito pobres, o país estará diminuindo a pobreza e a criminalidade. O público especialmente visado nesta perspectiva é a faixa etária da adolescência e juventude.

È importante salientar que o mais agravante desta postura da falta de um planejamento organizado na distribuição dos insumos, refere-se ao descaso com os preceitos da Lei do Planejamento Familiar, em que assegura a todas as mulheres o direito de escolher o método que deseja utilizar, e isto também contribui para o abandono das mulheres no referido programa e, concomitantemente, a prevalência de gravidez indesejada. Em Manaus a falta de planejamento de insumos é também vivenciada pelos profissionais que estão à frente do referido programa nos estabelecimentos de saúde, tendo contribuído tanto para o abandono dos usuários do referido Programa, como para a ocorrência da gravidez indesejada.

Isto faz com que, ao realizar uma análise nas elaborações de leis, regulamentos, regras, ou qualquer instrumento que objetive a regularização, seja de uma política social, seja de um programa social, verifica-se que o Brasil não tem dificuldade nenhuma em elaborá-los. A maior dificuldade que a população destinatária das políticas sociais enfrenta é a efetivação ineficiente das mesmas.

O caso mais recente foi em 2004, quando o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que traz em seu bojo propostas eficazes para o enfrentamento das problemáticas referentes tanto aos direitos sexuais e direitos

reprodutivos das mulheres, homossexuais e adolescentes, como também a questão da saúde de forma abrangente. Porém, na prática pouco se percebe a efetividade de suas propostas. As diretrizes que pautam a referida Política são:

01) A elaboração, a execução e a avaliação das políticas de saúde da mulher deverão nortear-se pela perspectiva de gênero, de raça e de etnia, e pela ampliação do enfoque, rompendo-se as fronteiras da saúde sexual e da saúde reprodutiva, para alcançar todos os aspectos da saúde da mulher.

02) As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais, com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação.

04) A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde (da básica à alta complexidade).

05) O SUS deverá garantir o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução da Política de Atenção à Saúde da Mulher.

06) A atenção integral à saúde da mulher compreende o atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas.

07) A atenção integral à saúde da mulher implica, para os prestadores de serviço, no estabelecimento de relações com pessoas singulares, seja por razões econômicas, culturais, religiosas, raciais, de diferentes orientações sexuais, etc. O atendimento deverá nortear-se pelo respeito a todas as diferenças, sem discriminação de qualquer espécie e sem imposição de valores e crenças pessoais. Esse enfoque deverá ser incorporado aos processos de sensibilização e capacitação para humanização das práticas em saúde.

08) As práticas em saúde deverão nortear-se pelo princípio da humanização, aqui compreendido como atitudes e comportamentos do profissional de saúde que contribuam para reforçar o caráter da atenção à saúde como direito, que melhorem o grau de informação das mulheres em relação ao seu corpo e suas condições de saúde, ampliando sua capacidade de fazer escolhas adequadas ao seu contexto e momento de vida; que promovam o acolhimento das demandas conhecidas ou não pelas equipes de saúde; que busquem o uso de tecnologia apropriada a cada caso e que demonstrem o interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento associado ao processo de adoecimento e morte da clientela e seus familiares.

09) No processo de elaboração, execução e avaliação das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher deverá ser estimulada e apoiada a participação da sociedade civil organizada, em particular do movimento de mulheres, pelo reconhecimento de sua contribuição técnica e política no campo dos direitos e da saúde da mulher.

10) Compreende-se que a participação da sociedade civil na implementação das ações de saúde da mulher, no âmbito federal, estadual e municipal requer – cabendo, portanto, às instâncias gestoras – melhorar e qualificar os mecanismos de repasse de informações sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS.

11) No âmbito do setor Saúde, a execução de ações será pactuada entre todos os níveis hierárquicos, visando a uma atuação mais abrangente e horizontal, além de permitir o ajuste às diferentes realidades regionais.

12) As ações voltadas à melhoria das condições de vida e saúde das mulheres deverão ser executadas de forma articulada com setores governamentais e não-governamentais; condição básica para a configuração de redes integradas de

atenção à saúde e para a obtenção dos resultados esperados.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Percebe-se que são propostas democráticas que visam contemplar a garantia de direitos sexuais e reprodutivos sem o caráter racista ou discriminatório, pois procura atender as mulheres em todos os seus ciclos da vida. A referida Política entende que a assistência integral à saúde da mulher deverá se estender além do âmbito do SUS, envolvendo outros setores governamentais.

Portanto, ao estabelecer uma análise das diretrizes 06 e 07 que estão muito interligadas, deixa transparecer que somente com esta Política é que se percebeu a capacidade que a mulher tem para fazer suas escolhas, que a realidade em que ela está inserida é singular e seu contexto de vida pertence a uma totalidade. Porém, cotidianamente na prática profissional, percebe-se que não é levado em consideração a regionalização existente no país, quanto mais a singularidade da mulher e sua capacidade de escolha.

Destaca-se também a preconização da singularidade da mulher pela Política, pois ainda é muito incipiente a organização do movimento de mulheres em algumas capitais do país, principalmente no que se refere a sua participação para elaboração de políticas públicas. A eficácia das ações destas políticas depende profundamente do grau de informação, escolaridade e renda da população e, portanto, supera o limite técnico, entrando no campo da política econômica e do combate às desigualdades sociais e regionais.

Outro grande desafio a ser superado pelas mulheres é a legalidade do aborto, no sentido de ser assegurado como direito reprodutivo no caso tanto da gravidez indesejada, quanto em caso de estupro, pois a mulher tem o direito de decidir se deseja ou não a gravidez, independente de como ela foi concebida.

Esta legalização abrange garantir: local seguro para a realização do aborto, assegurando principalmente a redução de mortalidade; e o atendimento realizado pelo Sistema Único de Saúde – visando a gratuidade no procedimento.

Portanto, esta temática é bastante complexa, pois vários são os entraves para a sua regulamentação. O conservadorismo existente na sociedade brasileira, a forte influência da

Igreja católica e a responsabilização penal somente sobre a mulher, têm contribuído para a não efetivação dos seus direitos reprodutivos.

Atualmente discute-se a saúde reprodutiva tanto no âmbito do direito de escolher questões básicas da anticoncepção sem o sentido controlista, como também o direito da concepção. É quando a mulher apresenta qualquer impedimento fisiológico de engravidar, então ela recorre a meios tecnológicos de última geração e medicamentos específicos e de alto custo para conseguir o tão desejado filho, comumente conhecida como a 'gravidez assistida'. Este serviço ainda é oferecido de forma incipiente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), devido o custo deste procedimento ser muito elevado. É inexpressivo o quantitativo de lugares, ou instituições que oferecem o serviço à população carente, e para dificultar, a fila de espera é imensa.

É evidente que, cientificamente, a saúde vem evoluindo a cada dia e a passos largos. Porém, o que não tem acompanhado no mesmo ritmo, são as ações de saúde dos sistemas públicos destinadas à população com baixa renda, pois se o atendimento básico já sofre deficiência, pior ainda é o atendimento especializado, os considerados secundário e terciário.

O PAISM, constantemente vem sofrendo reformulações, algumas desafiadoras, outras questionáveis pela sociedade. Porém, as alterações fundamentais ocorridas a partir da segunda metade da década de 90, dentre as mais recentes, destacam-se propostas de ampliações às ações de saúde reprodutiva de forma mais abrangente como: saúde ocupacional das mulheres, saúde mental e envelhecimento (ÁVILA & CORRÊA, 1999).

Portanto, na prática cotidiana percebe-se que as ações do PAISM ainda não são oferecidas de forma linear nos serviços de saúde. Na verdade suas teorias estão muito distantes de sua prática e sua efetivação foi mais apregoada do que realizada.

Há um predomínio de descaso dos gestores quanto à efetivação das ações de saúde voltadas para a mulher, ou seja, esta deficiência é principalmente uma realidade em nível macro, onde as políticas públicas de saúde são trabalhadas para responder a situações emergentes de maneira paliativa.

Mas mesmo com todas as dificuldades e resistência que as ações de saúde da mulher vem enfrentando para sua efetivação, existem, em níveis nacional e internacional, entidades que vêm atuando de forma veemente na luta por melhoria na qualidade de vida das mulheres dos mais diversos países, especialmente nos países do terceiro mundo, onde as mulheres enfrentam discriminação, violência física, e seus direitos civis, sexuais e reprodutivos são desrespeitados.

Um dos órgãos que merece destaque é o Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW), ou, traduzida para o português, Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW). Foi aprovada em 18 de dezembro de 1979 pela Assembléia Geral das Nações Unidas e entrou em vigor em 3 de setembro de 1981. Alguns autores traduzem como Comitê outros como Convenção. o Brasil é signatário como Estado-parte desde 1981, embora só em 1984 ela tenha sido ratificada e entrado em vigor.

O CEDAW, em sua trigésima nona sessão realizada de 23 de julho a 10 de agosto de 2007, elaborou análise do relatório sobre as propostas enviadas pelo Brasil. O formato do relatório é configurado de apenas quatro tópicos: comentários finais do CEDAW, introdução, aspectos positivos e principais áreas de preocupação e recomendações. Como o relatório recebe uma numeração contínua, ele é composto de 41 itens.

Existem dois itens que merecem destaque por virem confirmar análises feitas a priori neste capítulo. O primeiro é referente ao tópico que abrange Pontos Positivos, no item n.º 7. O segundo é o referente ao tópico Principais áreas de preocupação e recomendações, o item é o n.º 10, nos quais constam que

07. O Comitê acolhe com satisfação as diversas e variadas políticas, planos e programas em áreas críticas das vidas das mulheres, como a erradicação da pobreza, autonomia econômica, violência contra a mulher, violência sexual contra crianças e adolescentes, tráfico de pessoas, saúde sexual e reprodutiva e prevenção do HIV/AIDS (RELATÓRIO CEDAW, 2007; p.02).

10. Apesar de recordar a obrigação do Estado-Parte de implementar sistematicamente e continuamente todas as disposições da convenção, o Comitê considera que as preocupações e recomendações identificadas nos presentes comentários finais exigem a atenção prioritária do Estado-Parte entre agora e a submissão do próximo relatório periódico. Consequentemente, o Comitê convida o Estado-Parte a se focar sobre medidas tomadas e resultados concretos em seu próximo relatório periódico. Convida ainda o Estado-Parte a submeter os presentes comentários finais a todos os ministérios relevantes, outras estruturas

governamentais em todos os níveis e ao Parlamento, para assegurar sua plena implementação. (RELATÓRIO CEDAW, 2007; p. 02).

Portanto, estas recomendações vêm confirmar o que já foi mencionado anteriormente com relação às políticas públicas, programas e planos elaborados e implantados no Brasil. São muito eficientes no papel, porém com pouca resolutividade em suas ações. Percebe-se uma imaturidade muito grande do Estado brasileiro para garantir e assegurar os indefinidos instrumentos que existem para beneficiar tanto a saúde básica, quanto a saúde reprodutiva da mulher.

É provável que o desconhecimento destes instrumentais por parte das mulheres, seja um dos fatores que têm dificultado a efetivação dos seus direitos. A partir do momento em que houver uma preocupação dos governantes em investir em questões consideradas básicas como a educação, moradia e saneamento básico, a população vai atingir uma saúde com qualidade.

Para a adolescente não existe um programa específico direcionado para ela. Pelo contrário, a Política de Atenção à Saúde Integral da Mulher, vê a mulher na sua integralidade, inclusive em todas as faixas etárias, de seu nascimento a sua velhice. E quando se fala em saúde reprodutiva da mulher, o Ministério da Saúde deixa bem claro que é o período compreendido dos 10 aos 49 anos, ao qual ele denomina de MIF (Mulher em Idade Fértil). A atenção à saúde reprodutiva para a adolescente está contemplada nesta Política.

O IBGE levanta uma questão fundamental sobre a taxa de fecundidade entre as mulheres. O Instituto afirma que, *por hipótese, a fecundidade permanecerá um comportamento jovem*, isto conseqüente da escolaridade apresentada pelas mulheres, pois as que possuem mais de 10 anos de estudos demoram a engravidar. Afirma ainda que a média de estudo da população feminina é de 6,4 anos, isto pressupõe porque a mulher brasileira vem engravidando precocemente (IBGE, 2004).

Portanto, as políticas públicas de saúde por si só não têm sido suficientes para combater esta problemática. Como afirmado anteriormente, é necessário primeiramente, que haja um engajamento dos diversos setores como educação, saúde, habitação, transporte, dentre outros, juntamente com a sociedade; e segundo, que as ações sejam implementadas

visando a redução do problema em questão, e não apenas criar meios ineficientes ou paliativos para o seu enfrentamento. É interessante realizar um trabalho de promoção em saúde.

Capítulo II

As Relações Familiares e a Gravidez na Adolescência

A problemática da gravidez precoce é uma realidade vivenciada por famílias de todas as camadas sociais. Mas é na família pobre que as repercussões e complicações psico-sócio-econômicas são mais evidentes e arrasadoras. Outro aspecto preocupante é que, de acordo com as diretrizes do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde, o fato da gravidez ocorrer na fase da adolescência já é considerado de risco².

Considerando o risco da gravidez nesta faixa etária, e como o foco deste trabalho está direcionado às políticas públicas de saúde, enfatiza-se a importância do atendimento e acompanhamento bastante rigoroso às adolescentes grávidas pelos profissionais dos estabelecimentos de saúde, como também o acompanhamento de sua família, pois também será afetada pelas consequências desta gravidez.

Serão destacadas as consequências da gravidez na adolescência mais prevalentes e também a ocorrência de uma interligação entre elas, como: *psicológicas*, as adolescentes não estão preparadas para assumir tal responsabilidade, e por outro lado a família também reage de forma agressiva ao tomar conhecimento do referido acontecimento, em virtude dos recursos financeiros que a família dispõe; *econômicas*, a renda familiar é muito baixa, e o modelo de família que se configura atualmente, com as mais diversas parentalidade, não consegue suprir as necessidades básicas, comprometendo a qualidade de vida deste núcleo; e finalmente o *social*, em que com o ‘estado’ que a adolescente se apresenta, geralmente são obrigadas a abandonar os estudos, as amigas se afastam, e as diversões que até então estavam acostumadas a usufruir, terão que, temporariamente, esquecer.

As dificuldades citadas da gravidez precoce na Amazônia são redobradas, pois a região apresenta uma especificidade intensa que se torna complexo o entendimento para os povos que não fazem parte deste contexto. Devido a sua extensão territorial, a distribuição

²É a gravidez em que a mulher está exposta a fatores em que colocam em risco a sua vida e a do bebê, dentre os elencados pelo Ministério da Saúde, a pouca idade é um destes fatores.

populacional e o acesso às localidades rurais, o levantamento de dados então torna-se imprecisos, e incompletos (MACIEL, 2008).

Conforme os levantamentos estatísticos, a Amazônia apresenta um dado significativo de adolescentes que vem engravidando (IBGE). Inicialmente tem-se que entender as nuances que perpassam neste acontecimento, pois, levando em consideração a questão cultural, é comum observar entre os índios a realização de rituais que inserem a menina para o início de sua sexualidade.

É provável que o fator cultural seja um dos fatores contributivos para a ocorrência da gravidez precoce, despertando o desejo das adolescentes em engravidar e a aceitação de seus familiares como foi constatado na presente pesquisa. Pois, foi verificado que 60% das entrevistadas são de naturalidade amazonense. E as famílias destas adolescentes são as que têm que enfrentar tanto as consequências da gravidez precoce, quanto as dificuldades de ordem sócio-econômicas vividas no seu cotidiano.

É fato que a família pobre tem que buscar alternativas para enfrentar as dificuldades vivenciadas, como também os desafios apresentados na contemporaneidade, como: desemprego, péssimas condições de trabalho, baixos salários, educação de baixa qualidade, péssimas condições de moradia, dentre outros. Certamente estes eventos contribuirão na relação estabelecida da adolescente com sua família.

Diante do contexto apresentado, este capítulo objetiva tratar as problemáticas pontuadas, observando que não está estabelecida uma ordem a ser seguida. Pois se entende que tais problemáticas se relacionam de forma transversal e complementar entre si.

2.1 Os desafios da família na contemporaneidade

Abordar o tema *família* numa relação intrínseca com a gravidez na adolescência, pressupõe primeiramente discutir questões que envolvem o seu desvelamento na leitura antropológica, sociológica e psicológica.

Alguns autores, Bruschini (2005); Sarti (2008); e Sawaia (2008) afirmam que a família é fundamental para a preparação do comportamento do adolescente. Psicologicamente, é na relação estabelecida com a família, quando criança, que será constituído o adulto. Quanto mais saudável esta relação, mais preparado emocionalmente será o indivíduo.

Na leitura antropológica, segundo Bruschini (2005), a família não é uma instituição natural e com isto ela pode assumir variabilidade nas suas configurações em sociedades ou grupos familiares, ou seja, ela pode se diversificar de acordo com o contexto em que está inserida (p.51).

Outro ponto destacado pela referida autora é que existe uma diferenciação na antropologia entre família e parentesco:

Ambos tratam dos fatos básicos da vida, nascimento acasalamento e morte. Mas a família é um grupo social concreto e o parentesco uma abstração, uma estrutura formal que resulta da combinação de três tipos de relações básicas: a relação de descendência (entre pais e filhos), a de consangüinidade (entre irmãos) e a de afinidade, que se dá pela aliança, através do casamento. (p. 60)

Estas três relações são fundamentais para a formação de qualquer sociedade, como também a variabilidade se dará pela combinação destas relações.

Na pesquisa realizada, a composição familiar das adolescentes entrevistadas é das mais variadas, pois se constatou adolescentes residindo na casa com seus irmãos, cunhados e os filhos destes; adolescentes convivendo com a sogra, primos do companheiro e sobrinhos. Ou seja, trata-se de uma nova composição familiar na contemporaneidade.

Carvalho (2003) chama atenção para estes novos modelos de família que vem se configurando. Para o movimento que vem ocorrendo de *organização-reorganização* que daí nascem os arranjos e re-arranjos familiares.

As relações são estabelecidas de acordo com a constituição que cada indivíduo decide conviver. De acordo com recentes pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatísticas – IBGE, na família de hoje, a mulher é a chefe da casa. Papel, até poucos anos atrás, exclusivo dos homens.

Com relação a esta nova modalidade na família, Sarti (2003) coloca que contribuiu para mudanças que alteraram na ordem natural da família tradicional: a autoridade patriarcal e a divisão de papéis familiares, que modificaram substancialmente as relações entre o homem e a mulher. (p.44).

Kaslow apud Szymanski (2006) compõe uma lista com nove tipos de organizações familiares que hoje está presente na sociedade, a saber:

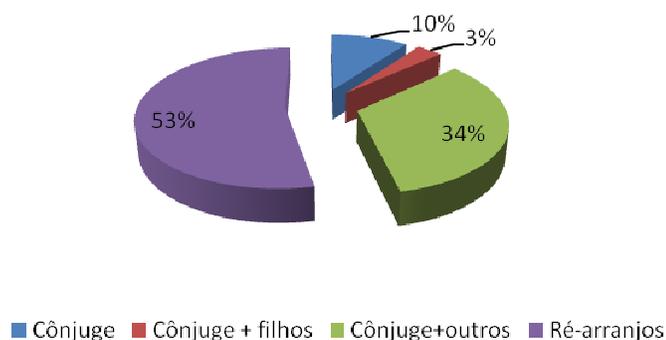
- 1) Família nuclear, incluindo duas gerações, com filhos biológicos;
- 2) Famílias extensas, incluindo três ou quatro gerações;
- 3) Famílias adotivas temporárias (Foster);
- 4) Famílias adotivas, que podem ser bi-raciais ou multiculturais;
- 5) Casais;
- 6) Famílias monoparentais, chefiadas por pai ou mãe;
- 7) Casais homossexuais com ou sem crianças;
- 8) Famílias reconstituídas depois do divórcio;
- 9) Várias pessoas vivendo juntas, sem laços legais, mas com forte compromisso mútuo. (p.10).

O autor acima conseguiu listar a maioria dos tipos de organizações familiares existentes atualmente, considerando que este novo panorama não é exclusividade de determinada classe social, é abrangente a todas.

A constituição da família nuclear já não é predominante da realidade brasileira. A pesquisa realizada mostra claramente que os indivíduos que compõe essa família, já não pertencem somente a laços consangüíneos, como exemplo: tios, primos, sogros, agregados, dentre outros. Como se pode observar, o gráfico 01 mostra a composição familiar das adolescentes. Apenas 3% convivem com seu cônjuge e seu filho, 10% convivem apenas com seus companheiros enquanto os 53% restantes apresentam a imensa miscelânea que ocorre na composição dos sujeitos entrevistados. Este percentual demonstra a variedade de componentes no convívio familiar das adolescentes pesquisadas. Neles residem pessoas que autores como Carvalho (2003) define como os novos re-arranjos³ familiares.

³ Re-arranjos são parentes como, pais, irmãos, tios, primos, sobrinhos, e também os agregados como, sogros, cunhados e padrastrós, e também o filho.

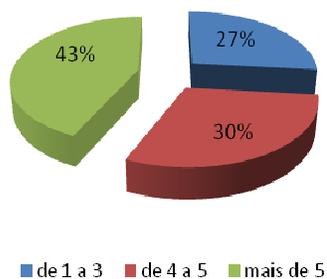
Gráfico 01 – Composição familiar



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

No gráfico 02 é percebido o quantitativo de pessoas que residem na mesma casa juntamente com as adolescentes, 43 % com mais de 05 pessoas; 30% entre 4 a 5 pessoas e apenas 27% residem com apenas até 03 pessoas.

Gráfico 02 – Número de pessoas residentes



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009

Estes formatos que se apresentam no gráfico acima estão relacionados ao que Ferrari e Kaloustian (2008) argumentam em seu trabalho, onde afirmam que:

A família é percebida não como o simples somatório de comportamento, anseios individuais, mas sim como um processo integrante da vida e das trajetórias individuais de cada um de seus integrantes. À família, novos membros se agregam; da família, saem alguns para constituírem outras famílias [...] Nas famílias mais pobres, estas trajetórias e movimentos ocorrem, muitas vezes, de forma traumática, ditados pelas condições econômicas e a luta pela sobrevivência individual e familiar. (p.13)

Ou seja, estes movimentos e trajetórias que ocorrem no interior da família, são considerados “normais”, considerando a forma como a família está constituída nos dias atuais, em virtude da dinâmica que vem ocorrendo na sociedade como um todo, os indivíduos sendo obrigados a se “adequar” às mudanças e necessidades que lhes são impostas. Portanto, é na família pobre que a intensidade e a forma dos movimentos vão ser mais recorrentes e doloridas.

Bruschini (2005) aduz que houve um predomínio da teoria funcionalista nas reflexões acerca da família que dominou o pensamento norte-americano a partir dos anos 50. Esta corrente afirma que a família é, antes de tudo, uma agência socializadora e sua função principal é a formação da personalidade dos indivíduos (p.54). E ao exercer esta ação socializadora, ocorre a influência da ideologia predominante no meio social dos indivíduos.

Outro aspecto a ser contemplado no que refere a instituição família na visão sociológica, está relacionado à concepção materialista, defendida por Engels (2005) o qual determina que *o fator decisivo na história é a produção e reprodução da vida imediata* essa produção e reprodução ocorrerá de dois tipos: *a produção de meios de existência e a produção do homem mesmo, a continuação da espécie*, (ENGELS,2005;02), e afirma ainda que estas duas espécies de produção condicionarão a ordem social em que vivem os homens de determinado país ou época: *pelo grau de desenvolvimento do trabalho, de um lado, e da família, de outro*.

Na visão de Engels (2005), a família está inserida na sociedade, como produtora e reprodutora de espécies e dos meios de existência, e estas duas maneiras de produção e reprodução vão determinar os critérios daquilo que é certo ou errado, em relação ao comportamento dos membros de determinada sociedade, ou cidadãos que também será influenciada pelo seu desenvolvimento e contexto histórico

Dentro da sociologia outras vertentes surgiram contrapondo-se à teoria funcionalista que tecem críticas ao papel conservador e dominador da família e as funções autoritárias da figura paterna em relação aos filhos.

Sarti apud Szymansky (2006) destaca que na família pobre, é onde mais se alcança o grande objetivo da tarefa socializadora, que é a reprodução da ideologia dominante, pois nas

suas relações entre seus membros ainda é muito predominante seguirem um padrão tradicional de autoridade e é uma questão de ordem moral a subordinação dos projetos individuais aos familiares e a insistência hierárquica.

A psicologia também vem reforçar estas críticas, pois considera que os modelos de família autoritária pré-existente, pode se tornar prejudicial ao indivíduo. No campo da psicologia, tem-se como definição de família, o seguinte:

Além de ser o lugar onde se forma a estrutura psíquica, a família constitui um espaço social distinto, na medida em que gera e consubstancia hierarquias de idade e sexo. Ela é um espaço social onde gerações se defrontam mútua e diretamente, é onde os sexos definem suas diferenças e relações de poder. (BRUSCHINI, 2005; p. 63)

Analisando por este prisma, percebe-se que os conflitos existentes nas famílias são conseqüentes das questões que perpassam tanto em relação às diferenças nas faixas etárias, como na relação de gêneros. Pode-se observar, segundo a pesquisa, que dentre as adolescentes entrevistadas, existe dificuldade de relacionamento entre estas e a figura paterna, conforme depoimentos:

É um pouco difícil assim pra gente, porque meu pai não conversa com a gente. A mamãe já é diferente, conversa com a gente. (Adolescente que nunca engravidou, 15 anos).

Sinceramente eu não me dou bem com o meu pai. Tenho problemas com toda família. Problemas de mãe e filha. Não formamos uma família verdadeira. Meu pai quer sempre me prejudicar. Eu não concordo com a forma como ele age. Lá em casa não temos uma relação saudável. Sempre predomina a vontade dele (do pai). (Adolescente que nunca engravidou, 18 anos).

Eles já foram casados né, hoje são separados. A mamãe ficou com outro né, aí se separaram por causa de briga. Todo casal briga né? Nós ficamos com a mamãe. Só que depois o papai veio pegou nós todinho e levou nós lá pro interior. O meu pai bebe muito aí nós voltamos pra casa da mamãe. O padrasto reclama que nós não ajuda ele. Mais do que nós já ajudamos no roçado" (Adolescente mãe, 18 anos).

Constata-se nas falas das adolescentes pesquisadas a configuração do conflito que no campo psicológico destaca a afirmação do poder e dominação da figura paterna, esquivando-se, sobretudo de dialogar com suas filhas.

Este tipo de comportamento dos pais em relação aos seus filhos obriga muitos adolescentes estabelecerem laços de confiança com seus amigos. Diante disso, Feijó (2007) salienta as conseqüências negativas de uma relação familiar sem diálogos, como afastamento do adolescente, que conseqüentemente irá procurar os seus amigos, que em nível de conhecimento é o mesmo; envolvimento com drogas, predisposição à gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis, dentre outras mais.

Reafirmando as idéias do autor acima citado, Szymanki (2006) considera que as trocas afetivas na família imprimem marcas que as pessoas carregam a vida toda, que influenciarão e definirão nas direções no modo de ser e de agir afetivamente com os outros.

É importante, também, sinalizar que, além disso, outro fator prejudicial na relação familiar é o fato do adolescente procurar “refúgio” nos grandes avanços tecnológicos alcançados pela sociedade contemporânea, tais como: aparelhos celulares, comunicação via internet, novas formas de diversão encontrada nos jogos eletrônicos, dentre outros. Entende-se que tais avanços não só contribuem para a vida em sociedade, como também desvincula o indivíduo da afetividade e dos laços familiar. Dentre os inúmeros avanços apontados, destaca-se como exemplo o que se considera como o mais eficiente e eficaz no uso diário pelos adolescentes, a internet. No entanto, o acesso a internet, viabiliza a comodidade que este recurso proporciona às pessoas, pois se pode realizar qualquer tipo de negociação comercial, estando-se dentro da sua própria casa, conectando-se a qualquer lugar do mundo, como também, a velocidade que as informações chegam são quase simultâneas aos acontecimentos.

Por outro lado, deve-se considerar que a internet, é um canal de comunicação vulnerável para aqueles que optam por esta, pois ao acessar determinados *sites* e ‘entrar’ nas *salas de bate papo*, as crianças e adolescentes podem ser influenciados aos riscos que esta pode proporcionar, sendo estes sujeitos com maior grau de vulnerabilidade. Cabendo aos pais o acompanhamento e cuidados necessários, de modo que venham a evitar que seus filhos sejam acometidos de supostas situações de riscos.

No que se refere à gravidez na adolescência Takiuti apud Bocardi (2003), assegura que os meios de comunicação estimulam condutas comportamentais que privilegiam o erotismo, o culto ao corpo, o prazer físico, ao mesmo tempo em que a sociedade tem muito pouco a oferecer em termos de garantias físicas, psicológicas e sociais para os adolescentes usufruírem com tranqüilidade da sua sexualidade (p.48). Percebe-se que as conseqüências deste descaso atingem tanto o adolescente quanto suas famílias.

Dentre eles, talvez o maior desafio enfrentado pelas famílias na contemporaneidade são as exigências do mundo globalizado, como as precariedades do mercado de trabalho que culminam com a alta rotatividade dos trabalhadores, baixos salários e altos índices de desemprego que perpassam em todos os níveis do indivíduo, como o psicológico, o social e o econômico. Castel (1998) afirma que está ocorrendo um processo inverso na divisão social do trabalho, esta inversão, o autor denomina de *desfiliação*, que é o movimento em que o indivíduo está ausente, não por opção, da participação de qualquer atividade produtiva, alcançando o isolamento relacional. As características principais são os indivíduos que são colocados em situação de flutuação na estrutura social, desempregados por períodos longos, moradores de subúrbios pobres, beneficiários dos programas de renda mínima, vítimas das readaptações industriais, dentre outras configurações as quais o autor define como os desfiliaados (CASTELL. 1998; p.23 e 24).

Estes desafios conseqüentemente influenciarão na qualidade da relação intrafamiliar de qualquer indivíduo. Dependendo da situação socioeconômica em que a família está constituída a relação com os seus pares serão estabelecida, ou de maneira estável ou conflituosa. Neste contexto, emergem os desafios estruturais - os econômicos - e os comportamentais - relacionamento - que a família terá que enfrentar na contemporaneidade e os indivíduos terão que aprender a se deparar, conviver, enfrentar e superar.

2.1.1 A relação intrafamiliar: adolescentes x pais

Os desafios e conflitos que a família pobre enfrenta na contemporaneidade vai influenciar na sua composição e constituição, os re-arranjos estabelecidos que estas famílias são obrigadas a firmar, é um meio encontrado por elas para sobreviver no mundo globalizado.

Partindo de princípio Boudon & Bourricaud (2007) compreendem a família como

o núcleo constituído pelo marido, pela mulher e pelos filhos nascidos de sua união, assim como, eventualmente, por “outros parentes” aglutinados a esse núcleo. O vínculo familiar é um vínculo legal, que gera obrigações econômicas, religiosas e outras,[...] o vínculo familiar é inseparável “de sentimentos psicológicos, como o amor, a afeição, o respeito, o medo, etc.”(Boudon & Bourricaud, 2007;p. 237)

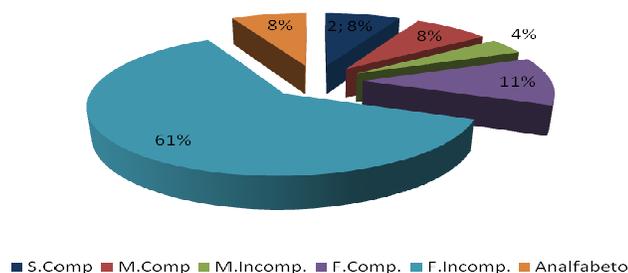
A definição acima demonstra uma das formas como a relação intrafamiliar está constituída na atualidade em face às mudanças que vêm ocorrendo na sociedade envolvendo seus vários níveis, principalmente o socioeconômico e político.

Tais mudanças têm contribuído para a ambigüidade que Sarti (2003) afirma ser uma constante nas relações familiares, *as pessoas querem aprender, ao mesmo tempo, serem sós e a “serem juntas”*, o que ela vai definir de compatibilizar a individualidade (p.42). A autora afirma ainda que, no universo cultural dos pobres, não estão dados os recursos simbólicos para a formulação deste projeto individual, que pressupõe condições sociais específicas de educação, de valores sociais, alheios a seu universo de referências culturais (p.47). Mas Silva e Tonete (2006) acreditam que as famílias pobres possam sim elaborar, - de forma simples, mesmo com dificuldades e de acordo com a sua visão de mundo -, projeto para os seus familiares, objetivando a melhoria de vida para todos.

Portanto em virtude a baixa escolaridade, Dias apud Tonete e Silva (2006) defende que a rede de apoio familiar da adolescente mostra-se falha em prestar esclarecimentos ou reduzir as incertezas das jovens. O autor ressalta o despreparo dos familiares, apresentando dificuldades associadas à falta de informação e à não aceitação da sexualidade adolescente. Como as adolescentes afirmaram que conversavam sobre sexualidade com alguma figura de sua família, portanto não é possível avaliar o nível de informação passada.

Observando o gráfico 03 se percebe o que o autor aduz, pois como entre os pais das adolescentes pesquisadas predominou o nível de escolaridade ensino fundamental incompleto, torna-se quase nula a possibilidade de se formular um projeto.

Gráfico 03 – Escolaridade dos pais das adolescentes



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Pode-se afirmar que a baixa escolaridade e dificuldade de inserção no mercado de trabalho, contribuem para a instabilidade econômica da família, pois na pesquisa 67% percebem até dois salários mínimos, e por outro lado a gravidez precoce e não planejada pode acarretar sobrecarga psíquica, emocional e social para o desenvolvimento da adolescente, contribuindo para modificações no seu projeto de vida futura, assim como, na perpetuação do ciclo de pobreza, educação precária, falta de perspectiva de vida, lazer e emprego.

Pelas características sociodemográficas das adolescentes entrevistadas, é provável que seus familiares fundamentem seus projetos de vida obedecendo às expectativas das famílias de classes sociais menos favorecidas, como afirmam Silva e Tonete (2006).

Estas famílias planejam o futuro de todos os membros, principalmente de suas crianças e adolescentes a partir da possibilidade de completarem seus estudos e se qualificarem para o trabalho de onde tirarão seu sustento e o de outros membros de suas famílias e que, até então, devem permanecer sob o sustento tutelado dos pais. Dessa forma, o evento da gravidez na adolescência interrompe/muda esse curso, impulsionando a adolescente e sua família a refazerem seus projetos de vida. (p.205)

São projetos que visam o crescimento social da família, preocupando-se em romper com o ciclo de pobreza que permeia as famílias menos favorecidas, ao acreditar que a adolescente é a última esperança em melhorar a vida dos seus.

Conforme a tabela abaixo se percebe a ocupação principal dos pais e companheiros das adolescentes entrevistadas.

Tabela 01: Situação ocupacional dos pais e companheiros das adolescentes

	Empregado	Desempregado
Pais	19	8
Companheiro	13	3
	32	11

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009

Constata-se que é expressivo o número de pais e companheiros inseridos no mercado de trabalho, seja de forma regular ou irregular. No quadro abaixo se verificam as principais atividades desenvolvidas pelos principais componentes da família das adolescentes entrevistadas.

QUADRO 1: Principal ocupação dos pais e companheiros

Atividade	Pai	Mãe	Companheiro
Autônomo	2		1
Professor	1		
Manicure		3	
Doméstica		4	
Babá		1	
Auxiliar administrativo	1		1
Serviços Gerais		4	
Segurança	1		
Pedreiro	1		2
Pintor	1		
Militar			1
Promotor de Vendas			1
Funcionário Público			1
Montador			1
Carregador de cimento			1
Garçom			1

Fonte: Pesquisa de campo realizada de janeiro a maio/2009.

Constata-se no quadro 01 a precariedade nas atividades desenvolvidas pelos principais membros da família das adolescentes entrevistadas, as mães são as que desenvolvem as atividades que não se exige um nível de escolaridade alto, entre os pais e os companheiros ocorre uma pequena alteração.

O retrato das ocupações dos pais e companheiros das adolescentes entrevistadas reafirma que é a estrutura de cada família que vai determinar o desenvolvimento social, educacional e financeiro dos seus familiares, e claro do adolescente, pois estudos em torno da temática apontam a evidência que muitas adolescentes ao engravidar abandonaram os estudos, deixaram de trabalhar e também deixaram de realizar as atividades de lazer, pois não tinham com quem deixar seus bebês.

Na pesquisa realizada por Esteves e Menandro (2005) que entrevistaram mulheres da classe média e da classe baixa, que engravidaram na adolescência afirmam que na classe baixa foi onde ocorreu o maior número de dificuldade em apoiar a adolescente, no sentido de ficar com o bebê para realizar atividades de lazer, a família só apoiaria a adolescente se fosse para estudar, mas mesmo neste sentido era complicado fazê-lo em virtude das pessoas que poderiam ajudá-las em ficar com o bebê, tinham suas atividades profissionais, obrigando a adolescente a ficar sem estudar por vários anos, ou em muitos casos nunca mais retornando ao banco da escola.

Contrapondo a pesquisa realizada pelos referidos autores acima, Silva e Tonete (2006), realizaram pesquisa com as famílias de adolescentes, localizadas em periferia de uma grande metrópole, afirmam que existe um sentimento muito forte de solidariedade entre as famílias pesquisadas, e todas fazem parte da classe pobre, pois há uma preocupação imensa por parte dos familiares em mobilizar a família toda com o intuito de ajudar a adolescente que está grávida mesmo com poucos recursos econômicos e financeiros.

Entretanto, Vitale (2006) enfatiza que a rede social e as solidariedades familiares, ajudam a existência destas famílias. Mas estas devem ser refletidas na relação com o encolhimento da responsabilidade do Estado e com a ineficiência de políticas públicas consistentes que garantam o enfrentamento da questão social e que se expressam no âmbito familiar.

No que se refere ao Brasil, Carvalho & Almeida (2003) afirmam que ainda existe uma enorme carência de políticas sociais no país, em consequência das dificuldades que o país tem de não conseguir suprir seus históricos problemas e transformações na esfera do trabalho que são bem acentuados. (p.118).

Se há uma carência de políticas sociais no país, mais carente é no que se refere a uma política de proteção social à família, uma política exclusivamente voltada para as famílias. Conforme Pereira (2008) afirma que em muitos países capitalistas centrais ocorre a ausência de uma política de família, o mesmo acontece nos países periféricos, como o Brasil.

Autores como, por exemplo, Carvalho (2008) que há 20 anos apostavam no chamado modelo de Estado do Bem Estar Social, capaz de atender a todas as demandas de proteção. No entanto, *hoje, nas sociedades em que vivemos, um conjunto de fatores derrubou nossas expectativas e vem exigir soluções compulsoriamente partilhadas entre Estado e sociedade.*(p. 269)

Será aberto neste ponto um parêntese para se fazer uma breve contextualização sobre o Estado de bem-estar social, o *Welfare State*. Uma questão pode-se afirmar, foi um período em que as políticas sociais foram criadas procurando atender primeiramente os interesses do mercado, e em seguida, o indivíduo nas suas demandas.

Medeiros (2001) afirma que teóricos debatem o *Welfare State*, ao menos em suas fases de surgimento e desenvolvimento, como um meio de compensar, por intermédio de políticas de cunho keynesiano, a insuficiência do mercado em adequar os níveis de oferta e demanda agregada, controlar politicamente as organizações de trabalhadores e capitalistas e estimular a mercantilização da força de trabalho segundo padrões industriais (fordistas), ao administrar alguns dos riscos inerentes a esse tipo de relação de trabalho e ao transferir ao Estado parte das responsabilidades pelos custos de reprodução da força de trabalho.

Fleury apud Couto (2006; p.28)) destaca as três direções que as forças do mercado buscaram modificar de acordo com os pressupostos dos projetos do Estado de Bem-Estar Social:

- garantindo aos indivíduos e às famílias uma renda mínima, independentemente do valor do trabalho ou de sua propriedade;
- restringindo o arco de insegurança, colocando os indivíduos e as famílias a certas contingências sociais (por exemplo, a doença, a velhice e a desocupação), que, de outra forma, produziriam as crises individuais e familiares; e
- assegurando que todos os cidadãos, sem distinção de *status* ou classe, seja oferecida uma gama de serviços sociais.

Fica evidente e, pode-se reafirmar que o período compreendido de vigência do *Welfare State* ocorreu por parte do Estado e dos capitalistas controle sobre às famílias carentes, trabalhadores e o cidadão, oferecendo benefícios sociais, visando o aquecimento do mercado. Nos países onde havia uma forte mobilização da classe trabalhadora, ocorreram mais avanços na área do direito, enquanto nos países periféricos, como o Brasil quase não se avançou nas questões de proteção social, por outro lado, Couto (2006), defende que o referido sistema não se constituiu nesses países.

A partir dos anos 90 com a crise econômica instalada em nível mundial, o projeto neoliberal surge como forma de responder aos problemas recorrentes que o capital passou a vivenciar, e apresentou propostas de globalização como forma de superar a crise. Além da proposta de globalização, em que a flexibilização do mercado fazia parte deste contexto, foi atingida negativamente a seguridade social com seus três pilares: educação, previdência e saúde.

A partir deste quadro, o que ocorreu e ainda vem ocorrendo, referente às políticas sociais é o afastamento paulatino do Estado frente às respostas das novas configurações da questão social, e transferindo responsabilidades para a sociedade e o mercado.

Com a redução sistemática das responsabilidades do Estado, “tarefas” tiveram que ser divididas entre o Estado, o mercado e a sociedade, o que Pereira (2008) chama de *pluralismo de bem-estar*, em que os papéis estão assim distribuídos, de acordo com os recursos que lhes são peculiares: *o Estado, com o recurso do poder, e, portanto, da autoridade coativa, que só ele possui; o mercado, com o recurso do capital; e a sociedade, da qual a família faz parte, com o recurso da solidariedade* (p. 32).

Pode-se destacar, que o mercado em consonância com o Estado, criam estratégias para ter ganhos reais, pois determinadas empresas se beneficiam, com redução de taxas e impostos caso tenham implantado ou desenvolvam projetos de cunho social. Ou seja, o capital tem como preocupação precípua o lucro.

Pereira (2008) faz críticas e aponta falhas na execução dos papéis do Estado e do mercado que compõem o *pluralismo de bem-estar*:

Hoje, o Estado não mais reivindica o posto de condutor-mor da política social; pelo contrário, dele se afasta. O mercado, por sua vez, nunca teve vocação social, e por isso, a despeito de praticar a filantropia como estratégia de marketing, prefere aprimorar-se na sua especialidade, que é a de satisfazer preferências, visando lucro, e não necessidades sociais (p. 34).

Somado a redução de responsabilização do Estado à falta de vocação do mercado em sensibilizar-se com a questão social, a sociedade é obrigada a criar estratégias para atender as demandas das famílias carentes, as quais com o espírito de solidariedade que possuem se mobilizam a proteger os seus e os que os cercam. Consequentemente, a postura adotada pelo Estado e mercado propicia à carência de políticas públicas. E, a população pobre e desorganizada fica impossibilitada de lutar pelos seus direitos, serviços e benefícios públicos.

Szymanski (2006) considera hipócrita atribuir às camadas empobrecidas de nossa sociedade uma função de proteção às crianças e adolescentes sem lhes oferecer meios para isso. (p. 23). Da mesma forma é atribuir outras responsabilidades às famílias, Vitale (2006) também rejeita esta transferência de responsabilidade, pois para ela a proteção oferecida pelas pessoas, grupos envolvidos com o cotidiano destas famílias, tem limitações. Acredita-se que vai sempre ocorrer um *gap* no atendimento das necessidades das famílias atendidas.

Na pesquisa de campo, realizada em bairro periférico, constatou-se também este sentimento de solidariedade e de aceitação intensa dos familiares das adolescentes entrevistadas quando souberam da gravidez. Destacam-se relatos de algumas adolescentes que justificam os argumentos das autoras acima citadas, pois quando foram questionadas sobre a reação de sua família ao saber de sua gravidez, obtiveram-se as seguintes respostas:

Deram apoio que eu poderia ter. (Adolescente mãe de 15 anos).

Os meus pais ficaram alegres. É o primeiro neto dela (da mãe). (Adolescente grávida de 15 anos).

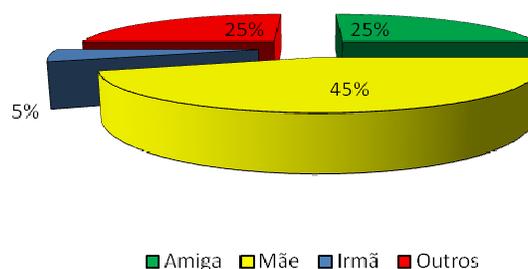
Minha mãe ficou feliz, porque lá em casa só eu posso engravidar. Minha irmã tentou umas três vezes. (Adolescente grávida de 18 anos).

Feliz também. (Adolescente grávida de 17 anos).

O sentimento de solidariedade é latente no seio das famílias, independente de seu nível socioeconômico, pois como relatam Ferrari & Kaloustian (2008) *a família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência de desenvolvimento e da proteção integral dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma que vêm se estruturando*(p.12).

Mas, é importante que seja destacado é que provavelmente o espírito de solidariedade inerente das famílias, contribua para se estabelecer uma liberdade de diálogo entre os seus membros, especificamente entre os pais e os filhos adolescentes, como no caso da pesquisa de campo realizada com os três grupos de adolescentes entrevistadas. Foi constatada esta abertura de diálogo, quando elas foram questionadas sobre com quem elas conversaram quando tiveram a sua primeira experiência sexual, obtiveram os seguintes dados, conforme o gráfico 04 demonstrado.

Gráfico 04 – Conversou com quem sobre a primeira experiência sexual

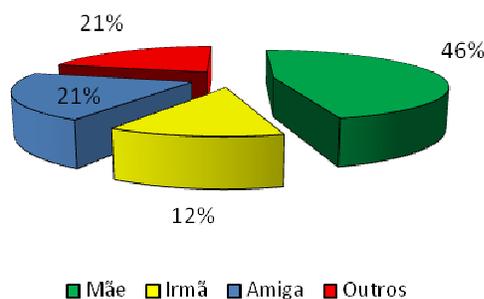


Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009

Fica evidente a predominância de 55% das adolescentes que conversam com as amigas, irmã e outras pessoas como tias, primas e vizinhas, enquanto 45% das entrevistadas responderam que procuraram a mãe para confidenciar o refericomo do evento. Mas vale ressaltar que a diferença não é tão grande,

Da mesma forma foram questionadas se elas conversam com alguém sobre sexo, 46% relataram que é com a mãe (gráfico 05).

Gráfico 05 – Conversa sobre sexo



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009

Como pode ser observado do percentual que afirma que conversa com alguém, 54% das adolescentes entrevistadas recorrem a outras pessoas como irmã, amigas e outros parentes para conversar. Mais uma vez a diferença é pequena, há um percentual considerável de adolescentes que estabelecem diálogo, principalmente, com a mãe.

A pesquisa demonstrou que dentre as adolescentes entrevistadas, pode-se perceber uma relação amigável com a mãe, tal relação durante a mesma pesquisa não foi possível ser identificada em relação a figura do pai. No caso da figura materna, as adolescentes relataram que a mãe se apresenta como uma pessoa experiente, amiga e que inspira muita segurança, em relação a figura paterna, este se apresenta para os sujeitos da pesquisa como uma figura repressora, moralidade e sem abertura para diálogo.

As adolescentes percebem a família como ‘porto seguro’, mesmo reconhecendo que traíram a confiança de alguns membros, elas relatam que não se sentiram abandonadas, ou mesmo rejeitadas, por qualquer pessoa. No caso específico da gravidez precoce, todas receberam apoio de seus familiares, principalmente da figura materna.

Portanto, considerando de fundamental importância as afirmativas de que a relação intrafamiliar seja estabelecida com qualidade e com possibilidades de grande abertura de diálogos, na presente pesquisa isto não foi suficiente para evitar a ocorrência da gravidez na adolescência.

Por outro lado, seja provável que a relação que as adolescentes relataram haver no decorrer da pesquisa, possibilitará que as famílias criem estratégias que contribuam para que elas possam evitar ou superar o enfrentamento das consequências que a problemática gravidez precoce venha apresentar.

2.2 A gravidez na adolescência: uma complexidade na vida da adolescente

É considerada gravidez na adolescência quando ela ocorre no período dos 10 aos 19 anos de idade. Portanto estudiosos afirmam que entre a faixa etária dos 10 aos 17 anos a adolescente está vulnerável a riscos eminentes.

Por gravidez ou gestação entende-se que é o intervalo de tempo decorrido entre o momento de fecundação, com fixação do óvulo na parede uterina, e a expulsão do feto e seus anexos através do parto.

O Ministério da Saúde define a gestação de forma bem sucinta, e considera que é um fenômeno fisiológico e, por isso mesmo, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem apresentar variações ou anormalidades.

No entanto, tem uma parcela de gestantes que podem apresentar algumas características específicas ou sofrerem algum agravo, com isto podendo levar a uma gravidez de alto risco. O Ministério da Saúde considera ainda, que no Brasil, por suas grandes

dimensões e, principalmente pelas diferenças sócio-econômico-culturais, evidenciam-se fatores de risco diversos para as várias regiões.

Dalásio & Almeida apud Bocardi (2003) definem o risco na gravidez como a oportunidade de agravos físicos, psíquicos e sociais a que estão expostos a gestante e o feto, reunindo, assim, a interferência bilateral que envolve mãe e concepto.

A partir desta constatação, é interessante destacar os fatores mais comuns na população em geral. Assim, os fatores geradores de risco podem ser agrupados em quatro grandes grupos, que são: características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior à gestação atual; doenças obstétricas na gestação atual; e intercorrências clínicas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001;05 e 06).

Portanto para cada grupo listado são enumerados fatores distintos, em que no quadro abaixo se torna melhor o entendimento para a questão da gravidez de alto risco apresentada, a saber:

QUADRO 02: PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA GRAVIDEZ DE RISCO

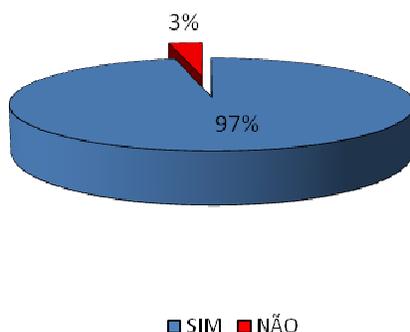
1. Características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis	2. História reprodutiva anterior	3. Doença obstétrica na gravidez atual	4. Intercorrências clínicas
<ul style="list-style-type: none"> - Idade menor que 17 e maior que 35 anos; - Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse; - Situação conjugal insegura; - Baixa escolaridade; - Condições ambientais desfavoráveis - Altura menor que 1,45 m - Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg - Dependência de drogas lícitas ou ilícitas 	<ul style="list-style-type: none"> - Morte perinatal explicada e inexplicada - Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado - Abortamento habitual - Esterilidade/infertilidade; - Intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos - Nuliparidade e Multiparidade; - Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; - Cirurgia uterina anterior 	<ul style="list-style-type: none"> - Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico - Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada - Ganho ponderal inadequado - Pré-eclâmpsia e eclâmpsia - Diabetes gestacional - Amniorrexe prematura - Hemorragias da gestação - Aloimunização - Óbito fetal - Hipertensão arterial 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatias - Pneumopatias - Nefropatias - Endocrinopatias - Hemopatias - Epilepsia - Doenças infecciosas - Doenças autoimunes - Ginecopatias

Fonte: Gestante de Risco: Ministério da Saúde, 2001

Enquanto que o conceito de gravidez na adolescência é considerado, de forma bem resumida, como um evento conceutivo que acontece na faixa etária de 10 a 19 anos e abordam os fatores determinantes e condicionantes da gravidez precoce, destacando os inúmeros fatores contributivos como, descuido, falta ou uso incorreto do método contraceptivo, vulnerabilidade e acesso à informação de forma inadequada.

Entretanto na presente pesquisa constatou-se o inverso ao que os autores acima defendem, pois a maioria das adolescentes entrevistadas conhece algum método contraceptivo conforme gráfico06.

Gráfico 06 – Conhece algum método contraceptivo

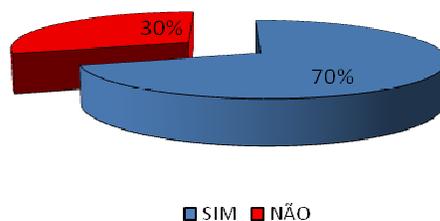


Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009

Do universo entrevistado 97% afirmaram que conhecem algum tipo de método contraceptivo. O nível de conhecimento que elas possuem acerca do assunto pode ser considerado ótimo.

Da mesma maneira quando foram questionadas do uso de algum método quando aconteceu a sua primeira relação sexual, o gráfico 07 demonstra.

Gráfico 07 – Uso de método contraceptivo na primeira relação

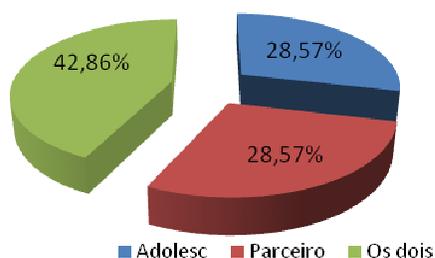


Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009

Observa-se que 70% das adolescentes entrevistadas informaram que houve preocupação em se proteger na sua primeira relação, contra 30% não se preocuparam e não utilizaram nenhum método contraceptivo.

Outro ponto importante é que deste percentual que se preocupou, o gráfico abaixo demonstra de quem partiu a preocupação em se proteger.

Gráfico 08 – Quem se preocupou em se proteger na primeira relação

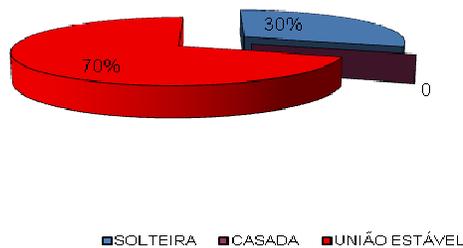


Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009

Percebe-se que neste momento a preocupação em se proteger obedece a uma forma linear, tanto a adolescente quanto seu parceiro apresentaram um comportamento responsável e consciente. Isto contribui para indicar que dos grupos das adolescentes grávidas das que são mães que participaram da pesquisa, tiveram consciência e o desejo de engravidar. Não que elas engravidaram em consequência da primeira relação sexual, pelo contrário, a maioria engravidou algum tempo depois.

E no que se refere à gravidez na adolescência, é importante retomar as orientações do Ministério da Saúde, quanto aos fatores contributivos para uma gravidez de risco, o quadro citado aponta a idade menor que 17 como o primeiro fator de risco. Considerando tais orientações, na presente pesquisa constatou-se que as adolescentes estão suscetíveis há mais dois fatores de risco que são a situação conjugal e a baixa escolaridade. Conforme os próximos gráficos.

Gráfico 09 – Estado civil / Gestação de Risco

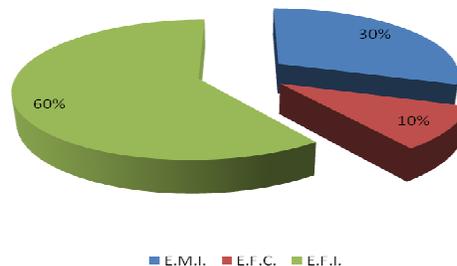


Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009

Verifica-se que entre as adolescentes grávidas, um dos três grupos estudados, 30% enfrenta mais este fator de risco que diz respeito ao seu estado civil, ou melhor, não teve apoio do pai de seu filho.

E quanto ao fato da baixa escolaridade o gráfico demonstra que é outro fator em que as adolescentes estão expostas.

Gráfico 10 – Escolaridade das adolescentes / Gestação de Risco



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009

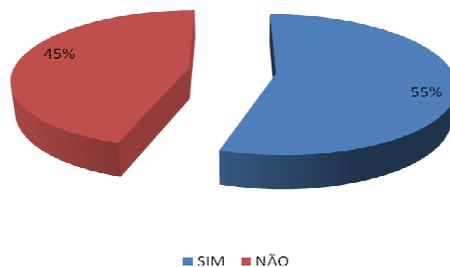
Verifica-se que 60% das adolescentes no momento da pesquisa não haviam concluído o ensino fundamental, e apenas 10% conseguiram concluir o referido nível de escolaridade, os 30% restantes estão às adolescentes que abandonaram ou estão concluindo o ensino médio.

Alguns estudos apontam que os riscos que as adolescentes estão expostas e são mais recorrentes, em virtude da imaturidade dos organismos das adolescentes, são as complicações obstétricas ligadas as variáveis do parto (desproporção céfalo-pélvica, trabalho de parto prolongado, parto operatório, pré-eclâmpsia e retardo de crescimento intra-uterino) (DELÁSCIO & ALMEIDA; MOLINA & ROMEIRO APUD BOCARDI, 2003; 54,55) .

Autores como Chelala apud Bocardi, lembram que a gravidez na adolescência tem outro agravante, pois segundo o referido autor o fenômeno tem tendência a perpetuar situações de pobreza. Isto é quando ocorre nas famílias de classe baixa.

Diante do exposto torna-se preocupante a situação das adolescentes que participaram da pesquisa, por não terem conhecimento suficiente para avaliar os riscos que estão suscetíveis ao desejarem a gravidez. Como foi constatado na presente pesquisa um número significativo das entrevistadas demonstrou o desejo de engravidar. Conforme gráfico11.

Gráfico 11 – Desejo de engravidar



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Mesmo o gráfico 11 apresentar uma diferença entre as adolescentes que desejaram e as que não desejaram ambas estão expostas, ou se expuseram aos mesmos riscos, pois estas respostas foram fornecidas pelos grupos de adolescentes grávidas e as que são mães, participantes do presente trabalho.

Portanto se faz necessário a realização de um trabalho interdisciplinar, envolvendo diversas áreas como saúde, educação e assistência social, voltados para os adolescentes sensibilizando-os quanto aos riscos que envolvem a gravidez na adolescência, e as complicações psico-socio-econômicas e culturais que perpassam por todos os membros da família.

Capítulo III

A caracterização do Bairro da Paz e o evento da gravidez na adolescência na UBS Bairro da Paz – segundo a voz das adolescentes

Com a municipalização, ocorrida em meados de 2005, Manaus foi dividida em quatro distritos sanitários: norte, sul, leste e oeste. O Distrito de Saúde Oeste é composto pelos seguintes bairros: Compensa I, II e III, Santo Antônio, São Raimundo, Glória, Alvorada I e II, Planalto, Bairro da Paz, Redenção e Tarumã. No entanto, o presente capítulo irá tratar da gravidez entre as adolescentes atendidas na Unidade Básica de Saúde localizada no Bairro da Paz.

Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE de 2008, o Distrito Oeste de Manaus tem a população de 400.169, destas 206.114 é de população feminina. Assim, a população do bairro da Paz é de aproximadamente 14.187, consta que desse total 1.150 é de adolescentes de 12 a 19 anos de idade.

Pode-se afirmar, que dentre os distritos sanitários, citados acima, no município de Manaus, percebe-se que o Distrito Oeste também sofre com a falta de infra-estrutura e serviços sociais, pois estes são ainda precários frente à demanda populacional. Segundo dados dos profissionais que atuam no Distrito de Saúde Oeste de Manaus o bairro do Tarumã é o bairro mais precário, pois este insurgiu de recentes invasões.

Em relação ao bairro da Paz é um local que apresenta relativa infra-estrutura, pois possui transporte, saneamento, energia elétrica, educação, dentre outros. Neste encontra-se a Unidade Básica de Saúde do Bairro da Paz, local em que foi realizada a referida pesquisa de campo.

Dentre as inúmeras intercorrências vivenciadas nos estabelecimentos de saúde do Distrito Oeste, tem-se a gravidez precoce. Assim, este capítulo tem como proposta trabalhar a gravidez na adolescência do bairro da Paz onde estão inseridas os sujeitos da referida pesquisa. No entanto, o presente capítulo está dividido em três subitens, a saber:

O primeiro se discorre a respeito das principais características do bairro e os serviços disponíveis para atender tanto a sua comunidade como a de seu entorno.

O segundo se trata dos programas e serviços que são oferecidos pela Unidade Básica de Saúde às adolescentes que procura a referida unidade.

Por último se trabalha a perspectiva da gravidez a partir da ótica dos sujeitos, abordando questões da sexualidade das adolescentes; haverá duas divisões deste subitem, a saber: como se dá a relação das entrevistadas com seus familiares no que se refere a sexualidade; e finalmente se a gravidez foi desejada ou não, ou se planejada ou não.

3.1 Caracterização do Bairro da Paz e os serviços sociais disponíveis

O Bairro da Paz é considerado relativamente novo, pois segundo relato colhido entre os moradores surgiu no início da década de 80, em consequência do processo de invasão organizado por um grupo de pessoas que ali se instalaram. Sua localização é na zona centro-oeste, nas extremidades do Bairro da Redenção e o Conjunto Residencial Santos Dumont. É importante ser destacado que o conjunto residencial citado compõe o bairro da Paz, apesar de alguns moradores deste conjunto não legitimam como moradores do bairro em questão.

Após 28 anos de existência, o bairro da Paz vem, gradativamente, ganhando uma infra-estrutura urbana relativamente de boas condições para quem ali reside. Hoje o bairro conta com serviços de água encanada, energia elétrica e pavimentação. Antes, se tratava de um local de invasão, em que os serviços de infra-estrutura eram inexistentes, a população residia em barracos improvisados e poucos convencionais, cobertos de lonas e papelão ocupados por famílias que não tinham local para morar.

Atualmente, vislumbram-se alguns bens e serviços sociais tais como: na área da educação, este possui três escolas públicas, uma creche, na área da saúde duas unidades básicas de saúde (UBS) e três estratégias de saúde da família (UBSF), na área da segurança um posto policial e ainda conta com serviço de transporte urbano, associação de moradores, uma feira comunitária e uma área comercial bem desenvolvida gerando empregos diretos e indiretos para os próprios comunitários. Pode-se citar ainda, a existência da Pastoral da

Criança, que no ultimo sábado de cada mês, desenvolve atividades com todas as crianças do bairro e adjacentes, o referido bairro possui, como lazer, um clube em que oferece atividades sócio-educativas para os jovens e idosos.

Um quantitativo significativo dos serviços sociais oferecidos pelo bairro também pode ser usufruído por qualquer pessoa de qualquer local do município de Manaus. Da mesma forma é com relação aos serviços oferecidos nos bairros de seu entorno que também podem ser utilizados pela população residente no bairro da Paz, uma vez que este bairro não possui tais serviços, conforme tabela dos bairros adjacentes, relacionados abaixo:

QUADRO 03: Serviços disponíveis no Distrito Oeste

SERVIÇOS	Rede ção	Compen sa	Plana lto	Nova Esperança	São Jorge	Alvora da	Lírio do Vale
Maternidade	-	X	-	-	-	X	-
SPA ⁴	X	-	-	-	-	X	-
Pronto Socorro	X	X ⁵	-	-	-	-	-
PAC ⁶	-	X	X	-	-	-	-
CRAS ⁷	X	X	X	X	X	X	X
UBS ⁸	X	X	X	X	X	X	X
CAIC ⁹	-	X	X	-	-	X	-
POLICLÍNICA	X		-	X	X	-	-
CAIMI ¹⁰	-	X	-	-	-	-	-

Fonte: Levantamento pessoal.

Diante desse contexto, entende-se que o Bairro da Paz é um local que oferece serviços incipientes para a demanda de sua população, pois o poder publico, como em qualquer administração no país, não oferece serviços de qualidade para o atendimento das necessidades básicas. Acredita-se que estas dificuldades façam parte da realidade outros bairros da cidade, outros municípios do Estado, e outros Estados do país, o problema é

⁴ Serviço de Pronto Atendimento.

⁵ No Bairro da Compensa é Pronto Socorro Infantil.

⁶ Pronto Atendimento ao Cidadão.

⁷ Centro de Referência em Assistência Social.

⁸ Unidade Básica de Saúde.

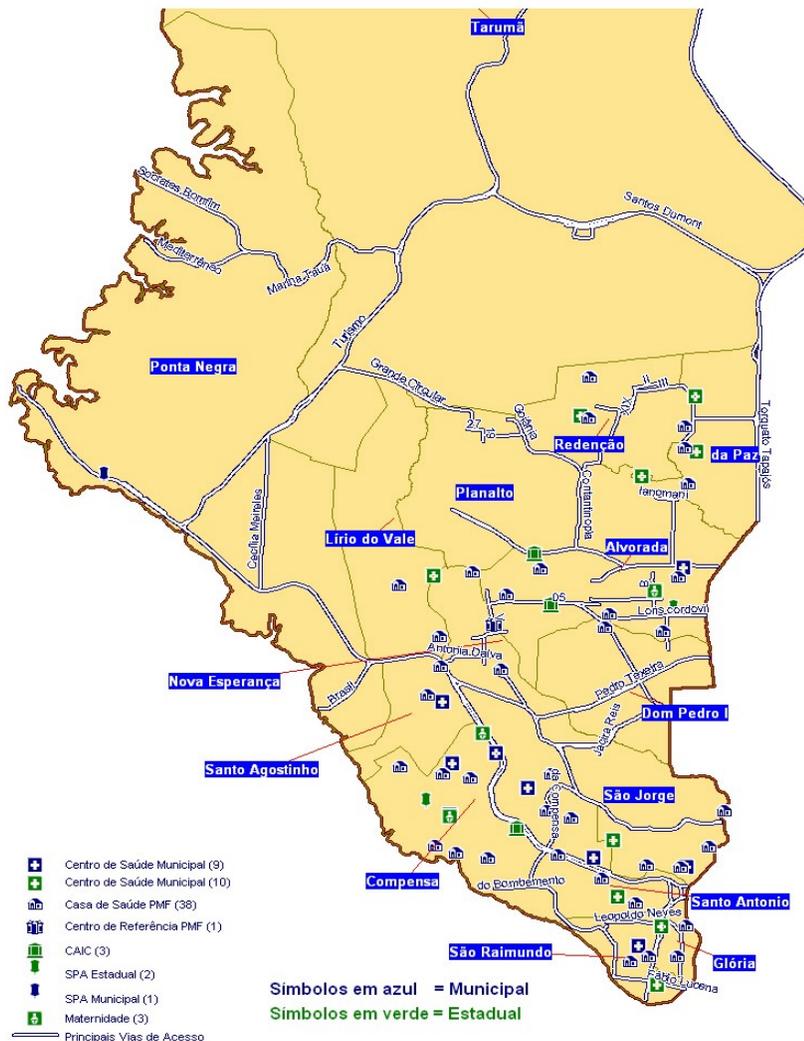
⁹ Centro de Atendimento Integral à Criança.

¹⁰ Centro de Atenção Integral a Melhor Idade.

nacional. Na figura 1 pode-se verificar como os serviços de saúde estão distribuídos no Distrito Oeste de Manaus.

Yasbeck et all (2004) afirmam que o Estado brasileiro no campo das políticas sociais, historicamente, se efetivou mediante programas e ações fragmentadas e eventuais ou seja descontínua. Características que fundamentam as políticas de governo ou de gestão, pois cada governante que assume adéquam os programas sociais de acordo com seus interesses. Ao contrário das políticas de Estado que, a partir de implantadas não podem ser alteradas.

FIGURA 1: MAPA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO DISA OESTE



3.2 O atendimento das adolescentes na Unidade Básica de Saúde

No final dos anos 90 os serviços de saúde em Manaus passaram por algumas modificações. Trata-se do programa de revitalização das unidades básicas de saúde e dos centros de atendimento integral à criança - CAIC'S, programa concebido pelo governo do Estado. Essas reformas permitiram a reorganização destes serviços, para responder às demandas da população.

Ambos os serviços estão localizados nas periferias de Manaus e foram padronizados pelo programa de revitalização para funcionarem como a “porta de entrada” dos serviços de saúde capazes de prestar atendimento primário à população.

Com a revitalização, houve uma padronização da rede física das unidades básicas de saúde em termos qualitativos e quantitativos, pois antes da implantação do programa estes estabelecimentos de saúde eram denominados “postos de saúde”. Essa denominação atendia à situação de simplificação dos serviços de saúde que dispunha apenas de um consultório médico, consultório de enfermagem e a secretaria.

Após a reforma eles passaram a ter três consultórios médicos, para atendimento de pediatria, ginecologia e clínica geral; consultório de Serviço Social; de odontologia; de enfermagem e outras dependências necessárias para um bom funcionamento de uma unidade de saúde, tais como: sala de inalação, de imunização, de curativo, de preparo, de coleta (para exames) e farmácia.

A principal finalidade desse projeto de revitalização assenta-se na excelência dos serviços, pois se espera que o atendimento seja de qualidade para que a satisfação dos usuários seja garantida. Uma das exigências do projeto consiste no que preconiza o Sistema Único de Saúde, no atendimento universal, equânime e integral de toda a população.

E para tanto, são disponibilizados os mais variados programas de saúde nas unidades básicas de saúde, que objetivam atender as diversificadas necessidades demandadas pela população, e podem ser sumarizados no seguinte quadro: Programa de Tuberculose,

Controle e Prevenção da Hipertensão Arterial e do Diabetes de Mellitus, DST's /AIDS, Programa Humanizado de Pré-Natal, Planejamento Familiar, dentre outros.

Dando continuidade ao objetivo da pesquisa, que tem como foco as adolescentes atendidas nas UBS, desse bairro, serão priorizados somente os programas de Planejamento Familiar e Pré-Natal, por atenderem os sujeitos da pesquisa realizada no período de janeiro a maio de 2009.

Em Manaus as unidades de saúde, não possuem um programa específico voltado exclusivamente para os adolescentes. O que existe, são programas executados em parceria com outras secretarias, como a de educação (Juventude Consciente e Saúde na Escola) desenvolvido nas escolas, e assistência social (geralmente para os pequenos infratores que têm que pagar alguma pena alternativa).

De acordo com o Marco Legal – Saúde e Direitos do Adolescente do Ministério da Saúde (2005) a definição da adolescência, é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial.

A Organização Mundial da Saúde define a adolescência à segunda década da vida (de 10 a 19 anos) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos. E desdobra esses conceitos, identificando-se adolescentes jovens (de 15 a 19 anos) e adultos jovens (de 20 a 24 anos).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), considera adolescente a faixa etária de 12 a 18 anos. Existem duas formas de definição da faixa etária, a do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a da Organização Mundial da Saúde, também adotada pelo Ministério da Saúde.

Segundo o Marco Legal do Ministério da Saúde (2005), a necessidade de se adotar o critério cronológico, diz respeito a objetivar:

A identificação de requisitos que orientem a investigação epidemiológica, as estratégias de elaboração de políticas de desenvolvimento coletivo e as programações de serviços sociais e de saúde pública, porém, ignora as

características individuais. Portanto, é importante ressaltar que os critérios biológicos, psicológicos e sociais também devam ser considerados na abordagem conceitual da adolescência e da juventude (p.07).

Na cultura ocidental contemporânea, os primeiros indícios que marcam o início da adolescência são caracterizados pela puberdade, que é o período que se dá a evolução da maturação sexual, a aceleração e desaceleração do crescimento físico, eclosão hormonal e mudança da composição corporal.

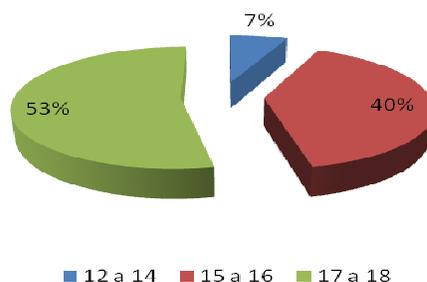
Todas estas ocorrências pelas quais os adolescentes enfrentam trazem conseqüências complexas para o entendimento dos jovens, que geram conflitos pessoais e nos seus relacionamentos, principalmente com seus familiares, como foi discutido no primeiro capítulo deste trabalho.

A gravidez precoce é considerada, uma das conseqüências dos conflitos juvenis, teoria defendida por teóricos e merece investigação.

A presente pesquisa se deteu em entrevistar adolescentes que compreendem a faixa etária estabelecida pelo Estatuto da Criança e do Adolescente. A média de atendimento ao ano de adolescentes atendidas na UBS do Bairro da Paz, a procura de atendimento nos programas Planejamento Familiar e Pré-Natal, é de 600 adolescentes. A pesquisa será realizada com aproximadamente 5% deste universo, ou seja, 30 adolescentes, e estas foram distribuídas em 03 grupos com 10 adolescentes cada um, ou seja: aquelas que nunca engravidaram; as grávidas e as que já são mães. Vale destacar que esses sujeitos da pesquisa, procuraram espontaneamente a unidade de saúde para cadastrar-se em um dos programas que a unidade oferece como, por exemplo, o Pré-Natal ou o Planejamento Familiar.

Conforme gráfico 12 apresenta a distribuição da faixa etária das adolescentes entrevistadas.

Gráfico 12: Faixa etária



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Como pode ser observado no gráfico 12, a faixa etária das adolescentes entrevistadas está assim distribuída: 53% compreendem a faixa etária entre 17 e 18 anos, 40% possuem entre 15 e 16 anos e apenas 7% tem entre 12 e 14 anos. Ou seja, o expressivo percentual que predominou na pesquisa está entre as idades de 15 aos 18 anos, com o total de 93% das entrevistadas.

Entretanto para possibilitar o entendimento de como a faixa etária está distribuída por grupo, faz-se necessário demonstrar estes dados de acordo com cada grupo entrevistado, conforme a tabela 2 abaixo:

Tabela 2: Faixa etária versus condição das adolescentes.

	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
12 a 14	1	0	1	7
15 a 16	4	5	3	40
17 a 18	5	5	6	53

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

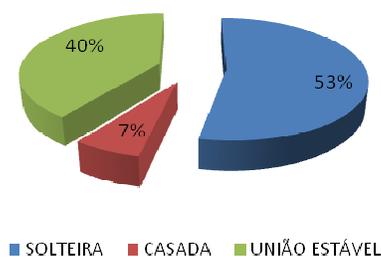
Conforme apresentado anteriormente, no grupo pesquisado houve um predomínio na faixa etária compreendida 15 a 18 anos de idade, porém não há diferença entre os três grupos, os resultados apontam uma similaridade na faixa etária das entrevistadas.

As normas e técnicas dos Programas Pré-Natal e Planejamento Familiar são elaboradas pelo Ministério da Saúde, portanto os estados e municípios são obrigados a seguirem o que é preconizado pelo órgão responsável.

Nestas normas e técnicas estão previstos atendimentos a população em geral, mulher, idoso, criança, indígena, dentre outros, ou seja, todos com programas específicos direcionados para a respectiva população.

Não existe nenhum critério estabelecendo o estado civil da população usuária que demanda dos programas do planejamento familiar e pré-natal, mesmo para as adolescentes, mas como foi observado na pesquisa 53% das entrevistadas é solteira, e o percentual restante ficou entre união estável (40%) e casada (7%), como demonstra o gráfico 13.

Gráfico 13: Estado Civil / Programas



Fonte: Pesquisa de campo realizada de janeiro a maio/2009.

Analisando os dados acima com as afirmações de Gauderer apud Bocardi (2003) que uma das causas para a ocorrência de gravidez na adolescência é *a necessidade de se casar com o homem que ama*. No entanto, na presente pesquisa o que se observa é que a diferença é inexpressiva entre as adolescentes que não possuem companheiro ou marido, e as solteiras, as entrevistadas Grávidas e Mães, conforme demonstra a tabela 3 abaixo que apresenta o resultado em detalhes:

Tabela 3: Estado civil versus condição das adolescentes.

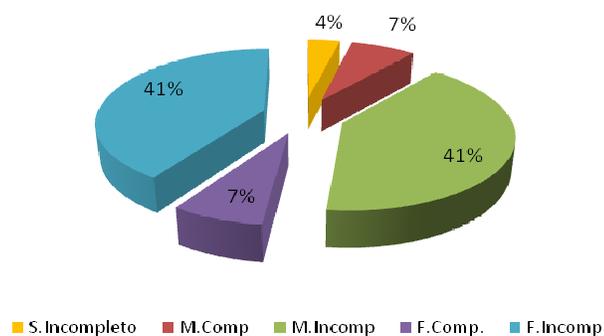
Estado civil:	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
SOLTEIRA	8	4	4	53%
CASADA	0	1	1	7%
UNIÃO ESTÁVEL	2	5	5	40%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

É provável que as mudanças que vem ocorrendo na sociedade, principalmente no comportamental, contribuam para a percepção que estas jovens tenham sobre a relação a dois. Este tipo de mudança é muito influenciado pela mídia, pois se percebe que atualmente vem aumentando o número de mulheres que preferem ter um filho de ‘produção independente’, ou seja, o homem é apenas um doador de sêmen.

Outra questão verificada na pesquisa que pode ser considerada como um problema de imenso agravo de ordem social é a questão da escolaridade das entrevistadas, conforme o gráfico 14, percentual significativo das adolescentes que participaram da pesquisa ou estavam cursando, ou pararam nos Ensinos: Fundamental Incompleto ou Médio Incompleto, os dois níveis possuem a mesma percentagem de 41% cada.

Gráfico 14: Escolaridade das adolescentes



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Esta questão torna-se preocupante, por dois aspectos, o primeiro é referente ao que as diretrizes da Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde em que aponta vários fatores que contribuem para identificar a gravidez de alto risco, dentre os fatores está a baixa escolaridade da mãe; o outro aspecto é o que diz respeito a Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050, realizada pelo IBGE, onde estima que

A fecundidade por idade da mulher, por hipótese, continuará mantendo um comportamento jovem, com o máximo da curva localizado no grupo 20 a 24 anos de idade. A esse respeito,   importante mencionar que as informações censitárias têm mostrado que a fecundidade das mulheres com mais de 10 anos de estudo apresenta um comportamento, ao longo das idades, associado a um padrão dilatado-tardio, ao contrário das que têm menos de 10 anos de estudo, cujo padrão permanece jovem. Atualmente, a média de anos de estudo da população feminina é de 6,4 anos. Incorporar na projeção de população a mudanç , de jovem para tardio, no padrão etário da fecundidade relacionada a um de seus principais

condicionantes, como é a escolaridade feminina, é extremamente problemático devido a incerteza acerca do momento no qual as mulheres ultrapassarão a média de 10 anos de estudo.(p.57).

Para o referido Instituto, tal estimativa na oscilação da taxa de fecundidade da mulher pode estar relacionada aos anos de estudos que a mulher possui, ou seja, quanto mais anos a mulher tem de estudo mais tardiamente ela vai engravidar ou reduzir o número de filhos.

Provavelmente, tais afirmações do IBGE sejam confirmadas na tabela 4 abaixo, onde apresenta o resultado dos dados de acordo com os grupos pesquisados.

Tabela 4: Nível de Escolaridade versus condição das adolescentes.

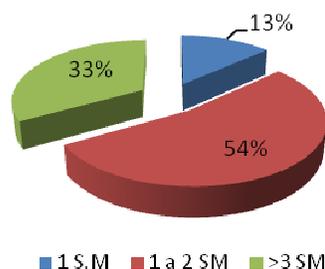
NÍVEL DE ESCOLARIDADE	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
SUPERIOR INCOMPLETO	1	0	0	4%
ENSINO MÉDIO COMPLETO	1	1	0	7%
ENSINO MÉDIO INCOMPLETO	6	5	3	41%
ENSINO FUNDAMENTAL COMPLETO	0	1	1	7%
ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO	2	3	6	41%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Constata-se que a escolaridade das adolescentes que nunca engravidaram e as mães predomina o Ensino Médio Incompleto, enquanto entre as adolescentes grávidas entrevistadas predominou as que estava cursando, ou cursou apenas o Ensino Fundamental Incompleto.

Portanto, infelizmente no Brasil o nível de escolaridade de qualquer cidadão dependerá do nível econômico no qual está inserido. No caso dos sujeitos da pesquisa realizada demonstra que 54% tem a renda familiar entre 01 e 02 salários mínimos, conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 15: Renda familiar



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Analisando como a renda familiar está distribuída entre o grupo entrevistado, observa-se detalhadamente na tabela abaixo as seguintes informações:

Tabela 5: Renda familiar versus condição das adolescentes.

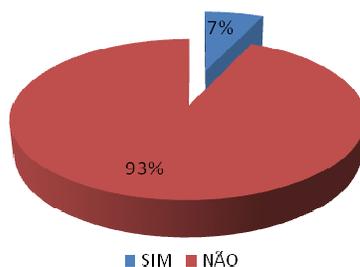
RENDA FAMILIAR	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
1 SALÁRIO MÍNIMO	1	1	2	13%
1 A 2 SALÁRIO MÍNIMO	6	4	6	54%
ACIMA DE 3 SALÁRIO MÍNIMO	3	5	2	33%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Nesta questão também se verifica que, no grupo entrevistado, não ocorre grande variação na renda familiar, demonstrando que os grupos pertencem à classe pobre, onde as perspectivas de vida são quase nulas, e seguindo a distinção que Pereira (2007) faz entre provisões *mínimas* e necessidades *básicas*, em que o primeiro se fundamenta em *patamares de satisfação que beiram a desproteção social*; enquanto o segundo *expressa algo fundamental, serve de base de sustentação indispensável* (p. 26). Portanto acompanhando as definições estabelecidas pela referida autora, constata-se que nos grupos entrevistados, suas famílias se caracterizam como inseridas entre aqueles que apenas suprem suas provisões mínimas. Ou seja, as adolescentes entrevistadas fazem parte da classe menos favorecida, onde todos os efeitos negativos da questão social são latentes neste patamar.

Mesmo como foi demonstrado nos dados anteriores a renda familiar das adolescentes entrevistadas ser significativamente baixa, na pesquisa constatou-se que apenas 7% das adolescentes trabalham, enquanto o restante (93%) afirmaram não trabalhar. Conforme o gráfico 16:

Gráfico 16: Situação Ocupacional das adolescentes



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

O fato de 93% das adolescentes informarem está desempregada, é provável que este dado esteja relacionado ao baixo nível escolar das entrevistadas, que diretamente contribui para dificultar sua inserção no mercado de trabalho, uma vez que este está cada vez mais exigente, ou falta de oportunidade, ou até mesmo uma opção da família.

Será verificado na tabela a seguir que do percentual de apenas 7% de adolescentes que trabalham, estão distribuídas nos seguintes grupos apresentados, a seguir:

Tabela 6: Situação ocupacional versus condição das adolescentes

VOCÊ TRABALHA	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
SIM	0	1	1	7%
NÃO	10	9	9	93%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Constata-se que o percentual apresentado referente a ter informado que exercem uma atividade laboral, são pertencentes aos grupos de adolescentes mães e grávidas entrevistadas na pesquisa de campo, e a ocupação informada pelas pesquisadas é de babá. Esta ocupação pode ser reflexo do que foi colocado anteriormente no diz respeito ao nível de escolaridade e a pouca oferta de trabalho para o nível de escolaridade apresentado.

Nos grupos entrevistados, no que concerne a condição de moradia 80% das adolescentes reside em casa própria, em casa alugada 5%, e 3% reside em casa cedida, que na coleta dos dados denominaram-se como *outros*, que são casas de terceiros como sogros, tios, avós, dentre outros. De acordo apresentado no gráfico 17:

Gráfico 17: Situação de moradia



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Conforme o apresentado na tabela 7, o índice de adolescentes que reside em casa alugada ou cedida, isto comparado ao índice de renda mensal pode-se considerar como um ponto positivo para a família da adolescente.

Novamente faz-se necessário verificar nesta questão, qual o grupo de adolescentes que se inclui em cada variável, conforme demonstra a tabela 7:

Tabela 7: Tipo de residência versus condição das adolescentes.

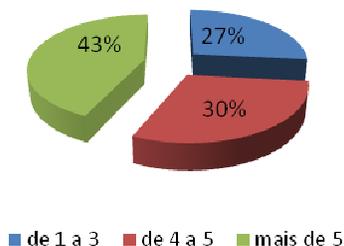
TIPO DE RESIDÊNCIA	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
PRÓPRIA	8	8	8	80%
ALUGADA	2	1	2	17%
OUTROS	0	1	0	3%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Constata-se que o índice de adolescentes que residem em cada própria é igual nos três grupos, 80%. Com relação a variável *alugada* é apresentado em termos quantitativos um resultado linear entre os três grupos. Enquanto a variável *outros* somente o grupo de mães se insere nesta resposta.

Como foi apontado acima, 80 das adolescentes entrevistadas informaram que residem em casa própria, é interessante destacar o quantitativo de pessoas que residem na casa com as adolescentes. Entre as entrevistadas 27% informaram que reside com mais de 5 pessoas, 30% residem entre 4 e 5 pessoas e 27% entre 1 a 03 pessoas, conforme dados do gráfico 18.

Gráfico 18: Número de pessoas residentes na casa



o de pessoas que residem na casa

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

É provável que este quantitativo esteja relacionado a outros fatores já destacados neste trabalho como, os re-arranjos familiares que atualmente se caracteriza a família contemporânea, a renda familiar e talvez o fato destas famílias residirem em casa própria. Pois em virtude das dificuldades financeiras enfrentadas por todos os membros da família, eles são obrigados a dividir o único bem com os novos integrantes da família, como genros, noras, dentre outros.

Pode ser verificado na tabela 8, como estes dados estão distribuídos em cada grupo pesquisado.

Tabela 8: Número de pessoas residentes na casa versus condição das adolescentes.

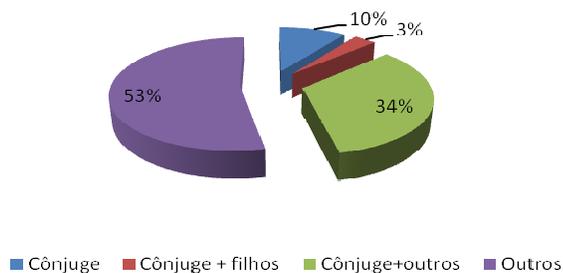
NÚMERO DE PESSOAS RESIDENTES NA CASA	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
1 A 3 PESSOAS	2	1	5	27%
4 A 5 PESSOAS	4	3	2	30%
MAIS DE 5 PESSOAS	4	6	3	43%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Percebe-se que dentre os grupos entrevistados, os que mais apresentam um quantitativo maior de pessoas residentes na casa são das adolescentes que nunca engravidaram e as que já são mães.

Portanto faz-se necessário identificar com quem as adolescentes estão residindo, ou melhor, como a composição de sua família está constituída. O gráfico 19 representa a realidade dos sujeitos da pesquisa.

Gráfico 19: Composição familiar



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009

Em virtude das diversos tipos de composição nas famílias das adolescentes entrevistadas, optou-se por quatro variáveis consideradas as mais fundamentais levando em consideração que dentre os três grupos que participaram da pesquisa, dois deles é imprescindível tais parentescos escolhidos: cônjuge e filho.

Das pessoas que residem na mesma casa com as adolescentes 53% residem com outros, que se caracterizaram na pesquisa os parentes, como pais, irmãos, tios, primos e sobrinhos; e agregados como sogros, cunhados e padrastos; 34% residem com o cônjuge e outros (já explicado anteriormente); 10% residem somente com o cônjuge e 3% com o cônjuge e seu filho. Estes dados vêm confirmar as teorias de Carvalho(2003) em que as famílias na atual conjuntura acomodam-se de forma que possam enfrentar as dificuldades que lhes são apresentadas no seu cotidiano.

Na tabela 9 verifica-se como esta composição familiar está distribuída em cada grupo entrevistado.

Tabela 9: Composição familiar versus condição das adolescentes.

	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
Cônjuge			3	10
Cônjuge + filhos		1		3
Cônjuge+outros	2	4	3	30
Outros	8	5	4	57

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

O resultado dos dados obtidos demonstra que somente os grupos das adolescentes mães e grávidas convivem ou só com seus cônjuges (10%), ou com estes mais o filho (3%), é um valor inexpressivo em relação ao total geral que os dois grupos somados alcançam – 20 adolescentes –, enquanto 57% apresentam uma composição familiar das mais diversificadas.

Considerando os resultados dos fatores sociais levantados na pesquisa de campo, a compreensão destes está intrinsecamente relacionada ao que relatam os autores considerados referência na abordagem das implicações causadas pelos agravos da *questão social* inerentes da classe menos favorecida, os grupos de adolescentes entrevistadas e seus pares, que estes são vítimas em potencial do sistema econômico vigente, subjugados a sistema de proteção social quase nulo, onde seus direitos sociais não são garantidos por deveria garantir, o Estado.

São reflexos da incipiência na efetivação das políticas públicas implantadas no país. Principalmente no tripé da seguridade social: previdência, assistência e saúde, como também na área da educação, a qual pode ser considerada como um fator fundamental para o desenvolvimento psicossocial de qualquer indivíduo em sociedade.

A ausência da garantia dos direitos sociais básicos para a sociedade trará conseqüências das mais variadas, como por exemplo, a gravidez na adolescência, problemática precípua deste estudo que será trabalhada no próximo tópico.

3.3 A perspectiva da gravidez a partir da voz dos sujeitos

Foi trabalhado no item anterior o quantitativo da população do Distrito Oeste e também do Bairro da Paz, lócus da Unidade de Saúde Básica onde foi realizada a presente pesquisa. É importante informar que os grupos participantes do referido trabalho, não são obrigatoriamente moradores do Bairro citado, pois obedecendo ao critério de inclusão adotado, e o princípio do SUS de *universalidade*, foram entrevistadas as adolescentes que espontaneamente os Programas Planejamento Familiar e o Pré-Natal, ambos oferecidos pela Unidade Básica de Saúde.

Ambos os programas foram elaborados pelo Ministério da Saúde, que tem por objetivo o atendimento integral à saúde da mulher. Dentre os dois programas, o Planejamento Familiar é o mais recente, foi lançado em 1996 por meio da Lei 9.263.

Esta tem em seus preceitos os principais artigos, parágrafos e incisos:

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão.

Art. 2º Para fins desta Lei entende-se planejamento familiar como o conjunto de ações de regulação da fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal.

Art. 3º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde.

Art. 4º O planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade.

Pode se observar que esta Lei é um instrumento de direito bastante amplo, e abrange aspectos fundamentais nas questões da saúde reprodutiva, pois ela aponta a responsabilidade da regulação da fecundidade tanto à mulher como ao homem; e o planejamento familiar não se limita somente em evitar uma gravidez indesejada, mas também utilizar técnicas para os casos de infertilidade em mulheres que desejam engravidar.

Quanto ao Pré-Natal e Parto Humanizado (PHPN), tem como objetivo principal o acompanhamento de qualidade às gestantes durante o pré-natal, parto e puerpério, contribuindo para a redução da mortalidade materna e neo-natal.

Portanto, os números apontam o aumento de gravidez entre as adolescentes, tanto em nível nacional, regional e local. Mas as regiões norte e nordeste são as que mais se destacam no país. Conforme Takiuti apud Bocardí (2003) no Brasil, cerca de 1 milhão de adolescentes, entre 10 e 20 anos, dão a luz todos os anos, a referida autora relata ainda que a probabilidade das adolescentes entre 15 e 19 anos terem um filho varia entre 70 por mil nascimentos, podendo alcançar valores acima de 100 em alguns estados do norte e nordeste, enquanto os estados do sul do país os números são inferiores a 60.

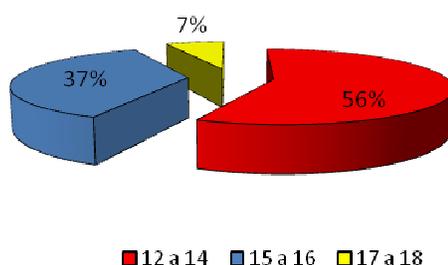
Estes dados são confirmados pela projeção realizada pelo IBGE¹¹ em 2003, na qual se concluiu que a tendência da taxa de fecundidade entre as adolescentes até 2010 alcançará 10,3, com possibilidades de ocorrer um declínio com o passar dos anos, atingindo 8,9% somente em 2050.

É uma projeção preocupante, e deveria servir de alerta aos dirigentes do país para criar estratégias que, urgentemente, acelere a queda da fecundidade em um período inferior a quarenta anos, pois a diminuição é de apenas 1,4% num período considerado longo, principalmente para a problemática em questão que pode trazer repercussões negativas para o futuro destas jovens (AQUINO ET ALL., 2003,378).

Os autores acima afirmam que o aumento e a prevalência da gravidez na adolescência estão relacionados com a idade do primeiro namoro. Foi mais prevalente entre aqueles que tiveram iniciação sexual antes dos 15 anos, especialmente as mulheres.

Com as adolescentes entrevistadas, constatou-se que a maioria das adolescentes iniciarem a sua vida sexual muito cedo, 56% entre 12 e 14 anos e dos 15 aos 16 anos 37%, são valores considerados altos.

Gráfico 20: Idade que iniciou a vida sexual



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

¹¹ A taxa de fecundidade das mulheres jovens continuará incrementando-se até 2010(em 2000, 9,0% – de cada 100 mulheres de 15 a 19 anos, 9 já haviam tido pelo menos 1filho – e 10,3%, em 2010). A partir deste ano a taxa experimenta suaves declínios até atingir os 8,9%, em 2050. Não obstante, a participação relativa da fecundidade das mulheres de 15a 19 nos de idade na fecundidade total eleva-se até 2020. Em 2000, da fecundidade total experimentada ao longo do período fértil, 18,8% correspondiam às mulheres de 15 a 19 anos. Em 2020, este percentual alcança os 24,0%, mantendo-se constante até 2050, em decorrência dos baixos níveis atingidos pela fecundidade. – IBGE - 2004

Estes números demonstraram que entre as adolescentes entrevistadas, é importante verificar que 56% iniciaram sua vida sexual entre os 12 e 14 anos, e 37% dos 15 aos 16 anos, que totalizam o percentual de 93% iniciou a atividade sexual antes dos 17 anos. Analisando por grupos entrevistados a tabela 10 apresenta os seguintes números.

Tabela 10: Idade que iniciou a vida sexual versus condição das adolescentes.

IDADE QUE INICIOU A VIDA SEXUAL	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
12 A 14 ANOS	5	6	6	56%
15 A 16 ANOS	3	4	4	37%
17 A 18 ANOS	2	0	0	7%

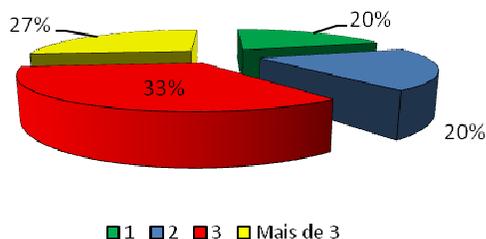
Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Percebe-se que a presente pesquisa confirma as colocações dos autores, quando afirmam que quanto mais cedo a jovem inicia sua vida sexual, mais aumenta a probabilidade de ocorrer a gravidez na adolescência, como é verificado nos grupos de mães e grávidas, todas engravidaram antes dos 17 anos.

Portanto, durante o processo de construção do presente trabalho, não foi encontrado qualquer literatura que relacionasse o evento da gravidez na adolescência com o número de parceiro. Mas chamou bastante atenção esta informação por isto será apresentado a seguir.

O número de parceiros que as adolescentes já tiveram predominou as que tiveram mais de 3 parceiros, que foram 33% das entrevistadas, inclusive dentre este percentual, uma das adolescentes pesquisadas com apenas 17 anos, do grupo das que nunca engravidaram respondeu que já teve 30 parceiros, e iniciou sua vida sexual aos 14 e atualmente vive maritalmente; 27% mais de 3; e somente 20% das entrevistadas afirmaram que tiveram 2 parceiros, a mesma porcentagem com as que responderam ter tido apenas 1 parceiro.

Gráfico 21: Número de parceiros



Consta-se que é no grupo das adolescentes que nunca engravidaram prevaleceu o maior quantitativo no número de parceiros mais de 03, quanto ao grupo de mães predominou 3 parceiros.

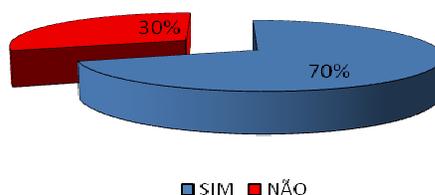
Tabela 11: Número de parceiros versus condição das adolescentes.

NÚMERO DE PARCEIROS	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
1 PARCEIRO	3	0	3	20%
2 PARCEIROS	2	2	2	20%
3 PARCEIROS	1	6	3	33%
MAIS DE 3 PARCEIROS	4	2	2	27%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Somando os dois percentuais considerados mais altos, alcança-se o total de 60% das adolescentes que apresentaram o maior número de parceiros até a data da entrevista, ou seja adolescentes que já tiveram a partir de 3 parceiros. Este dado é preocupante pelo fato destas jovens estarem potencialmente vulneráveis não somente a gravidez não desejada, mas também às Doenças Sexualmente Transmissíveis e HIV/Aids. Mesmo quando 70% das entrevistadas informam que houve preocupação em se proteger na primeira experiência sexual, de acordo com o gráfico 22:

Gráfico 22: Preocupação em se proteger na primeira relação



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Conforme a tabela 12, 70% das entrevistadas nos três grupos informam que houve preocupação em se proteger na sua primeira relação sexual, conforme dados da tabela abaixo apresentados.

Tabela 12: Preocupação em se proteger na primeira relação sexual versus condição das adolescentes.

PREOCUPAÇÃO EM PROTEGER NA PRIMEIRA EXPERIÊNCIA SEXUAL	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
SIM	8	5	8	70%
NÃO	2	5	2	30%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Mesmo 70% das entrevistadas respondendo que houve preocupação em se proteger na primeira relação, dentre elas algumas informaram que não se protegeram, conforme relatos abaixo:

Eu me preocupei, mas não usei nada (risos) – EOA, 14 anos, Nunca engravidou sua primeira experiência foi aos 12 anos.

Me preocupei, mas não usei nada porque eu ainda não menstruava – MFFF, 17 anos, Adolescente grávida, sua primeira experiência foi aos 12 anos.

São relatos preocupantes porque demonstram que, mesmo sabendo dos riscos que estavam se expondo elas não demonstraram interesse em se proteger no momento de sua primeira experiência sexual.

Será apresentado na tabela 13 qual o grupo em que ocorreu maior preocupação e de quem foi a preocupação, para verificar se foi da adolescente ou de seu parceiro ou ambos preocuparam-se:

Tabela 13: Quem se preocupou versus condição das adolescentes.

DE QUEM	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
ADOLESCENTE	4	1	1	28,57
PARCEIRO	1	2	3	28,57
OS DOIS	3	2	4	42,86

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

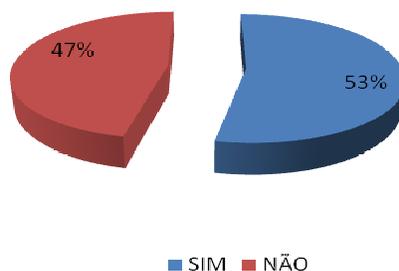
De acordo com as respostas obtidas, 42,86% das entrevistadas disseram que a preocupação em se proteger na primeira relação sexual partiu tanto delas quanto do seu parceiro; 28,57% apenas o parceiro se preocupou e, no mesmo percentual de 28,57% somente a adolescente se preocupou.

O motivo que levou estas jovens a assumirem tal comportamento talvez esteja relacionado ao que Tiba (1994) chama de onipotência juvenil¹², e Feijó (2007) define apenas de onipotência, mas com o mesmo sentido, em que nada acontece com eles, é como se eles possuíssem a auto-imunidade, estão protegidos de tudo e de todos, principalmente dos pais.

Torna-se mais evidente quando se refere ao Programa Planejamento Familiar, pois a diferença entre as adolescentes que conhecem das que não conhecem o citado programa é muito ínfima para atingir a igualdade, apenas 3% para alcançar este patamar preocupante, conforme o gráfico a seguir:

¹² No Olimpo da onipotência juvenil o mundo se move sobre verdades próprias: as meninas não engravidam; as drogas nunca viciam; o passado não existe; o futuro é já; acidentes de carro só acontece com otários, e; para passar de ano basta dar “uma lida” na matéria às vésperas da prova final. (Tiba, 1994).

Gráfico 23: Conhece o Planejamento Familiar



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Quando estes dados são demonstrados pelos três grupos pesquisados percebe-se que a proximidade da igualdade mencionada acima torna-se distante, conforme a tabela 14, a seguir:

Tabela 14: Conhece o Programa Planejamento Familiar versus condição das adolescentes.

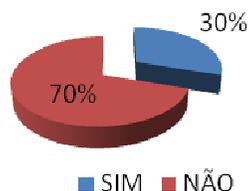
CONHECE O PROGRAMA PLANEJAMENTO FAMILIAR	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
SIM	6	9	1	53%
NÃO	4	1	9	47%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Verifica-se entre as adolescentes que nunca engravidaram, a diferença é pequena, mas quando se analisa os outros dois grupos percebe-se uma discrepância nas respostas: no grupo das adolescentes mães a grande maioria conhece o referido programa, enquanto no das adolescentes mães a maioria não conhece.

Quanto a participação no PLAFAM, é outro dado apresentado que causa preocupações, pois a diferença entre as respostas são alarmantes, pois o gráfico 24 demonstra o que se diz:

Gráfico 24: Participação no PLAFAM



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Percebe-se no gráfico acima a enorme diferença no que diz respeito a participação das adolescentes no programa citado: 70% não participa ou nunca participou do programa. E quando parte-se para verificar qual o grupo que se destaca, constata-se ao que foi mencionado anteriormente como onipotência juvenil.

Tabela 15: Participação no Planejamento Familiar versus condição das adolescentes.

JÁ PARTICIPOU DO REFERIDO PROGRAMA	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
SIM	4	5	0	30%
NÃO	6	5	10	70%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

O grupo das adolescentes grávidas foi unânime em responder que nunca participou do PLAFAM, enquanto os dois restantes as respostas apresentaram um equilíbrio em suas respostas.

Conforme nas próximas tabelas percebe-se que 70% dos sujeitos da pesquisa conhecem algum tipo de método de contracepção, mas um número inexpressivo informou que nunca ter utilizado uma adolescente do grupo das grávidas e duas adolescentes do grupo de mães, diante destes números, julgou-se desnecessário apresentação do gráfico ou tabela, com os referidos dados:

Tabela 16: Conhece algum tipo de método contraceptivo versus condição das adolescentes.

CONHECE ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
SIM	10	9	10	97%
NÃO	0	1	0	3%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

As entrevistadas demonstraram ter grande conhecimento sobre os métodos contraceptivos existentes, 97% das entrevistadas afirmam conhecer algum tipo de método, foram citados: preservativos 37%, pílula 32% , injetáveis 23%, e apenas 8% mencionaram Dispositivo Intra-Uterino – DIU.

Tabela 17: Método que já utilizou ou utiliza versus condição das adolescentes.

QUAL (IS) MÉTODO(S) JÁ UTILIZOU, OU UTILIZA	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	
PÍLULA	2	3	3	8
PRESERVATIVOS	9	3	6	18
INJETÁVEL	4	3	0	7

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Analisando as duas tabelas acima, conclui-se que as adolescentes entrevistadas conhecem algum método contraceptivo, como também já utilizaram algum, 18 preferencialmente já utilizaram ou utilizam os preservativos, 8 as pílulas, talvez pelo fato de serem os de mais fácil acesso, pois como elas afirmaram que nunca participaram do PLAFAM, supõe-se que elas adquiram estes métodos nas drogarias, onde a apresentação de prescrição médica – nos casos dos hormônios – oral e injetável – não é necessário.

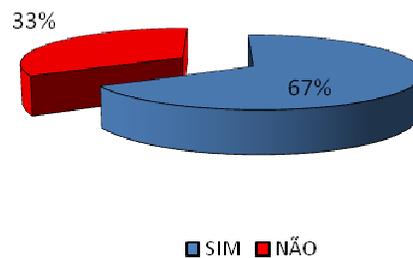
Diante do contexto apresentado, verifica-se que: mais da metade das adolescentes entrevistadas conhecem o programa PLAFAM, mas 70% não utilizam o referido programa; quase todas têm conhecimento dos diversos métodos de anticoncepção, inclusive afirmando utilizá-los. Com isto surgem os mais variados questionamentos. Por que as adolescentes não procuram o Programa Planejamento Familiar, uma vez que o referido programa oferece todos os métodos que elas conhecem e utilizam? Como elas tomaram conhecimento dos tipos de métodos contraceptivos? Estas questões não foram levantadas no instrumento da pesquisa.

Feijó (2007) relata que se não ocorrer diálogo sobre sexualidade entre os pais e os filhos adolescentes, estes não conseguem um planejamento a longo prazo, e como tem a característica de onipotentes e, conseqüentemente, são potencialmente objeto de risco quanto às DST e à gravidez na adolescência.

Entretanto, a presente pesquisa levantou questionamentos que buscaram identificar como se dá o relacionamento destas jovens com seus familiares, inclusive sobre questões que permeiam a sexualidade das entrevistadas e orientações recebidas de seus familiares.

Os resultados que serão apresentados a seguir, confirmam o que o autor acima citado defende. Ao serem questionadas se elas conversaram com alguém sobre sexo e a sua primeira experiência sexual, os três grupos responderam da seguinte maneira conforme gráfico 25:

Gráfico 25: Conversou com alguém sobre a primeira relação sexual



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Veja-se que a 67% das entrevistadas conversam sobre sexo, e apenas 33% não, das responderam positivamente apresentaram uma desenvoltura em suas respostas. Como relatos abaixo:

Converso com todas as pessoas lá de casa, todo mundo fala sobre isso. (APMO, 16 anos, Adolescente Mãe).

Converso com os meus pais, ele têm a mente muito aberta. (DQC, 16 anos, Adolescente que nunca engravidou).

Sim, converso com a minha mãe e irmãs. A minha mãe tem muita preocupação em deixar a gente desinformada. A informação, orientação é constante. Até com a minha irmã que já é casada. (SSS, 15 anos, Adolescente que nunca engravidou).

Com a minha mãe, para ela me explicar, ela é mais experiente. (MELV, 16 anos, Adolescente Mãe).

Os relatos das adolescente acima demonstram que elas possuem muita liberdade e confiança em suas mães. Enquanto as que responderam negativamente, os seus discursos são muito parecidos.

Não tinha segurança para falar disso, tinha medo. (MLF, 16 anos, Adolescente Grávida)

Não, porque não gosto. (CFS, 18 anos, Adolescente grávida).

Não gosto de conversar sobre a minha vida sexual. (LSCS, 17 anos, Adolescente Mãe).

Estas deixam muito claro a grande dificuldade que elas tem de falar sobre sexo tanto com a mãe como com qualquer outra pessoa.

Os dados das tabelas abaixo facilitarão no entendimento de qual grupo tem mais esta disposição em conversar sobre sexo e sua primeira relação sexual, e com quem.

Tabela 18: Com quem conversa sobre sexo versus condição das adolescentes

COM QUEM	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
MÃE	6	3	2	46%
AMIGA	1	2	2	21%
IRMÃ	2	1	0	12%
OUTROS	1	2	2	21%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Tabela 19: Conversou com quem sobre a sua primeira experiência sexual versus condição das adolescentes.

COM QUEM	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
MÃE	6	2	2	50%
AMIGAS	3	1	1	25%
OUTROS	0	3	2	25%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Nas tabelas 18 e 19, percebe-se que o grupo que mais confia na figura materna é das adolescentes que nunca engravidaram, e a de maior rejeição desta figura são os dois grupos restantes. Então, o resultado acima realmente confirma as idéias de Feijó (2007) e Tiba (1994) que afirmam que, quanto mais saudável e aberta a relação entre os pais e os jovens, mais bem estruturados adultos estes se tornarão.

A teoria da onipotência juvenil levantada pelos dois autores acima, juntamente com o desejo de engravidar é inerente a qualquer mulher. Na fase da infância, este sentimento é muito evidente quando se observa a criança brincando com sua boneca.

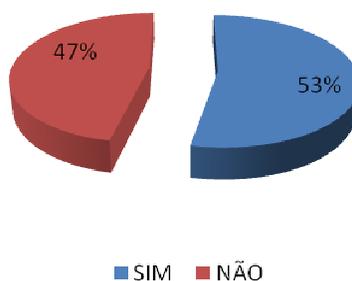
O instinto materno pode favorecer no despertar do desejo de ter um filho pela adolescente. Langer apud Bocardi (2003) aduz que a vontade da mulher ter um filho é biológica e ela aponta diversas causas para manifestar tal desejo:

Seu instinto maternal é parte integrante de sua sexualidade feminina. Ela pode desejar um filho, porque isto significa recuperar a própria mãe e também porque ela permite indentificar-se com ela. Também deseja ter um filho para poder comprovar sua própria fertilidade [...] no fundo acha que o desejo de ter um filio provém de sua necessidade psicológica de desenvolver todas as suas capacidades latentes. (p. 48).

Para a autora acima o desejo da mulher de ter um filho é exclusivamente para atender a um bombardeio de questões psicológicas que se manifestam sem levar em consideração às de ordem social. O que no senso comum denomina-se de o “despertar do relógio biológico”.

Talvez as idéias da referida autora sejam relevantes quando se observa que para as adolescentes entrevistadas esta vontade ainda não despontou, o seu relógio biológico não disparou. Pois quando foram questionadas se tinham vontade de engravidar, as respostas foram as seguintes:

Gráfico 26: Desejo de engravidar



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Os resultados são muito próximos, elas ficaram muito divididas, principalmente as grávidas e as que são mães, mesmo as adolescentes que não engravidaram a diferença foi pequena, conforme tabela abaixo que apresenta o resultado por grupos:

Tabela 20: Desejo de engravidar versus condição das adolescentes

DESEJOU, OU DESEJA ENGRAVIDAR	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
SIM	6	5	5	53%
NÃO	4	5	5	47%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Os dados acima vem confirmar os relatos das adolescentes que ao serem questionadas se aconselhariam uma outra adolescente a engravidar, os relatos foram os seguintes:

Prá ela não engravidar né?, porque ela poderá erminar os estudos. Porque o futuro pra ela vai ser bem diferente se tiver um filho. (MELV, 16 anos, Mãe).

Bom, primeiro que estudasse, prá dá um futuro melhor pro seu filho. Eu não terminei. Se estudasse melhor pro meu filho. (CAM, 18, Grávida).

Falaria pra ela se previnisse, pois filho não é para quem qué é pra quem pode. (LSCS, 17 anos, Mãe).

É muito ruim, acorda de madrugada vomitando. Não consegue dormir. (CFS, 18 anos, Grávida).

Não errasse como eu errei, né? Pra mim foi um erro. Não quero permanecer nesse erro. (MLF, 16 anos, Grávida).

Que se previna, que não vai assim na corda do homem, de não usar camisinha, que sobra só pra gente depois. O homem fica de bem. (AOS, 18 anos, Mãe).

Nas falas das adolescentes percebe-se um tom de arrependimento das adolescentes que são mães ou grávidas. Principalmente, por elas darem destaque ao fator educação, pois na visão delas é como se os estudos que elas tiveram, por necessidade de largar, em virtude da gravidez ou do filho, já faz parte de um futuro muito distante. Algo inalcançável.

Em números, estas informações se expressam visivelmente na tabela abaixo:

Tabela 21: Conselho para outra adolescente sobre engravidar versus condição das adolescentes.

De acordo com a sua experiência que orientação daria a uma adolescente?	Mães	Grávidas	%
Aconselharia para não engravidar	8	8	80%
Aconselharia para engravidar	0	1	5%
Não falaria nada	2	1	15%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Das adolescentes entrevistadas 80% diriam a outra adolescente para não engravidar. Isto reflete o sentimento de arrependimento pelo qual elas sentiram no momento da pesquisa, principalmente por terem abandonado os estudos.

Com relação a esta abordagem Dadoorian (2000), afirma que o abandono dos estudos pode estar relacionado a falta de estímulos dos pais, visando o desenvolvimento escolar para seus filhos, ou pela maior valorização do trabalho, pois assim o adolescente poderia contribuir com o aumento da renda familiar. Porém esta última não procede para as adolescentes entrevistadas nesta pesquisa, pois somente 3% afirmaram estar desenvolvendo atividade laboral.

Realizando uma análise comparativa entre as tabelas 20 e 21, constata-se um paradoxo nas falas das adolescentes, pois na primeira tabela, 53% das adolescentes entrevistadas manifestaram o desejo de engravidar, e na segunda tabela 80% informaram que não aconselhariam outra adolescente de engravidar. Este paradoxo induz a questionamentos complexos de responder: afinal será que houve arrependimento das adolescentes que desejaram sua gravidez?

De acordo com relatos, dados dos gráficos e tabelas anteriormente mencionados, destaca-se aqui que das adolescentes entrevistadas que afirmaram ter diálogo aberto com seus pais, ao saberem que a jovem tinha iniciado a vida sexual, a reação foi a seguinte.

Tabela 22: Reação dos familiares ao saberem que você já havia iniciado a vida sexual

Qual foi a reação de seus familiares que você já havia iniciado sua vida sexual?	Nunca engravidaram	Mães	Grávidas	%
Reação negativa	5	2	5	40%
Reação indiferente	2	3	0	17%
Reação positiva	2	2	3	23%
Preocupados	1	3	2	20%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Como o grupo das adolescentes que nunca engravidaram foi a que manifestou haver maior abertura com seus pais. Para os pais, de acordo com o relato das adolescentes esta reação de indiferença também pode ser interpretada como revolta, pela quebra de confiança que havia anteriormente. Como algumas jovens relataram:

Foi no dia seguinte. Minha mãe ficou querendo me matar, mas depois entendeu. Minha irmã achou normal porque já tinha acontecido com ela. Ela se preocupou se eu tinha me protegido. (EPF, 18 anos, Nunca engravidou, teve a primeira relação aos 15 anos).

Eu conversei antes da minha primeira relação, inclusive fui levada ao ginecologista pela minha mãe. (DQC, 16 anos, Nunca engravidou, sua primeira relação foi aos 16 anos).

No dia seguinte da minha primeira relação. Minha mãe disse que já esperava, aí ela disse: “arrumou namorado sério, depois de 1 ou 2 meses, já anuncia que já está transando”. (SSS, 15 anos, Nunca engravidou, sua primeira relação foi aos 13 anos).

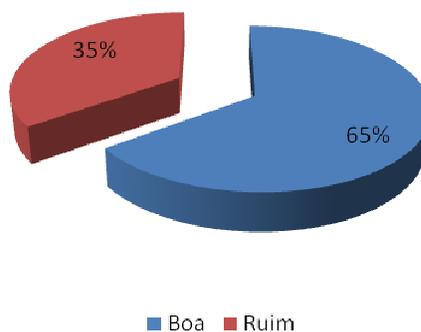
Meu pai soube só quando eu engraidei. Ele ficou calado. Eu era muito revoltada com ele. (AVS, 17 anos, Mãe, sua primeira relação foi aos 13 anos).
Logo após minha primeira experiência, a minha mãe ficou chateada, porque ela disse que eu sou muito nova. (MELV, 16 anos, Mãe, sua primeira relação foi aos 15 anos).

Meus pais souberam somente dois meses depois. A reação da minha mãe foi a pior possível. Até home meus pais não aceitam. (JAO, 18 anos, Nunca engravidou, teve sua primeira experiência aos 17 anos).

Acredita-se pela narrativa das entrevistadas, um sentimento de revolta dos pais; de incompetência nas orientações dadas às filhas, proque houve falha, ou seja, as orientações não foram processadas como deveriam; o comprometimento no futuro daquela jovem. Enfim é um desafio educar um adolescente.

De acordo com o relato dos grupos de adolescentes Grávidas e Mães, o sentimento da família foi totalmente inverso ao que foi discorrido acima, no que se refere a gravidez da adolescente. Houve um predomínio nas respostas das adolescentes em que 65% das famílias recebeu a notícia de maneira positiva., conforme o gráfico 27:

Gráfico 27: Reação da família ao saber da gravidez da adolescente



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Porém, ao relacionar estes dados com o estado civil das adolescentes, verifica-se que a aceitação da gravidez pela família se deu fato de 60% destas adolescentes serem casadas ou união estável com os pais de seus filhos (ver Tabela 22). Pois vem confirmar o que Silva & Tonete (2006) constataram em sua pesquisa sobre o tema, as autoras concluíram que:

No presente estudo, constatou-se também que, para os familiares, a gravidez na adolescência pode ser permeada por significados positivos, se ocorre em condições preestabelecidas por elas mesmas. Ou seja, em uma sociedade que culturalmente admite o matrimônio como condição prévia para a formação de uma família, a união estável da adolescente com o pai da criança parece contribuir para a representação da gestação precoce como evento natural e desejado. (p.203).

Confirma-se nesta abordagem das autoras citadas, que em nossa sociedade ainda está muito arraigado o preconceito das mães solteiras, com receio de ficarem “mal falada” pelos outros. Um conceito ultrapassado nas sociedades ditas desenvolvidas. Mas analisando o perfil socioeconômico dos grupos das adolescentes entrevistadas, entende-se o motivo de tanta preocupação destas famílias.

Tabela 23: Estado civil versus condição das adolescentes

Estado civil	Mães	Grávidas	%
Solteira	4	4	40%
Casada	1	1	10%
União estável	5	5	50%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Por outro lado as famílias que reagiram negativamente tem uma fala de adolescente que chamou atenção dos pesquisadores:

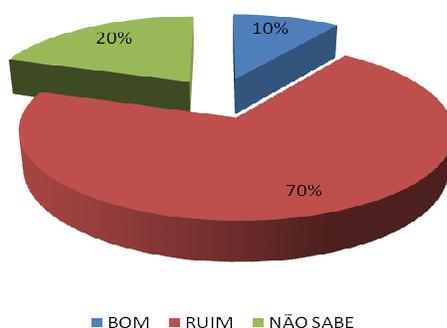
Não vi mais a mamãe quando eu engravidei, moro só com meu pai, não me falou nada (o pai), só que depois ele me disse minha filha porque você não pensa, não pensa. Aí eu fui lá Conselho Tutelar, e lá falaram que depois que eu engravidasse né?, Negócio de engravidar, depois eu ia me arrepender, aí depois o marido não queria, dava um 'chute na bunda' né? Aí eu peguei não liguei assim, né? O papai mandou eu pensar bem. Depois eu pensei e fiquei com o pai dele (do bebê). (NMS, 18 anos, Mãe).

A situação desta adolescente chamou imensamente atenção. Pelo seu modo de se expressar, o seu nível de escolaridade deve estar entre a maioria pesquisada (Ensino Fundamental Incompleto), os pais são separados, não morava e nem tinha contato com a mãe, até o momento da pesquisa. O pai dela, pelo que ela relata, também demonstra ser uma

pessoa que não teve condições de frequentar a escola. Porém no ambiente considerado que seus direitos seriam garantidos, ela enquanto adolescente estariam, teve seus direitos totalmente renegados no Conselho Tutelar. É preocupante pelo fato de ser uma instituição com objetivos precípuos de resguardar e garantir os direitos das crianças e adolescentes. É provável que a adolescente tenha considerado o comportamento e a forma desta pessoa se expressar, natural. E assim esta instituição pode fazer com muitos outros.

Relacionando os dados da tabela 20 – Desejo de engravidar – apresentada anteriormente, com o gráfico 28 – Sobre o significado da gravidez – 70% das adolescentes que nunca engravidaram consideram a gravidez como algo ruim, pois vai comprometer o seu futuro, ter um filho é muita responsabilidade.

Gráfico 28: Significado da gravidez



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

É válido destacar algumas afirmações destas adolescentes no que se refere ao desejo de engravidar:

"Quando tem condições de criar é uma bênção, é muito lindo. Mas quando é adolescente complica mais, tem as preocupações. Quer estudar e não tem mais como. E a preocupação para a família. O corpo ainda não está preparado, eu acho." (SSS, 15 anos, Adolescente que nunca engravidou).

"Hoje pra mim atrapalha toda a minha meta. Eu penso da seguinte forma, eu priorizo a minha vida. Não priorizo a vida do meu namorado. Eu quero ter uma vida estável financeiramente e emocionalmente." (DQC, 16 anos).

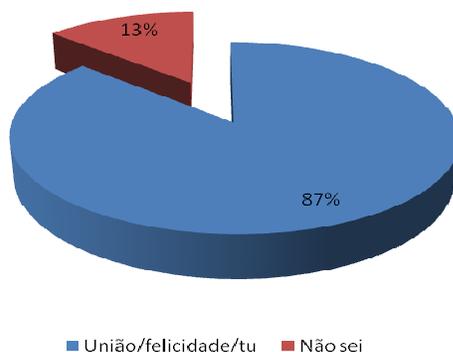
"Muda totalmente a vida da pessoa. Começa a se comportar de outro jeito. Para quem quer ter filho é boa a mudança." (ANS, 17 anos)

É importante informar que elas manifestaram o desejo de engravidar, porém em um futuro com condições para educar seu filho. Elas manifestaram o desejo de concluir seus estudos, ter um trabalho estável. Observa-se que as adolescentes deste grupo tem perspectivas para o futuro, no que se refere em ter condições sócioeconômicas para seus filhos.

Como foi abordado no capítulo anterior, a importância do apoio da família neste momento de passagem da fase infantil/criança para a adolescência, será verificado nos próximos dados a concepção que as adolescentes entrevistadas tem sobre família e como se está estabelecida sua relação com os seus familiares.

Considerando o nível cultural das entrevistadas não apresentar um desenvolvimento cultural dentro dos padrões estabelecidos, como das adolescentes de classe mais favorecidas. As concepções que os três grupos de adolescentes apresentaram a respeito de família, é bastante animador. Conforme o gráfico abaixo:

Gráfico 29: Significado de família



Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Elas demonstraram ter um amplo conhecimento do significado de família. Mas ao perguntar para elas como é a relação delas com as suas famílias (Cf. tabela 24), onde os resultados estão na mesma proporção, entre boa relação com um dos pais (30%), boa com todos (43%) e turbulenta (27%). Elas manifestaram o desejo que a família que elas estão constituindo, ou vão constituir, será diferente da que elas tiveram. Elas idealizam uma família perfeita.

Tabela 24: Relação com a família versus condição das adolescentes.

Como é a sua relação com a sua família	Nunca engravidou	Mães	Grávidas	%
Boa com um dos pais	3	4	2	30%
Boa com todos	5	4	4	43%
Turbulenta	2	2	4	27%

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de janeiro a maio/2009.

Portanto, para os pais é um desafio constante a educar os adolescentes, mas como Tiba (1994) e Feijó (2007) afirmam, é um processo gradual que os resultados surgirão somente na vida adulta. O que se pode entender das colocações dos autores citados é que todo o esforço que os pais fazem em orientar os seus filhos, suas orientações repercutirão somente na vida adulta, é um tanto desolador, considerando os desgastes emocionais que tanto pais quanto adolescentes sofrem neste período compreendido entre a adolescência e a vida adulta.

Se a adolescência é considerada um desafio, ela acompanhada de gravidez, torna-se mais agravante, pois segundo Didooran (2007), a gravidez se torna intolerável para a sociedade, Bocardi (2003) já aponta os fatores de risco que podem ocorrer na gravidez na adolescência, pois de acordo com esta autora a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo atesta que *a mulher só está preparada fisiologicamente para engravidar três ou quatro anos após a menarca*¹³. São inúmeros os fatores de risco a que elas estão expostas.

Em Manaus, de acordo com os dados colhidos do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB ligado ao DATASUS/Ministério da Saúde, a tabela abaixo apresenta os números de adolescentes, menores de 20 anos, que engravidaram nos anos 2007, 2008, e Julho de 2009.

¹³ Primeira menstruação.

Quadro 4: Número de adolescentes grávidas anos 2007, 2008 e 2009.

MÊS	2007	2008	2009
Janeiro	861	903	1.009
Fevereiro	874	898	1.016
Março	873	972	1.049
Abril	855	952	1.084
Mai	816	942	1.098
Junho	918	980	1.076
Julho	912	913	1.058
Agosto	924	1.048	
Setembro	763	1.052	
Outubro	924	1.061	
Novembro	834	1.021	
Dezembro	861	1.028	

Fonte: Sistema de Informação de Atenção Básica SIAB/DATASUS/MS

Os números do quadro 04 mostram um crescimento prevalente nos três últimos anos da problemática gravidez na adolescência. Vale ressaltar que o Ministério da Saúde considera adolescência o período compreendido de 10 a 19 anos, enquanto na presente pesquisa as adolescentes pesquisadas estão na faixa etária entre 12 e 18 anos. É provável que a diferença das faixas etárias contribua para o número expressivo da ocorrência do referido evento apresentado na tabela, mas com certeza também muito preocupante.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao chegar ao término desta jornada de estudo, é de relevância destacar a contribuição que o Mestrado oferecido pelo Programa de Pós Graduação em Serviço Social, proporcionou-me tanto para o crescimento pessoal quanto o profissional.

Possibilitou um despertar acerca da importância de buscar continuamente aprendizado nas questões inerentes à prática profissional, pois uma vez que a realidade é algo dinâmico e está em constante mudança, e o conhecimento é um processo em permanente construção. Contribuiu, sobretudo, no entendimento a respeito da problemática gravidez na adolescência, a qual atinge a adolescente, seus familiares e a sociedade, pois em virtude das altas taxas de ocorrência, atualmente é considerado um problema de saúde pública.

A análise do presente estudo realizado com o universo de adolescentes usuárias dos Programas Pré-Natal e Planejamento Familiar da Unidade Básica do Bairro da Paz, partícipes da pesquisa, permite que sejam levantadas questões fundamentais para reflexões que perpassam nas ações dos programas citados, como também nas atividades desenvolvidas pelos profissionais que atuam frente a eles.

No que se refere ao Programa do Planejamento Familiar as dificuldades mais recorrentes são a distribuição dos insumos e a deficiência no acolhimento aos adolescentes por parte dos profissionais de saúde, em que, muitas vezes, investidos de “autoritarismo profissional” consideram normal tratar o adolescente como irresponsáveis, inconseqüentes, e outros adjetivos que só afastam-no dos poucos programas que eles podem recorrer em uma Unidade Básica de Saúde. Quanto ao Pré-Natal, o fator mais preocupante é a falta de informação sobre os riscos na gravidez que as adolescentes estão predispostas.

Os fatores contributivos para a gravidez na adolescência destacados na presente pesquisa são problemas estruturais como educação, relacionamento intrafamiliar, e a falta de informação, como também a questão cultural.

É provável que dentre os citados, o de caráter educacional seja o mais agravante. É inquestionável que a educação é a base para qualquer indivíduo inserido na sociedade, para proporcionar-lhe o exercício de cidadania, pessoa detentora de direitos, maior possibilidade de crescimento pessoal e perspectivas de futuro. Colocado por algumas adolescentes no decorrer da pesquisa. No entanto percebeu-se um índice expressivo de adolescentes, familiares e companheiros que cursaram ou estão cursando o ensino fundamental incompleto.

O relacionamento intrafamiliar das adolescentes é algo preocupante, foi observado que a composição familiar é bastante diversificada, onde as adolescentes na sua estrutura familiar fazem parte membros como sogros, cunhados, primos, sobrinhos esposas dos cunhados. Estruturas estas que cada vez mais manifestam as diversas formas para o enfrentamento das dificuldades advindas da contemporaneidade, que culminam com o agravamento da questão social.

Como foi constatado no presente estudo a probabilidade da gravidez na adolescência se caracterizar como um dos fatores de alto risco é agravante e se constitui como consequência da falta de informação das adolescentes, pois esta característica só é passada para a jovem após a ocorrência da gravidez quando ela vai dar início ao seu Pré Natal.

No que nos remete a questão cultural, é provável que seja um dos fatores que favoreça para a prevalência da gravidez precoce no Município de Manaus, pois se realizar uma reflexão dos costumes da região percebe-se uma relação muito forte com a cultura indígena característica da região amazônica, em que é tradição nesses povos a ocorrência da iniciação sexual da menina logo após a sua primeira menstruação, que se dará com a realização de seu casamento com pretendente escolhido pela família.

Na análise dos dados do presente estudo duas questões foram consideradas de grande relevância, a primeira foi o fato que ficou muito evidente nas falas das entrevistadas, 53% delas manifestaram o desejo de engravidar, a gravidez refletiu como um desejo consciente, elas expressaram o desejo pela gravidez como algo que foi esperado e planejado. Isto induz a repensar a idéia de que a gravidez ocorre na adolescência por irresponsabilidade, como não planejada, ou indesejada. A segunda é o paradoxo identificado nas falas das adolescentes,

pois assim como o percentual de 53% manifestaram o desejo de engravidar, 80% afirmaram que não aconselharia outra adolescente a engravidar.

Portanto, as crenças, os valores e o modo como representa e age a família perante a situação, ou seja, considerando as potencialidades e os limites da família, os profissionais de saúde têm a possibilidade de exercerem estratégias, especificamente de cunho educativo voltadas para a adolescente que nunca engravidou, a adolescente grávida, a adolescente mãe, e para a família dessas adolescentes, inseridos em seu contexto familiar e social. Dessa forma, facilita-se a aquisição e o desenvolvimento de recursos próprios, por parte do núcleo familiar, no enfrentamento de momentos conflituosos inerentes da gravidez precoce, reconhecendo a família como sujeito ativo nesse processo.

Para alcançar este nível, faz-se necessário a intensificação das ações dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, uma vez que são profissionais com perfil para a realização de trabalhos de sensibilização, pois a proximidade com os familiares de sua área adstrita possibilita o desenvolvimento de estratégias que favoreçam a redução da problemática gravidez na adolescência, e outros fatores que possam interferir na saúde dos adolescentes.

Outra questão de fundamental relevância é a intersetorialidade e as ações coletivas para a promoção e desenvolvimento de atitudes e habilidades nos adolescentes para lidar com a sexualidade, aumentando o seu poder de decisão e seu nível de informação para não ceder às pressões, ampliar a força de negociação e o acesso a atividades educativas e recreativas, desenvolver o autocuidado e estimulá-los para agir como partícipes de seu crescimento e amadurecimento.

Por outro lado, conhecer as mudanças sociodemográficas e de saúde reprodutiva, ocorridas entre o período compreendido antes e depois da gestação de mães adolescentes, pode contribuir para que políticas públicas possam ser direcionadas, tanto para os aspectos preventivos, como para implementação de serviços específicos voltados à saúde sexual e reprodutiva desta população e de seus familiares.

REFERÊNCIAS

AQUINO Estela & ET ALL. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S377-S388, 2003.

ÁVILA, Maria Betânia de Melo & CORRÊA, Sônia. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. IN: GALVÃO, Loren & DIAZ, Juan (organizadores). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios - São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

_____, BRASIL. Lei 8.080/90 Sistema Único de Saúde: Brasília, Ministério da Saúde, 1990.

_____, BRASIL. Decreto nº 99.350, de 27 de junho de 1990. Ministério da Previdência Social, 1990.

_____, BRASIL, Estatuto da Criança e do Adolescente, 1993.

_____, BRASIL. Lei 9.263/96 Planejamento Familiar. Brasília, Ministério da Saúde, 1996.

_____, Manual Técnico do Programa Humanizado do Pré-Natal: Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

_____, BRASIL. Gestante de Alto de Risco. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

_____, Emenda Constitucional nº. 29: Brasília, Ministério da Saúde: 2002.

_____, Política Nacional de Saúde Integral à Mulher, Ministério da Saúde: 2004.

_____, Marco Legal. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BOCARDI. Maria Inês Brandão. Gravidez na adolescência: o parto enquanto espaço do medo. – São Paulo : Arte & Ciência, Marília-SP: UNIMAR, 2003.

BRAVO, Maria Inês Souza & MATOS, Maurílio Castro de. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. IN: BRAVO, Maria Inês Souza [et al] (organizadoras). Saúde e Serviço Social - São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRUSCHINI, Cristina. Teoria crítica da família. IN: AZEVEDO, Maria Amélia & GUERRA, Viviane N. de A. (Orgs.) Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento. – 4ª Ed. – São Paulo : Cortez, 2005.

BOUDON, Raymond & BOURRICAND, François. Dicionário Crítico de Sociologia. 2ª Ed. – São Paulo : Editora Ática, 2007.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Famílias e políticas públicas. IN: ACOSTA, Ana Rojas & VITALE, Maria Amália Faller (Organizadoras). Família: redes, laços e políticas públicas. 4ª Ed. – São Paulo : Cortez, 2008.

_____, O lugar da família na política social. IN: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de [et all] (Organizadores). A família contemporânea em debate. – 5ª ed. – São Paulo : Cortez, 2003.

CARVALHO, Inajá Maria Moreira de & ALMEIDA, Paulo Henrique de. Família e Proteção social – São Paulo em Perspectiva; 17 (2) – 109 – 122, 2003.

CASTEL, Robert. As metamorfoses da questão social – uma crônica do salário. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

CATONNÉ, Jean-Philippe. A sexualidade, ontem e hoje. 2. ed. – São Paulo, Cortez, 2001. Coleção Questões da nossa Época v. 40.

COHN, Amélia & ELIAS, Paulo E. Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços. 5a. ed. – São Paulo: Cortez, 2003.

CORRÊA, Sônia & ÁVILA, Maria Betânia. Direitos sexuais e reprodutivos – Pauta global e percursos brasileiros. IN: BERQUÓ, Elza (organizadora). Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003.

COUTO, Berenice Rojas. O Direito Social e a Assistência Social na sociedade brasileira: uma questão possível? – 2ª Ed. – São Paulo : Cortez, 2006.

DADOORIAN, Diana. Pronta para voar: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.

ENGELS, Friedrich, A origem da família, da propriedade privada e do Estado. 17ª Ed. – Rio de Janeiro : Bertrand Brasil, 2005.

ESTEVEVES, Janine Raymundo e MENANDRO, Paulo Rogério Meira. Trajetórias de vida: repercussões da maternidade adolescente na biografia de mulheres que viveram tal experiência. Estudos de Psicologia. Artigos, 2000.

FEIJÓ, Caio. A sexualidade e o uso de drogas na adolescência: o papel da família e da escola na prevenção das DST, gravidez na adolescência e uso de drogas. São Paulo, Novo Século, 2007.

FERRARI, Mário & KALOUSTIAN, Sílvio Manoug. Família brasileira a base de tudo. 8ª Ed. – São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2008.

FOUCAULT, Michel. História da sexualidade 1: a vontade de saber. 18. ed. Rio de Janeiro, Graal, 2007.

FREITAS, Ângela. Planejamento Familiar: eterno desafio, 2008. Disponível em: <<http://www.ipas.org.br>. Acessado em 04/11/2008.

IAMAMOTO, Marilda . Serviço Social em tempo de fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. 2a. ed. – São Paulo, 2008.

IBGE, Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o Período 1980-2050 – Estimativas Anuais e Mensais da População do Brasil e das Unidades da Federação: 1980 – 2020. Estimativas das Populações Municipais. Revisão 2004.

JAPIASSU, Hilton & MARCONDES, Danilo. Dicionário Básico de Filosofia. 4ª Ed. – Rio de Janeiro : Jorge ZAHAR Editor, 2006.

LEFEVRE, Fernando & LEFEVRE, Ana Maria Cavalcante. Promoção de Saúde: a negação da negação. – Rio de Janeiro: Vieira & Lent. 2004.

MACIEL, Carlos Alberto. A família na Amazônia: desafios para a Assistência Social. IN: Serviço Social de Sociedade nº 71. Cortez Editora: São Paulo, 2006. (2008)

MEDEIROS, Marcelo. A Trajetória do Welfare State no Brasil: Papel Redistributivo das Políticas Sociais dos Anos 1930 aos Anos 1990. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: Brasília, 2001.

MÉDICI, André Cezar. Uma década de SUS (1988-1998): progressos e desafios. IN: GALVÃO, Loren & DIAZ, Juan (organizadores). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios - São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.

MOSER, Antônio. O enigma da esfinge: a sexualidade. 5a. ed. Petrópolis, Editora Vozes, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva. Equidade e Reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. Saúde e Sociedade. V. 15, N.2, p. 34 – 46 – Mai-Ago – 2006.

PEREIRA, Potyara Amazoneida P. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. IN: SALES, Mione Apolinário [et al]

(organizadores). Política Social, família e juventude: uma questão de direitos. – São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Necessidades Humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 4ª Ed. – São Paulo: Cortez, 2007.

RODRIGUES, Maria Lúcia. Refletindo sobre Análise e Interpretação de Dados em Pesquisa. IN: RODRIGUES, Maria Lúcia & NEVES, Noemia Pereira (organizadoras). Cultivando a Pesquisa: Reflexões sobre a investigação em ciências sociais e humanas. Franca - SP: UNESP, 1998.

SARTI, Cynthia Andersen. Família e individualidade: um problema moderno. IN: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de [et all] (Organizadores). A família contemporânea em debate. – 5ª ed. – São Paulo : Cortez, 2003.

_____, Famílias enredadas. IN: ACOSTA, Ana Rojas & VITALE, Maria Amália Faller (Organizadoras). Família: redes, laços e políticas públicas. 4ª Ed. – São Paulo : Cortez, 2008.

SCAVONE, Lucila. Dar vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais. São Paulo: Editora Unecp, 2004.

SILVA, Ademir Alves. A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado. – São Paulo: 2007.

SILVA, Lúcia & TONETE, Vera Lúcia Pamplona. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. Revista Latino-am Enfermagem. 199 – 206, 2006.

SZYMANSKI, Heloisa. Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudanças. IN: Serviço Social de Sociedade n° 71. Cortez Editora: São Paulo, 2006.

TIBA. Içami. Adolescência o despertar do sexo: um guia para entender o desenvolvimento sexual e afetivo nas novas gerações. São Paulo: Editora Gente, 1994.

VIEIRA, Elisabeth Meloni. Políticas públicas e contracepção no Brasil. IN: BERQUÓ, Elza (organizadora). Sexo e vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2003.

VITALE, Maria Amália Faller. Famílias monoparentais. IN: Serviço Social de Sociedade n° 71. Cortez Editora: São Paulo, 2006.

YASBECK, Carmelita & ET ALL, A Política Social Brasileira no Século XXI: A prevalência dos programas de transferência de renda. – São Paulo: Cortez Editora, 2004.

APÊNDICES

ANEXOS

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.
This page will not be added after purchasing Win2PDF.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)