



FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA RATIO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

KLEBIANE VIDAL SILVA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO DA INTERVENÇÃO DO
SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA – BARRA DO
CEARÁ**

FORTALEZA
2015

KLEBIANE VIDAL SILVA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO DA INTERVENÇÃO DO
SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA – BARRA DO
CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Serviço Social da Faculdade Teológica e Filosófica Ratio, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da prof^a Luciana Gomes Marinho.

FORTALEZA
2015

S586g Silva, Klebiane Vidal.

Gravidez na Adolescência: um estudo de caso da intervenção do Serviço Social no Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará. / Klebiane Vidal Silva. Fortaleza, 2015.

69 fls. Enc.

Orientador(a): Prof.^a Ms.^a Luciana Gomes Marinho
Monografia (Graduação) – Faculdade Ratio, Curso Serviço Social.

1. adolescência - gravidez 2. adolescência - sexualidade
3. assistente social I. Prof.^a Ms.^a Luciana Gomes Marinho
II. Faculdade Ratio, Graduação em Serviço Social III.
Título

CDD 361

CDU 364

KLEBIANE VIDAL SILVA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO DA INTERVENÇÃO DO
SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA – BARRA DO
CEARÁ

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora do Curso de Serviço Social da Faculdade Teológica e Filosófica Ratio, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, sob a orientação da prof^a Luciana Gomes Marinho.

Aprovado em ____________.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Luciana Gomes Marinho (orientadora)

Prof. Francisco Antônio Ferreira de Almeida
Faculdade Ratio

Helana Florêncio Paiva
Assistente Social do HDGM – Barra do Ceará

Dedico este trabalho ao meu esposo e minha família que foram porto seguro perante as dificuldades durante este percurso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida e pelos caminhos que ele desenhou pra mim. Agradeço pela coragem e ousadia para me manter de pé mesmo sabendo que inúmeros ventos não sopravam a meu favor. Agradeço ao senhor pelo meu coração e pela proteção, nada eu seria e teria se ele não estivesse do meu lado me dando as respostas precisas.

Agradeço à minha família por ser minha base, por ser o Sol que aquecia meu coração e me dava sustento para enfrentar os dias difíceis. Agradeço em especial a minha mãe e meu pai, pessoas simples, mas de grande coração que sempre foram e serão minhas maiores referências.

Ao meu esposo Paulo Henrique pela cumplicidade e pela confiança que depositou em mim, quando decidi iniciar a faculdade. Agradeço pela escuta, pelo companheirismo e credibilidade, levarei comigo pra sempre suas palavras de motivação e carinho.

À minha orientadora Luciana Gomes, pela paciência na orientação, pelo carinho e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

Às minhas amigas, Anali, Érika, Fabrícia, Fernanda e Luciana, que enfeitaram minha vida de alegria, que sempre estiveram do meu lado e com elas pude compartilhar minhas conquistas e descobrir que o amor é só o começo.

Agradeço por fim a todos e tudo o que me aconteceu, sei que se eu perdesse o amor perderia muito, se perdesse meus amigos perderia muito mais, agora se eu perdesse a coragem, perderia tudo!

RESUMO

O presente trabalho intitulado “Gravidez na Adolescência: Um Estudo de Caso da Intervenção do Serviço Social no Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará” tem como objetivo geral analisar o trabalho do assistente social no atendimento às adolescentes grávidas. O objetivo específico tem como atribuição: Analisar o atendimento do hospital através do assistente social junto às adolescentes grávidas. A metodologia adotada foi uma pesquisa direta com a pesquisa de campo e indireta com a pesquisa bibliográfica, de natureza qualitativa e quantitativa, utilizando-se como técnica para coleta de dados uma entrevista semiestruturada junto as assistentes sociais do próprio hospital. Das referências utilizadas para o desenvolvimento desse trabalho, destacam-se os autores ARAÚJO (2011); CAPUTO (2008); CARVALHO (2009); GAMA (2002); IAMAMOTO (2008); LEAL (2011); LORES (2015); MAIA (2011); OLIVEIRA (2010); RIBEIRO (2008) e VASCONCELOS (2003). Após a análise dos dados coletados, observou-se uma falta de sintonia no atendimento prestado pelas assistentes sociais entrevistadas, uma vez que as respostas para uma mesma indagação sobre o que o hospital oferece as adolescentes grávidas foram bastante divergentes. Mesmo assim o resultado final foi positivo, pois foi demonstrado por parte das entrevistadas um interesse em contribuir para um bom atendimento a sua clientela. Foi constatada uma rede de atendimento às adolescentes grávidas, mas que funcionam isoladamente, havendo portanto, a necessidade que essas ações sejam feitas de uma forma intersetorial, oferecendo uma assistência multidisciplinar e com um atendimento mais humanizado.

Palavras-chave: adolescência; sexualidade; gravidez; família; assistente social.

ABSTRACT

This work entitled "Teenage Pregnancy: A Case Study of Social Work Intervention in the District Hospital Gonzaga Mota - Ceará Bar" has as main objective to analyze the work of the social worker in caring for pregnant teenagers. The specific objective is to award analyze hospital care through the social worker along to pregnant teens. The methodology was a direct survey of the field and indirect research with the literature, qualitative and quantitative nature, using as technique for data collection a semi-structured interviews with social workers of the hospital. The references used for the development of this work, we highlight the ARAÚJO authors (2011); CAPUTO (2008); CARVALHO (2009); RANGE (2002); lamamoto (2008); LEAL (2011); LORES (2015); MAIA (2011); OLIVEIRA (2010); RIBEIRO (2008) and Vasconcelos (2003). After analyzing the data collected, there was a lack of harmony in the care provided by social workers interviewed, since the answers to the same question about what the hospital offers the pregnant teenagers were very mixed. Yet the end result was positive, as was demonstrated by the interviewed an interest to contribute to a good service to their clientele. A network of care to pregnant adolescents was found, but that work alone, having thus the need that these actions be made an intersectoral way, offering a multidisciplinary and with a more humanized care assistance.

Keywords: Adolescence, sexuality, pregnancy, family, social worker.

LISTA DE SIGLAS

CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos
PAIF	Proteção e Atendimento Integral à Família
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente
PSF	Programa de Saúde da Família
SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1 – A estrutura hospitalar está preparada para receber as adolescentes grávidas? 45
- Gráfico 2 – Existe protocolo de atendimento para atender estas adolescentes grávidas pelo serviço social? 46
- Gráfico 3 – As adolescentes grávidas são atendidas pelo hospital, normalmente em caso de aborto, nascimento ou pré-natal?.. 47
- Gráfico 4 – Existe algum tipo de acompanhamento pós-parto em relação a métodos contraceptivos? 48
- Gráfico 5 – Existem muitas solicitações por parte das adolescentes grávidas para realizar o procedimento de laqueadura? 49
- Gráfico 6 – O hospital disponibiliza auxílio transporte em caso de urgência para essas adolescentes grávidas?..... 50
- Gráfico 7 – O hospital dispõe de ambiente para que o parto humanizado seja aplicado? 52
- Gráfico 8 – O Serviço Social tem um programa de atendimento domiciliar as adolescentes grávidas pós-parto? 53
- Gráfico 9 – As assistentes sociais orientam as adolescentes grávidas pós-parto sobre os métodos de prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis? 55

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	HISTÓRICO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	23
	2.1 Origem	23
	2.2 Da década de 1990 até os dias de hoje	27
	2.3 Uma síntese da gravidez na adolescência no estado do Ceará e na cidade de fortaleza em tempos modernos	29
3	IMPACTOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E AS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO	33
	3.1 Impactos da gravidez na adolescência	33
	3.2 Políticas de atendimento para gestantes adolescentes	38
4	ANÁLISE DA PESQUISA REALIZADA COM AS ASSISTENTES SOCIAIS.....	45
	CONCLUSÃO	59
	REFERÊNCIA	61
	ANEXOS	64

1 INTRODUÇÃO

É incontestável a contribuição prestada pelo profissional de Serviço Social à sociedade brasileira, com destaque sobremaneira a população mais carente que sofre com a precariedade do atendimento do serviço público quando o assunto é a gravidez na adolescência.

O tema do presente Trabalho de Conclusão de Curso: “Gravidez na adolescência: um estudo de caso da intervenção do Serviço Social no Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará” surgiu durante o estágio supervisionado I e II do Curso de Serviço Social realizado no Hospital Distrital Gonzaga Mota (Barra do Ceará), na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará. Foi observado um grande número de adolescentes grávidas, além das gravidezes indesejadas vivenciadas pelas mesmas, algumas desconheciam corretamente os métodos contraceptivos, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e os riscos que poderiam acometê-las nesse período. A delimitação do tema objeto desse estudo aborda: uma análise sobre a atuação do Serviço Social no atendimento às adolescentes grávidas assistidas no Hospital supracitado.

Segundo relatório sobre gravidez na adolescência, emitido pela Organização Mundial de Saúde e a Organização das Nações Unidas – ONU, no Brasil, em 2011, 25 mil meninas entre 10 e 14 anos deram à luz, e 440 mil jovens entre 15 e 19 anos tiveram gestações não planejadas. Além disso, 21,5% dos partos no país são feitos em mulheres com menos de 20 anos (BRASIL, 2014).

Ao observar-se o aumento da taxa de fecundidade entre as mulheres no mundo, percebe-se um decréscimo de 3,2 filhos em 1980 para 1,3, em 2014. Porém, no caso das adolescentes e jovens deu-se o inverso. E, a taxa de fecundidade aumentou em 26% (BRASIL, 2014). Percebe-se, portanto, que o número de adolescentes grávidas é uma crescente nos últimos anos. Fato que vêm despertando a preocupação dos profissionais de saúde, e segundo Leal e Wall (2011) esse problema tem se transformando em uma questão de saúde pública.

Mesmo não mais representando um fato inédito, o assunto gravidez na adolescência sempre desperta um sentimento de indignação quando nos deparamos

com mulheres em uma idade tão juvenil tenham que enfrentar uma maternidade sem o devido conhecimento e importância que uma gestação representa.

Dessa forma, atentou-se a curiosidade para saber o que o Estado tem a oferecer como apoio a essas futuras mães, e, especificamente, o hospital, local de nosso estudo. Por isso, nossa pergunta de partida é: quais os tipos de intervenções que o assistente social utiliza no atendimento às adolescentes grávidas assistidas pelo Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará, na cidade de Fortaleza?

O objetivo principal desse trabalho consiste em analisar o trabalho do assistente social no atendimento às adolescentes grávidas assistidas no Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará, na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará.

Ficou atribuído como objetivo específico: analisar o atendimento do hospital através do Assistente Social junto às adolescentes grávidas assistidas no Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará, na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará. Assim, conseguimos absorver uma gama de informações que poderá ser transformada em soluções que possam contribuir para dirimir dúvidas e construir ações efetivas que contribuam para um melhor atendimento pelo profissional de serviço social a essas adolescentes grávidas.

Para compreendermos quais as intervenções utilizadas no atendimento as adolescentes grávidas assistidas em uma maternidade da rede pública da cidade de Fortaleza, emergem as seguintes categorias: adolescência; gravidez; e atuação profissional do Serviço Social.

Conforme definição da Organização Mundial de Saúde (OMS) a adolescência é um período da vida em que o indivíduo passa do aparecimento das características sexuais secundárias à maturidade sexual. Na mesma definição a OMS, afirma que a adolescência está precisa entre os 10 e 19 anos de idade e também é subdividida em fases onde a primeira contempla as idades de 10 a 14 anos e a segunda de 15 a 19 anos (BRASIL, 2014).

A adolescência também é caracterizada por alterações hormonais, processos de questionamentos, intensas transformações, descobertas de novos sentimentos, conscientização da sexualidade, busca da identidade física, psíquica e social do indivíduo (BRASIL, 2014).

Outra consequência a ser observada no contingente populacional de adolescentes no mundo é o início da atividade sexual cada vez mais cedo, o que aponta para a taxa de fecundidade entre as mulheres jovens. Maia e Ribeiro (2011) afirmam que

pelo fato de a gravidez na adolescência estar se agravando a cada ano e levando em conta suas implicações biopsicossociais, a OMS passou a considerar a gravidez na adolescência um problema médico-social grave e de “alto risco” (MAIA; RIBEIRO, 2011, p. 34).

Nesse sentido, a gestação na adolescência apresenta diversos tipos de problemas, o que na maioria das vezes, pode torná-la de alto risco. Mas, se houvesse uma assistência pré-natal de qualidade, muitos desses problemas poderiam ser evitados.

Portanto, sendo a temática “gravidez na adolescência: um estudo de caso da intervenção do Serviço Social no Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará”, objeto do presente estudo, e o assistente social, que segundo o Conselho Regional de Serviço Social/CE – CRESS (2015) tem como uma das atribuições, realizar estudos e pesquisas para avaliar a realidade social, além de produzir parecer social e propor medidas e políticas sociais, devem, pois, considerar a realidade que se apresenta, com o intuito de intervir de forma direta nas questões que mais expressam os motivos pelos quais, ainda hoje, em uma sociedade onde as tecnologias da informação estão tão presentes, muitas adolescentes ficam grávidas por desejarem ou não, mas na maioria das vezes sem um planejamento.

Fatores agravantes se fazem presentes nas gravidezes de adolescentes e preocupam profissionais de saúde e de áreas interdisciplinares, a exemplo do Serviço Social, dentre os quais estão: o baixo peso da criança ao nascer; a junção de duas fases evolutivas na vida mulher; adolescência e gravidez em um tempo relativamente curto acarretando assim o aumento de risco de alterações que podem ser consideradas patológicas (BRASIL, 2014).

Porém, a preocupação da Saúde Pública se faz mais presente no que diz respeito à amamentação na adolescência que, segundo Maia (2006 p.129), tende a deixar de ser praticada por cerca de 25% das mães adolescentes em comparação às mães adultas.

Carvalho (2009) credita a gravidez na adolescência como influência de situações múltiplas, dentre as quais se destacam a falta de comunicação e de

formação escolar adequada desses jovens, associado à ausência familiar vivenciada no contexto atual.

Para Gama (2002), observa-se que há um aumento na atividade sexual entre os jovens, fato que favorece a um aumento da gravidez, outra questão é a situação econômica comprometida que denota maior ocorrência de gravidez em adolescentes, revelando assim uma maior taxa de fecundidade em comunidades carentes. Com relação aos fatores psicológicos e de contracepção, afirma que:

os adolescentes não utilizam os métodos contraceptivos de forma satisfatória e um dos aspectos associados a esse não uso, estaria ligado com o seu psicológico, pois os jovens estão de certa maneira negando a possibilidade de engravidar. E o que se percebe é que quanto menor a idade, maior é a irresponsabilidade, o que contribui para o aumento da gravidez indesejada (GAMA, 2002, p. 10).

Nesse contexto, segundo Gama (2002) em nosso país é preciso que se efetivem as políticas públicas voltadas para os problemas sociais que envolvem os jovens e, oferecer a esses brasileiros as condições reais de amparo e desenvolvimento integral de suas potencialidades de modo efetivo, uma vez que, ao ficar grávida a adolescente geralmente interrompe a sua capacidade de crescer como pessoa e profissional, pois essa fase não é a mais indicada para se ter uma situação definitiva na vida e, um filho é uma situação definitiva que pode ainda ser motivo de problemas mais sérios como desemprego, situação de risco para criança, uma vez que, pode ser abandonada, dentre outras realidades que podem permear a vida dessa adolescente.

Conforme Araújo (2011), tratar da gravidez na adolescência num contexto histórico de retração dos direitos sociais é situá-la em uma sociedade onde as relações sociais são tensionadas pelas diferenças econômicas, sociais, políticas, étnico-raciais e de gênero.

A atuação do assistente social na saúde são quesitos de discussão e debate constante na conjuntura sócio-histórica em que se encontra o contexto brasileiro. Esse profissional esteve sempre presente na equipe de tratamento da saúde e, nesta área, novas e estimuladoras experiências têm demandado sua intervenção. A sua atuação tem sido mais efetiva e assim, conquistando o respeito de outros profissionais de funções afins e da área da saúde. Essa prática profissional é

compreendida como a execução de um saber e de conhecimentos adquiridos de uma determinada ciência (SILVA, 2010).

Esse alcance da cientificidade atribuída ao profissional do Serviço Social lhe concede o direito de torná-lo uma profissão, onde agora este profissional poderia exercer sua prática regularmente reconhecida. Dessa forma, pode-se atribuir ao Estado a obrigação de suprir ao cidadão a garantia de seus direitos, tendo como aliado o assistente social que alcançou o *status* de instrumento de garantia de direitos adquiridos, em especial para as adolescentes grávidas que encontram nessa profissional uma parceira de confiança e amizade (SILVA, 2010).

O Conselho Federal de Serviço Social – CFESS é enfático na defesa do profissional de assistência social, relevando sua importância em busca dos direitos, com destaque no âmbito familiar, conforme segue a seguir:

O Serviço Social como profissão, em sete décadas de existência no Brasil e no mundo, ampliou e vem ampliando o seu raio ocupacional para todos os espaços e recantos onde a questão social explode com repercussões no campo dos direitos, no universo da família, do trabalho e do “não trabalho”, da saúde, da educação, dos/as idosos/as, da criança e dos/as adolescentes, de grupos étnicos que enfrentam a investida avassaladora do preconceito, da expropriação da terra, das questões ambientais resultantes da socialização do ônus do setor produtivo, da discriminação de gênero, raça, etnia, entre outras formas de violação dos direitos. Tais situações demandam ao Serviço Social projetos e ações sistemáticas de pesquisa e de intervenção de conteúdos mais diversos, que vão além de medidas ou projetos de Assistência Social (CFESS, 2011, p. 11).

Segundo CFESS (2011), os espaços profissionais do assistente social situam-se nas áreas das políticas sociais públicas e privadas, ou seja, o assistente social é requisitado para o planejamento, a gestão e a execução de políticas, programas, projetos e serviços sociais. Atuam prioritariamente no tripé Assistência, Saúde e Previdência que compõem a Seguridade Social. Está presente, também, em ações relacionadas às políticas direcionadas aos segmentos populacionais: criança, adolescente, idoso, mulher, negro e índio.

O Serviço Social representa uma parte essencial no atendimento ao usuário dos serviços de saúde, a equipe de Serviço Social tem uma importância fundamental nesse contexto, inclusive fazendo parte de uma equipe multidisciplinar, conforme segue:

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde.[...] identifica-se que cada um desses profissionais, em decorrência de sua formação, tem competências e habilidades distintas para desempenhar suas ações. A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético políticos, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996) (CFESS, 2011, p. 27).

Iamamoto (2011), destaca que compreender a realidade em toda a sua complexidade é um desafio apresentado ao assistente social, que tem sido convocado a dar novas respostas no âmbito do exercício profissional, quando cita que

o Serviço Social não atua apenas sobre a realidade, mas atua na realidade [...] a conjuntura não é pano de fundo que emolduram o exercício profissional; ao contrário são partes constitutivas da configuração do trabalho do Serviço Social devendo ser apreendidas como tais (IAMAMOTO, 2001, p. 55).

As atribuições e competências dos profissionais de Serviço Social, sejam aquelas realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelos profissionais quanto pelas instituições empregadoras (CFESS, 2011)

No que concerne o nosso presente trabalho, ao se buscar analisar a relação Saúde Pública e Serviço Social, parte-se da premissa de que área de saúde constitui um espaço de inserção e atuação do assistente social na formulação e implementação da Política de Saúde. Tendo em vista que, no contexto da Saúde Pública assiste-se a busca pela consolidação da reordenação no modelo de atenção à saúde, e se tomar como o desafio repensar o lugar da rede básica como um espaço de trabalho em saúde, deve-se considerar que as ações individuais e coletivas devem fazer parte do rol das intervenções profissionais, entre estas a do assistente social (SOUSA; ARAÚJO, 2010).

Para Deise Silva e Soane Silva (2012), a gravidez na adolescência não é novidade na história de vida das mulheres. Provavelmente muitas de nossas antepassadas casaram cedo, engravidaram logo e, durante a gestação e o parto não receberam uma assistência médica regular.

O despertar dos estudiosos ao tema abordado foi de grande valia para um melhor dimensionamento da situação e assim prestar uma melhor assistência a essas pacientes. Com isso, denota-se uma preocupação maior da sociedade, de um modo geral, com o atendimento e acolhimento a essa clientela (SILVA, D.; SILVA, S., 2012).

Vale destacar que costuma-se entender como adolescente o indivíduo cuja idade cronológica está entre os 13 anos e o final da segunda década de vida, etapa de transição onde segundo Palácios (2010), o indivíduo não é mais criança, porém, ainda não tem o *status* de adulto. É a chamada “moratória social”, um hiato, oferecido pela sociedade aos seus jovens membros, enquanto se preparam para exercerem seu papel de adulto. Assim é que, segundo o autor:

Como já se sabe a adolescência abre a porta para um mundo novo, que traz consigo importantes e profundas mudanças, não apenas na própria imagem do indivíduo e na maneira de interagir com seus iguais e com o resto das pessoas, mas se estende as novas formas de pensamento (PALÁCIOS, 2010. p. 63).

Portanto, sendo um período de muitas transformações, tanto no âmbito biológico, tanto quanto, no âmbito psicológico pode-se, enfim, compreender através das palavras de Lima (2009) que nessa fase o pensamento tem maior autonomia e o raciocínio funciona com mais vigor, o que na tradição piagetiana é chamada de fase de operação formais. Nessa fase os indivíduos constroem o “eu” e a sua identidade pessoal, fatos que estão estreitamente ligados à própria história do adolescente.

No período das operações formais, a adolescência, o indivíduo começa a ter propriamente a sua história com relatos pessoais característica do discurso fundamentador da própria identidade. Esse período é uma fase caracterizada por uma intensa mudança corporal, com o surgimento de algumas estruturas que o corpo ainda não apresenta e o amadurecimento de outras, tornando-o apto a realizar suas funções; sendo que tais funções são controladas pelo próprio organismo, mais precisamente pela produção de hormônios. Isso normalmente ocorre por volta dos doze ou treze anos de idade, sendo que esta idade depende de cada jovem, podendo ocorrer mais cedo ou mais tarde (BARROS 2010).

No que se refere às mudanças psicológicas, a adolescência também representa um período crucial para o indivíduo, pois existe também uma cobrança maior por parte dos pais com relação as suas atitudes, segundo Barros:

Alterações psicológicas são mudanças na mente da pessoa, ou seja, em sua maneira de pensar. Geralmente, essas alterações trazem mudanças na maneira de agir. A situação do adolescente na família geralmente muda. Até então, ele era apenas uma criança de quem se exigia pouca responsabilidade. A partir da adolescência, os pais costumam cobrar atitudes mais adultas, querem mais seriedade, mais aplicação nos estudos e mais responsabilidade (BARROS, 2010, p. 62).

A existência humana é caracterizada por etapas de evolução física e intelectual e, dentre essas etapas evolutivas está à adolescência, período caracterizado por mudanças nos aspectos físico e psicológico.

Diante disso, a justificativa que embasa o estudo está no fato de que, uma vez instalada a problemática da gravidez na adolescência um ponto importante é a questão dos cuidados e do acesso da adolescente grávida a programas de acompanhamento pré-natal, que incluem estimativa de risco para as adolescentes, tendo em vista que essa gravidez pode ser considerada de risco pela falta de estrutura física e psicológica.

Partindo do pressuposto de que na produção do material científico faz-se necessário a observação de uma sequência metodológica, uma vez que, conforme Ferreira (2007, p. 11) a redação científica norteia o planejamento e execução de uma produção científica; visando que após a assimilação das ideias gerais o autor possa se concentrar sobre cada uma de suas sessões, independentemente à medida que desenvolve a redação de um documento diferente.

Portanto, para se chegar ao objeto do presente estudo, ou seja, analisar o trabalho do assistente social no atendimento às adolescentes grávidas assistidas no Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará, na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, foi escolhida uma abordagem qualitativa e quantitativa.

Segundo Triviños (2010), a pesquisa qualitativa é como uma: "expressão genérica". Isto significa, por um lado, que ela compreende atividades de investigação que podem ser denominadas específicas. E, por outro, que todas elas podem ser caracterizadas por traços comuns. Esta é uma ideia fundamental que pode ajudar a pesquisadora a ter uma visão mais clara do que se pode chegar, a que tem por objetivo atingir uma interpretação de realidade do ângulo qualitativo.

Quanto a pesquisa quantitativa, Kauark (2010) considera que os resultados obtidos com esse tipo de pesquisa podem ser traduzidos em números, as opiniões e informações coletadas são, portanto, classificadas e analisadas utilizando-se recursos e técnicas estatísticas.

A metodologia proposta para o estudo se configura ainda como uma pesquisa do tipo indireta através de uma pesquisa bibliográfica, pautada em autores contemporâneos a exemplo de Maia e Ribeiro (2011), Pirota (2010) e Gama (2002), lamamoto (2002) que versam sobre a gravidez na adolescência, bem como o papel do Serviço Social junto a essa população.

Salomon (2004) esclarece que a pesquisa bibliográfica busca a resolução de um problema (hipótese) por meio de referenciais teóricos publicados, analisando e discutindo as várias contribuições científicas. Esse tipo de pesquisa trouxe subsídios para o conhecimento sobre o que foi pesquisado, como e sob que enfoque foi tratado o assunto apresentado na literatura científica.

Foi realizada também uma pesquisa do tipo direta, através de uma pesquisa de campo. A pesquisa de campo apresentou-se como uma etapa fundamental da investigação científica, utilizando-se como técnica a utilização de uma entrevista semiestruturada, através da qual se buscou respostas aos questionamentos e compreensão das questões abordadas.

A pesquisa de campo é aquela utilizada com o objetivo de conseguir informações e conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queria comprovar, ou, ainda, de descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2010, p. 169).

A presente investigação foi realizada no Hospital Distrital Gonzaga Mota (Barra do Ceará) na cidade de Fortaleza – CE, localizado na Avenida Dom Aloísio Lorscheilder Nº 1130 – Vila Velha. Os sujeitos da pesquisa foram as assistentes sociais que trabalham na unidade.

O critério para inclusão das participantes foi: as assistentes sociais, em número de 7 participantes, que trabalhassem há mais de um ano na unidade. Foi apresentado aos participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

sobre a proposta da pesquisa, no qual estavam elencados todos os aspectos da pesquisa.

No caso específico, a pesquisa tem um objetivo: analisar o atendimento do hospital através do Assistente Social junto às adolescentes grávidas, para tanto foi usado como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada, onde foram gravadas, com questões abertas e fechadas para que pudesse almejar a compreensão dessa ótica.

Quanto ao tratamento dos dados, estes foram analisados e transcritos de acordo com a fala dos entrevistados. Tendo por base a revisão teórica sobre metodologia de pesquisa, este estudo envolveu o método exploratório, em uma abordagem qualitativa e quantitativa, realizada pelo estudo de caso, mediante a técnica de entrevista semiestruturada. Pretende-se, desta forma, organizar o trabalho de pesquisa obtendo resultados claros que não suscitem dúvidas a respeito da sua validade e aceitação.

No que se refere aos aspectos éticos da pesquisa, após explanação sobre a natureza e objetivos do estudo aos sujeitos, a concordância dos mesmos em participar da pesquisa se deu através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com o intuito de assegurar seus direitos e obedecer aos preceitos éticos presentes na resolução 466/2012, a qual regulamenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, envolvendo seres humanos. Este estudo respeita os preceitos da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade. Foram assegurados os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (CNS, 2013).

Quanto aos riscos, considera-se que nenhuma pesquisa envolvendo seres humanos seja isenta deles. No entanto, não se identifica, nesta pesquisa, risco superior aos benefícios propostos, o que se prevê como risco é, possivelmente, um momento de maior ansiedade ou dúvida durante o preenchimento do instrumento de coleta de dados. E como tal, não houve nenhum tipo de ocorrência que prejudicasse o andamento da presente pesquisa.

Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho foram utilizados apenas para se atingir os objetivos previstos nesta pesquisa e, ao

final do estudo, foram arquivados pelo pesquisador por um período de cinco anos. Findado este período, os materiais e dados serão segura e devidamente descartados.

A pesquisa deu-se respeitando os preceitos éticos, de acordo com as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e do Código de Ética Profissional do assistente social. Esse trabalho foi cadastrado na Plataforma Brasil de Pesquisa e sua realização foi realizada após a aprovação do mesmo.

Quanto à contribuição acadêmica do estudo, a pesquisa busca contribuir dando um enfoque no estudo dos direitos sociais desse público, pois sua efetivação é de suma importância na sociedade atual. Portanto, o estudo é decorrente da preocupação com a temática gravidez na adolescência, pois a mesma tem aumentado em todas as classes sociais, tornando-se um desafio que merece preocupação e reflexão contínua.

O estudo é relevante em face de que cabe a assistente social identificar a melhor forma de acolhimento a adolescente grávida, buscando compreender, no convívio com elas, suas vivências. Para isso, deve procurar descobrir aspectos biológicos, sociais e psicológicos a fim de subsidiar a assistência social sistematizada e fundamentada cientificamente. E desse modo, poder exercer o papel que nos confere de assistente social.

Por fim, a referida monografia está distribuída em três seções. A primeira seção está contemplada com uma síntese histórica do tema gravidez na adolescência no Brasil. A segunda seção está voltada para a Política de Atendimento para adolescentes grávidas no Brasil, em Fortaleza. Na terceira seção, foi feita uma análise dos resultados obtidos a partir da coleta das respostas das assistentes sociais que foram entrevistadas. Quanto às considerações finais, apresenta-se de uma maneira sintética e objetiva todo o processo vivenciado no que concerne à gravidez na adolescência, apresentando as possibilidades e as dificuldades de atuar com a situação que se apresenta.

Neste contexto, ressalta-se a importância deste estudo inserido na nossa prática profissional do serviço social. No sentido de se estar capacitado a responder aos desafios impostos pela sociedade, reforçando ainda que esta investigação seja

apenas uma aproximação ao objeto, pois se entende que o conhecimento é um processo em constante movimento e que este trabalho possa servir de base para futuras pesquisas.

O capítulo seguinte mostra um pouco da história da gravidez na adolescência e sua repercussão perante a sociedade.

2 HISTÓRICO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Neste capítulo está relatado, de uma forma sucinta, o processo histórico da gravidez na adolescência. Diferente do que imaginávamos, esse não é um fato novo, não é uma característica de uma nova geração, pelo contrário, já faz parte da nossa sociedade há bastante tempo.

Falar da adolescência já seria um assunto um tanto quanto delicado, e, agregar a esse tema a gravidez, aí sim, gera uma discussão desse momento de transição importante entre a infância e a juventude, que conserva aspectos pertencentes a um e a outro estágio no desenvolvimento humano (LORES, 2015).

E, através da busca pelo entendimento do porquê dessa gravidez na adolescência, levou-nos a viajar no tempo para conhecer as práticas e o comportamento das gerações passadas para enfrentamento dessa temática.

2.1 Origem

A gravidez na adolescência acontece desde os primórdios da civilização. A mulher começava a sua vida reprodutiva muito próxima da puberdade e raras eram as que ultrapassavam a segunda década de vida em consequência de complicações advindas da gravidez e do parto. O mesmo ocorria na Idade Média, quando meninas mal saídas da infância, ao primeiro sinal da menarca¹, eram casadas com homens cuja idade girava em torno dos 30 anos.

Nas civilizações antigas, tão logo aparecessem os primeiros sinais de puberdade, a jovem era considerada apta para o casamento. A capacidade reprodutiva, àquela época, estava associada ao frescor da juventude e quanto maior a prole, maior o “mérito da matrona”. Nada questionava-se quanto à capacidade psicobiológica daquelas imaturas jovens em parir, cuidar e educar seus filhos (SOUZA, 2002, p.1).

Buscando demarcar o período que se convencionou chamar de adolescência, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1974, na Reunião sobre Gravidez e Aborto na Adolescência, um conceito hoje amplamente

¹ Menarca é a primeira menstruação de uma mulher, que acontece durante a adolescência, entre os 10 e os 15 anos de idade. (Dra. Sheila Sedicias - Ginecologista)

reconhecido na área da saúde. Segundo essa definição, a adolescência é caracterizada por ser uma fase do desenvolvimento humano em que:

- a) o indivíduo passa do ponto do aparecimento inicial dos caracteres sexuais secundários para a maturidade sexual;
- b) os processos psicológicos, o indivíduo e as formas de identificação evoluem da fase infantil para a fase adulta;
- c) ocorre uma transição do estado de dependência econômica total a outro de relativa independência (PIRROTA, 2002, p. 14).

O termo adolescência apresenta diferentes concepções, mesmo se utilizarmos o critério cronológico, encontramos definições diversas (ABERAS-TURY; KNOBEL, 1981). Por exemplo, para a OMS a adolescência está entre os 10 e 19 anos de idade, já para o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ela compreenderia o período dos 12 aos 18 anos de idade. Apesar de diferentes representações, parece existir um consenso na sociedade contemporânea, que essa fase se refere ao período de transição entre a infância e a vida adulta, no qual diferentes transformações biopsicossociais ocorrem (PATIAS, 2011).

Ariés (1978) observou que na Idade Média não havia uma concepção clara de infância, e tampouco de uma fase correspondente à adolescência. A ideia de infância relacionava-se exclusivamente com a noção de dependência da criança à mãe e, quando elas adquiriam condições para viverem sem os constantes cuidados maternos, ingressavam no mundo adulto. Assim, o que hoje denominamos por adolescência era considerado, naquele contexto, vida adulta.

No Brasil, no século XX, as chamadas “sinhazinhas” também eram casadas com maridos escolhidos pelos pais e geravam filhos para seus maridos, só deixando de fazê-lo quando havia alguma complicação.

Santos e Nogueira comentam a influência que a Revolução Industrial, na Europa, e as Grandes Guerras Mundiais tiveram na inserção da mulher na sociedade:

As grandes mudanças ocorridas no final do século XX, decorrentes da Revolução Industrial na Europa e, principalmente, as conseqüentes à I Guerra Mundial, abriram amplo campo de trabalho às mulheres em vários setores de atividades até então exercidas por homens e as puseram em condições totalmente diferentes daquelas preexistentes. Essas mudanças, porém, não foram acompanhadas por políticas que lhe assegurassem condições para dividir as responsabilidades pessoais com as do emprego. Surgia então uma nova concepção: a da adolescente que se lançava no mercado de trabalho. A gravidez nesse momento a impedia de evoluir na

profissão, além de comprometer a estrutura financeira da família num dos períodos mais difíceis economicamente (SANTOS; NOGUEIRA, 2009, p. 30).

Assim, segundo Santos e Nogueira (2009, p.31), o fim da Segunda Guerra Mundial foi o marco das transformações sociais, com uma quebra nos valores sociais “levando os jovens, que por natureza já possuíam a característica de viver em grupos, a se unir cada vez mais, estabelecendo padrões de convivência em que a atividade sexual é considerada o símbolo da liberdade, do uso do corpo em sua totalidade”.

A descoberta da pílula anticoncepcional, em 1950, foi também de grande importância para a participação da mulher no papel social, conforme cita Santos e Nogueira (2009):

Uma das descobertas dos anos 1950, que talvez tenha sido a principal responsável pela mudança na vida e no papel social da mulher, foi a pílula anticoncepcional, que propiciou sua maior inserção no mercado de trabalho e também uma liberdade sexual que ela ainda não conhecia. A pílula é um contraceptivo hormonal desenvolvido por Gregory Pincus e John Rock. Apesar de já existirem outros contraceptivos que permitiam que as decisões sobre a maternidade estivessem sob o controle da mulher, como a capa cervical² (1838), o diafragma (1882), o método Ogino e Knaus ou “tabelinha” (início do século XX) e o dispositivo intra-uterino (DIU) (década de 1920), foi a pílula que carregou consigo o emblema de “libertadora”. Se antes as decisões contraceptivas – com exceção do aborto – estavam sob o controle dos homens, os novos métodos mudaram as relações, e a possibilidade anteriormente masculina de separar prazer de reprodução passou a ser também das mulheres (SANTOS; NOGUEIRA, 2009, p. 32).

No que concerne ao ocidente, ao final do século XIX, com a Revolução Industrial, foi necessário à capacitação, à formação e ao estudo dos jovens para sua inserção no mercado de trabalho, de maneira melhor qualificada (PALÁCIOS, 1995, p. 264). Dessa forma, a permanência do indivíduo na escola retardou a sua inserção no mundo e aquisição do *status* adulto. A adolescência surge na cultura ocidental, em função da necessidade de profissionalização na sociedade industrial (PATIAS, 2011).

Sendo assim, o período da adolescência tornou-se solidamente institucionalizado como um período de mudanças, de conflitos, em que não se é mais criança, mas ainda não se é adulto. Em resposta disto, vem sendo

² Capa cervical: é similar ao diafragma, porém menor, mais rígida e menos perceptível. É um anel fino de silicone que é inserido no canal vaginal antes da atividade sexual, bloqueando a entrada de espermatozoides dentro do útero (Clínica BedMed).

representada, na nossa cultura, como um período de imaturidade, sendo tratado desta forma no contexto social (PATIAS, 2011).

O cenário brasileiro possuía, ao contrário do Europeu, o hábito de fazer com que meninos a partir dos 10, com 12 anos de idade ingressassem no mundo dos adultos, a partir de sua inserção em atividades laborais. Quanto às meninas era comum casarem-se aos 12 ou 13 anos, procriando com essa mesma idade. Algumas casavam e gestavam até com 8 anos de idade (REIS; ZIONI, 1993). De fato, diferentemente do que hoje se espera do jovem (estudar e se preparar para o ingresso no mercado do trabalho), cabia aos adolescentes, o trabalho e a parentalidade (meninos trabalhavam desde cedo e as meninas casavam e tinham filhos). A gestação e a parentalidade, em idades que atualmente consideramos ser a adolescência, eram percebidas, até fins dos anos 1950, com naturalidade, inclusive sendo até incentivadas em alguns momentos históricos (STEINBERG, 1986 apud PATIAS, 2011).

Contudo, a concepção vigente de adolescência está permeada por estigmas e estereótipos – “fase de conturbações”, “fase de conflitos com os pais”, “fase de tormentos vinculados à emergência da sexualidade” e “fase de desequilíbrios e instabilidades que levam a uma vulnerabilidade especial” (ABERASTURY; KNOBEL, 1981 apud PATIAS, 2011, p.14).

Estas concepções colaboram para significar o fenômeno da gestação na adolescência como um problema de Saúde Pública, principalmente, levando em consideração o enfoque biomédico³. Essa perspectiva compreende que nesse período de vida o jovem deve passar por um momento chamado de “moratória social”, no qual deve experimentar diversos papéis, além de estudar, se preparar para a vida profissional e “aproveitar a vida” (PANTOJA, 2003). Desta forma, uma gestação durante esse momento do desenvolvimento seria considerada um risco a mais para o jovem, que já está passando por uma “fase conturbada”. Aliás, muitos autores afirmam que gestar nesse período seria uma sobreposição de crises – a crise da adolescência e a crise da gravidez (ERIKSON, 1996, apud PATIAS, 2011).

³ O biomédico identifica, classifica e estuda os microrganismos causadores de enfermidades e procura medicamentos e vacinas para combatê-las. (Guia do Estudante)

Nesse sentido, a gestação na adolescência passou a ser considerada um problema de Saúde Pública e um problema social, uma vez que é um risco tanto para o desenvolvimento biopsicossocial do adolescente, quanto para o desenvolvimento do bebê (DIAS; TEIXEIRA, 2010, apud PATIAS, 2011).

Como pudemos observar, a gravidez considerada precoce sobressai no contexto de redução da fecundidade e ganha visibilidade também em razão de grande parte delas ocorrerem fora de uma união formal, como era comum nas décadas de 1970 e 1980. Essa certa “ilegitimidade”, mesmo não sendo a única faceta da questão, tem propiciado um discurso normativo e moralizante da gravidez na adolescência, contribuindo para transformá-la em um problema social (LONGO; RIOS, 1998).

2.2 Da década de 1990 até os dias de hoje

A partir da metade do século XX, com o desenvolvimento do conceito de adolescência, a gestação neste período começa a ser considerada como um problema social. A gravidez durante esse momento da vida passa a ser vivida como sinônimo de risco e perdas de oportunidades, já que essa provoca a interrupção de um processo de desenvolvimento e amadurecimento esperado, no qual o indivíduo realiza diferentes ensaios, que o prepararam adequadamente para inserção no universo adulto, de responsabilidades (PATIAS, 2011).

A gestação adolescente, nesse sentido, passa a ser vista como um problema de Saúde Pública, na medida em que se associa a inúmeros riscos biopsicossociais tanto para a gestante/mãe adolescente quanto para o bebê (CABRAL, 2003). Além disso, em termos de estruturação familiar, é apontado pela literatura que a procriação durante a adolescência não ocorre dentro de um relacionamento estável e/ou formalizado, assim é enfatizado que a jovem ainda não apresenta condições emocionais e econômicas para dar uma estrutura familiar adequada ao bebê (MARIN; LEVANDOWSKI, 2008, apud PATIAS 2011).

No sentido de contextualizar esse fenômeno, lembramos que a partir da década de 1990 houve um aumento na proporção de nascimentos em mães

menores de 20 anos incompletos, quando comparado à diminuição nas taxas de fecundidade apresentadas por mulheres com idade acima de 20 anos (BRANDÃO, 2006). Nos resultados do Censo 2008, o IBGE encontrou resultados similares: a taxa de fecundidade das mulheres menores de 20 incompletos anos aumentou, enquanto que o número de filhos das mulheres acima de 20 anos diminuiu. Os dados de 2010 constataram que a taxa de fecundidade da mulher adulta continua caindo, sendo que as famílias estão cada vez menores; há uma média de 3,39 pessoas por lar. Já no que se refere à gravidez na adolescência os dados mostram que esse é um fenômeno que pouco tem se alterado ao longo dos anos, o que significa que as taxas de fecundidade ainda permanecem superiores às de mulheres com idade superior a 20 anos (IBGE, 2010).

Dando ênfase a essa mudança no rejuvenescimento da fecundidade no Brasil na década de 1990, Patias (2011, p. 12) disserta que:

A década de 1990 foi marcada por uma intensificação do rejuvenescimento da fecundidade no país. Em 1980, o maior número médio de filhos concentrava-se nas mulheres com idade entre 25 a 29 anos. No entanto, em 1991 ocorreu um deslocamento para o grupo mais jovem, de 20 a 24 anos, mantendo-se em 2000. Enquanto a fecundidade declinou em todos os grupos etários nos últimos dez anos, as jovens de 15 a 19 anos representaram uma exceção com um crescimento de 25% entre 1991 e 2000. Observa-se uma inversão nos índices de fecundidade. Enquanto houve um declínio nas idades mais avançadas do ciclo reprodutivo, os grupos mais jovens apresentaram um crescimento, passando de 9% em 1980 para 14% em 1991, e em 2000 a fecundidade das jovens correspondia a 20% do número total de filhos tidos pelas mulheres ao longo do período reprodutivo, ou seja, de 15 a 49 anos (Berquó & Cavenaghi, 2004; BENFAM, 1999). Entretanto, este aumento não foi uniforme em todas as camadas socioeconômicas, sendo mais expressivo entre as jovens menos escolarizadas e de grupos economicamente menos favorecidos.

Outro dado a ser destacado pelo IBGE (2010) é a situação de escolaridade das mães adolescentes; observa-se que as mulheres que possuem maior grau de instrução (8 anos ou mais de escolarização) evitam a ocorrência de gravidez durante o período. Enquanto no grupo etário de 15 a 19 anos, com menos de 7 anos de instrução, observamos uma taxa de 20,3% de mães adolescentes, nesse mesmo grupo etário, com mulheres com 8 anos ou mais de escolaridade, a taxa de maternidade é de 13,3%. Conclui-se que baixos índices de escolaridade, associados aos baixos níveis de incentivo ao aprendizado e escolarização, podem ocasionar a ocorrência de uma gestação precoce, conforme Patias (2011).

Além disso, essa baixa escolaridade se encontra também associada a riscos biopsicossociais para a adolescente gestante/mãe uma vez que maiores níveis de escolaridade relacionam-se as melhores condições socioeconômicas, maior capacidade para cuidado de si e do outro (MOREIRA et al., 2008). Outro aspecto a ser levado em consideração, que vincula a ocorrência da gestação na adolescência a problemas de saúde pública e socioeconômicos refere-se a sua inserção no mercado de trabalho, que geralmente ocorre através de trabalhos que exigem menor qualificação. A adolescente-mãe se vê obrigada a abrir mão de sua qualificação escolar e profissional em função dos cuidados com a criança. Isso ocasiona o aumento das taxas de desemprego e baixa remuneração no futuro profissional da futura mãe jovem. Esses elementos, por sua vez, vinculam-se a elevação de experiências de pobreza e exclusão social pela mãe-adolescente e seus bebês (AMAZARRAY et al., 1998; apud PATIAS 2011). Alguns estudos, de fato, apontam que as consequências negativas da gestação na adolescência não são decorrentes da idade propriamente dita da menina, mas sim de sua situação socioeconômica precária, que tende a se perpetuar a partir da gravidez adolescente (LEVANDOWSKI, 2008 apud PATIAS, 2011).

2.3 Uma síntese da gravidez na adolescência no estado do Ceará e na cidade de Fortaleza em tempos modernos

Em 2002, segundo a Síntese dos Indicadores Sociais do IBGE, os dados, igualmente alarmantes, revelaram índices altos de gravidez na adolescência, uma vez que, entre as jovens de 15 a 17 anos, a proporção de mulheres no país com pelo menos um filho era de 7,3%. Na região metropolitana do Rio de Janeiro, esse índice chegava a 4,6% e, na região metropolitana de Fortaleza, 9,3%. Na comparação com as pesquisas anteriores, Maranhão, Ceará e Paraíba continuavam apresentando altas proporções de jovens adolescentes com filhos (SCHIAVO, 2011).

De acordo com dados da Secretaria de Saúde do Estado (Sesa), a gravidez na adolescência está diminuindo no Ceará. Em 2002, de cada mil jovens na faixa etária de 10 a 19 anos, 40,2 engravidaram. No ano de 2003, esse número caiu para 37,3 adolescentes, isto é, uma redução de 7,2%. Como público mais vulnerável à

gravidez não planejada, sobressaem meninas de 10 a 14 anos de idade. Em 2002, 35.210 partos e abortos foram realizados em pessoas na faixa etária de 10 a 19 anos de idade. Em 2003, nesse mesmo público, foram feitos 32.725 procedimentos médicos dessa natureza (ARCANJO, 2007).

Segundo Arcanjo (2007), em Fortaleza no ano de 2003, ocorreram 39.192 partos na rede de saúde pública da cidade. Desse total, 7.996 foram em mães adolescentes, o que representa 20,4%. Quanto ao risco na gravidez, é maior nas pessoas abaixo de 15 anos, principalmente porque elas podem ter pré-eclâmpsia, o bebê pode nascer prematuro e abaixo do peso. O risco de prematuridade é maior na população carente, pois muitas das gestantes não fazem pré-natal como deveriam.

Arcanjo (2007) ressalta que o assunto é polêmico, e discute-se a possibilidade de que os efeitos de um pré-natal inadequado nesse grupo sejam mais pronunciados porque a gravidez na adolescência é um fenômeno muito mais presente nas jovens de grupos sociais excluídos, frequentemente desprovidas do apoio da família, do pai do bebê e da sociedade. Alguns estudos têm mostrado que a grávida adolescente inicia mais tardiamente o acompanhamento pré-natal e termina por fazer um menor número de consultas, quando comparada às mulheres com 20 anos ou mais. Esse fato é coerente com o momento de vida peculiar da adolescente, que geralmente não reconhece a importância de planejar o futuro.

Em 2007, de todas as mulheres que tiveram filhos nascidos vivos no estado do Ceará, com idade entre 10 e 19 anos, 8,8% tiveram menos de 4 consultas no pré-natal (quantidade insuficiente de acordo com a Organização Mundial de Saúde), valor pouco maior que aquelas com idade entre 20 e 29 anos e 30 e 39 anos, respectivamente 7,18% e 6,97%. No mesmo período, compareceram a mais de 7 consultas 48% e 49% daquelas de 20 a 29 e 30 a 39 anos, respectivamente, enquanto que apenas 42,9% das adolescentes conseguiram tal assiduidade no pré-natal (QUEIROZ, 2010).

Queiroz (2010) afirma que a taxa de mortalidade infantil é proporcionalmente maior dentre as mães adolescentes. No Ceará, nos anos 2003 e 2007, a taxa de mortalidade infantil foi consideravelmente maior na faixa etária de 10 a 19 anos. Esse aumento também é observado no outro extremo de idade, em mulheres acima

de 40 anos. Mesmo levando em conta a distorção do menor denominador, ou seja, menor número de nascidos vivos naquela faixa etária, é importante observarmos a importante diferença entre as taxas das mães adultas jovens e as adolescentes.

Já em 2007, segundo Tiago (2008), após outra pesquisa do IBGE mostra que o percentual de adolescentes que tiveram filhos no Ceará diminuiu e é menor do que o registrado na Região Nordeste. Mas o número de jovens cearenses nessa situação ainda preocupa.

O número de adolescentes grávidas no Ceará diminuiu nos últimos 15 anos. O percentual de jovens entre 15 e 17 anos que já tiveram filhos caiu de 4,04%, em 1992, para 3,23%, em 2007. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (Pnad) – realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano passado – mostram ainda que o percentual do Estado é menor do que o registrado na Região Nordeste, que foi de 3,66% em 2007 (TIAGO, 2008).

Ainda segundo Tiago (2008), mesmo com a redução, os números ainda preocupam: são 15.783 adolescentes no Estado e 6.062 na Capital que já tiveram um ou dois filhos. A diretora da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, Zenilda Bruno, lembra que gravidez na adolescência é caso de saúde pública. "É um risco para essas jovens engravidarem tão cedo. Também é ruim porque mais da metade delas acabam abandonando a escola", avalia.

Tiago (2008) diz que, de acordo com a diretora, médica ginecologista Zenilda Bruno, "a jovem gestante tem condições de ter um parto natural. Conforme ela, quando engravidada, a mulher já possui maturidade óssea e orgânica para ter um parto normal".

De acordo com a diretora da maternidade, o número de casos no Ceará diminuiu porque o acesso aos métodos anticoncepcionais ficou mais fácil. "A distribuição é gratuita nos postos de saúde", informa. Para se ter ideia da redução, em 1992, 747 jovens entre 15 e 17 anos declararam já serem mães de três filhos. Em 2007, todos os casos registrados foram de adolescentes que tiveram, no máximo, dois filhos (TIAGO, 2008).

Porém, em 2010, em nova pesquisa realizada pelo IBGE, o Ceará apresentou menor taxa de proporção de mulheres entre 15 e 19 anos por filhos tidos do Nordeste. O índice passou de 15%, em 2000, para 11,7%, em 2010 (OLIVEIRA, 2014).

A distribuição gratuita de contraceptivos e uma maior oferta de orientações sexuais podem ter sido responsáveis pela redução do número de mulheres, entre 15 e 19 anos, com pelo menos um filho vivo no País. No Ceará, entre os anos 2000 e 2010, a proporção passou de 15% para 11,7%. No Brasil, a média de redução foi entre 14,8% e 11,8%. A porcentagem atual coloca o Estado com a menor taxa de adolescentes mães do Nordeste (OLIVEIRA, 2014).

A ideia de levar informações sobre a sexualidade na adolescência, conforme publicado no *site* da Adital Educação, a Associação de Mulheres em Ação (AMA) não mede esforços para levar essa discussão da educação sexual aos jovens e adolescentes em escolas e eventos de Fortaleza (CE), para tanto, utiliza-se de uma nova estratégia de abordar a temática. Bernardo e Bernadete formam um casal de adolescentes que espera o primeiro filho. São bonecos de pano, que representam o drama de milhares de jovens e famílias que enfrentam o problema da gravidez na adolescência. A ideia de abordar as questões de gênero, etnia e sexualidade através dos bonecos surgiu em 2011.

Segundo Nilza Almeida, diretora de patrimônio da AMA, as integrantes do grupo perceberam que os pais não dialogam sobre sexualidade com seus filhos. "Mas sofremos críticas, houve divergências dentro do grupo, pois pensaram que não precisava mostrar tanto, que era 'demais', que iria estimular os adolescentes [ao sexo]. Mas, deu certo, pois o produto tem seu papel educativo e ficamos satisfeitos com a procura", disse, explicando que os bonecos já foram expostos em eventos e escolas (ADITAL, 2014).

No capítulo seguinte estão presentes os impactos negativos que mais interferem na vida da adolescente, após a constatação da sua gravidez. E, também estão descritas as políticas públicas voltadas para dar assistência a essa clientela.

3 IMPACTOS DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E AS POLÍTICAS DE ATENDIMENTO

Como já citado anteriormente, este trabalho aborda a gravidez na adolescência, exatamente na fase da formação corporal e psíquica do ser humano, e por não estar preparada para esse momento tão expressivo, os impactos que essa gravidez apresenta complica em muito o sentido da vida dessas adolescentes.

A gravidez, considerada por muitos um momento sublime, uma realização pessoal, ser mãe, pode se tornar um momento tortuoso na vida dessas adolescentes no âmbito familiar, educacional e principalmente o social.

Dessa forma, neste capítulo está demonstrado as situações que causam mais impacto no dia a dia dessas adolescentes, suas implicações e o que o governo disponibiliza de políticas públicas para dar assistência a essa clientela.

3.1 Impactos da gravidez na adolescência

Segundo disserta Bezerra (2013, p. 1), “a adolescência é uma fase do desenvolvimento humano que consiste em um período de mudanças físicas e emocionais, onde ocorre a transição da infância para a idade adulta”. Ou seja, é a partir desse momento que há um reconhecimento da sexualidade e das potencialidades reprodutivas. Bezerra destaca o primeiro impacto a ser sentido, ou seja, ela deixa de ser uma adolescente e se transforma em mulher:

A gravidez é um processo que faz parte do desenvolvimento humano, no entanto apresenta complicações ao ocorrer na adolescência, porque abrange a necessidade de reestruturação e reajustamento em inúmeras dimensões: em primeiro lugar, verificam-se mudanças na identidade e nova definição de papéis a mulher passa a se olhar e a ser olhada de forma diferente. Obviamente, o mesmo processo de modificação dos papéis e identidade se constata no homem e a paternidade também deve ser considerada como uma transição do seu desenvolvimento emocional (BEZERRA, 2013, p. 1).

Bezerra (2013) destaca ainda que nessa abrupta transição para o papel de mulher-mãe, a adolescente vive uma conflituosa situação e, em muitos casos, penosa. A maioria não está psicologicamente, socialmente e economicamente preparada para exercer o novo papel materno, além de uma provável repressão familiar, colaborando para que muitas saiam de casa e abandonem os estudos. E,

além do mais, normalmente são abandonadas pelo parceiro, muitas vezes também adolescente. Bezerra (2013) cita outro momento impactante que afeta a gravidez na adolescência:

A gravidez na adolescência é uma preocupação para os profissionais de saúde de todo o mundo, especialmente pelas implicações biológicas, sociais e psicológicas. Alguns efeitos negativos na qualidade de vida das jovens que engravidam é o dano no seu crescimento pessoal e profissional. Além da dificuldade que elas poderão ter por não saber lidar com o papel de ser mãe, ou carregar o estigma de ser mãe na adolescência podendo levá-la a um processo de transtornos da ansiedade e do humor (BEZERRA, 2013, p. 2).

Observando pela ótica educacional, Castro e Cols (2004) apontam que “as jovens abandonam os estudos porque se torna efetivamente mais difícil prosseguir nos mesmos, pois as adolescentes, além de cuidarem dos bebês, muitas vezes ingressam no mercado de trabalho”. Com isso, professores, pais e jovens consideraram que a gravidez, neste momento da vida, diminui as oportunidades da adolescente e dificulta ou mesmo impossibilita aproveitar as experiências que a juventude poderia lhe proporcionar (CASTRO; COLS, 2004, p. 22).

No que diz respeito ao percurso educativo e profissional, Pereira (2001, p. 4) também afirma que “a gravidez na adolescência tem vindo a agravar o abandono escolar, uma vez que estas jovens se sentem pressionadas em abandonar a escola”.

Agora, Dias (2010) nos traz uma afirmação interessantíssima quando diz que a gravidez na adolescência tende a não prejudicar tanto a continuação dos estudos, e explica o porquê:

A gravidez na adolescência não é um fenômeno homogêneo. Dependendo do contexto social em que a adolescente vive, o significado da gestação, assim como o impacto dessa experiência de vida no desenvolvimento da jovem, pode assumir diferentes contornos. Em camadas sociais mais abastadas, por exemplo, a gravidez na adolescência tende a não prejudicar tanto o percurso de escolarização e profissionalização das jovens quanto nas camadas menos favorecidas, em virtude da maior disponibilidade de recursos e apoios para lidar com essa situação e suas demandas. Dessa forma, a perspectiva de futuro das adolescentes grávidas de classe média não é afetada tão intensamente quanto a perspectiva das adolescentes de classe baixa, considerando-se os aspectos de escolarização e profissionalização (DIAS, 2010, p. 4).

Segundo Moraes (2014, p. 18), o abandono dos estudos irá implicar diretamente na perspectiva de encontrar um bom trabalho, ficando sujeita a ter que

se colocar no subemprego: “a qualidade de vida da adolescente é prejudicada tendo em vista que suas condições de estudo são modificadas, suas dependências familiares são aumentadas, ocasionando consequências negativas na sua perspectiva de vida”. A seguir, Morais (2014) complementa seus argumentos quando afirma que:

Com a interrupção da escolaridade, são poucas (ou quase nulas) as chances de a adolescente conseguir um emprego que lhe permita arcar com a responsabilidade pela criação da criança. Com uma qualificação menor, as jovens mães têm uma dificuldade maior de integração ao mercado de trabalho. Esta, quando ocorre, geralmente se restringe ao nível de subemprego, o que reforça a tese de alguns autores sobre a feminização da pobreza e a sua reprodução pelas mulheres (MORAIS, 2014, p. 18).

Além do fator econômico, prejuízos sociais sofridos pelas jovens mães também podem ser observados. A adolescente grávida/mãe acaba sofrendo discriminação social, pois a ocorrência da gravidez, nas representações sociais deve ocorrer somente após o casamento, o que não é o caso da maioria de gestações na adolescência (BRANDÃO, 2006; OZELLA, 2002). Ela também enfrenta também mais situações de falta de autonomia que adolescentes que não passam por essa experiência, devido à dependência financeira e afetiva dos pais. Essas jovens tanto durante, como após a gestação, passam a ficar mais dependentes dos pais tanto econômica quanto afetivamente, que acabam sendo fontes de apoio para os cuidados da criança (HOGA; BORGES; ALVAREZ, 2009). Aliado a isso, uma parcela significativa de jovens não recebe apoio ou é abandonada pelo parceiro, o que as torna mais dependentes da família de origem (MOREIRA et al., 2008). Além disso, a gestação adolescente correlaciona-se positivamente com a não exploração de relacionamentos afetivos e de amizades, ocorrendo uma diminuição de contatos sociais mais amplos da jovem, que a leva a situações de isolamento e solidão (LEVANDOWSKI, 2008 apud PATIAS, 2011).

Outro fator que alimenta a concepção da gravidez na adolescência como um problema de saúde pública são as implicações psicológicas acarretadas pelo fenômeno para jovem gestante/mãe. Parte-se do pressuposto de que gravidez e adolescência são momentos importantes do desenvolvimento humano, sendo que a vivência de ambos pode gerar maior estresse ao sujeito e ao meio social em que vive (OZELLA, 2002; BRANDÃO, 2006). A gravidez, por si só, causa mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais que modificam a dinâmica familiar e

individual da mulher, reestruturando seus papéis dentro do lar, além de reestruturar os papéis dos demais membros da família. Se considera que as adolescentes, na maioria das vezes, encontram-se despreparadas física, psicológica, social e economicamente para enfrentar essas mudanças pessoais e sociais envolvidos na gravidez e maternidade adolescente (DIAS; TEIXEIRA, 2010 apud PATIAS, 2011).

Estudos indicam que a maternidade adolescente pode estar associada a inúmeras perdas concretas e subjetivas tais como do senso de identidade, de confiabilidade da família, de expectativas do futuro, do companheiro/namorado e da proteção familiar até então recebida (MOREIRA et al., 2008).

Braga (2015) comenta que muitos são os impactos para a vida dos adolescentes que enfrentam uma gestação precoce, que muitas vezes é indesejada:

Perda de autonomia e da liberdade, afastamento dos amigos, rejeição do namorado, da família e da sociedade, dificuldades em executar atividades habituais, limitação da atividade sexual: a adolescente grávida tem que estar preparada para saber lidar com esses fatores, que só tomam concretude quando a gravidez já é uma realidade (BRAGA, 2015, p.2).

A gestação na adolescência, quando comparada a outras faixas etárias, pode ser considerada de risco, uma vez que se encontra associada a maiores riscos obstétricos, problemas de saúde tanto para a gestante quanto para o bebê (LEVANDOWSKI, 2008 apud PATIAS, 2011). No que tange a saúde da mãe há maior risco de hipertensão, complicações no parto, disfunções uterinas, infecções durante a gestação, hemorragias pós-parto e maior mortalidade (MOREIRA et al., 2008). Já no que se refere à criança, destaca-se os elevados índices de morbidade materno-fetal, maior incidência de anemia, baixo peso ao nascer, prematuridade, epilepsia, deficiência mental, baixo QI, cegueira, surdez e mortalidade infantil (LEVANDOWSKI; PICCININI; LOPES, 2008). Porém, pode-se considerar que esses riscos não sejam fruto somente de uma imaturidade biológica (OZELLA, 2002), mas também de consequências de uma baixa escolaridade, de situações de pobreza e da ausência ou então do início tardio de cuidados pré-natais (BRANDÃO, 2006).

Os estudos até então apresentados indicam que a gestação e maternidade na adolescência pode ser vista tanto como um problema de Saúde Pública quanto como uma experiência evolutiva positiva para as adolescentes. O que define o fenômeno como um ou como outro não é o fato de ocorrer na adolescência, mas sim

o fato de ocorrer em contextos familiares e sociais de risco ou de proteção à adolescente (PATIAS, 2011).

Segundo Silva (2010), a falta de informação sobre sexualidade e conseqüentemente a falta de uso de métodos contraceptivos, contribui para que os homens ou adolescentes considerem que somente a mulher deve se proteger durante o ato sexual, tirando a responsabilidade de si, sem pensar nas conseqüências que isso pode trazer.

Segundo o Ministério da Saúde (2003, p.4): “apesar da maior difusão de conhecimentos sobre o assunto, cerca de 45% a 60% dos adolescentes brasileiros iniciam a vida sexual sem nenhum método contraceptivo”.

Grande parte da produção sobre o tema da gravidez na adolescência tem priorizado as ocorrências em garotas de 15 a 19 anos, ao passo que a literatura sobre a faixa de 10 a 14 anos é escassa. Uma das explicações é que somente a partir do censo demográfico de 1991 o segmento populacional de 10 a 14 anos foi incluído na definição de mulheres com idade reprodutiva – até então incluía-se apenas aquelas com idades entre 15 e 49 anos (IBGE, 2005; COSTA, 2002). Além disso, este segmento é estatisticamente menos expressivo, cerca de 3% do total de partos no Brasil se efetua entre mulheres definidas como adolescentes. Embora a magnitude seja pequena em relação ao outro segmento, a ocorrência de uma gravidez nessa faixa etária não deixa de ser importante pelo maior risco de complicações obstétricas e pela possibilidade de estar associada à violência sexual (HEILBORN et al., 2003).

Segundo o Ministério da Saúde (2003), 444.056 meninas e adolescentes brasileiras, entre 10 e 19 anos, tiveram filhos em 2009. A maioria dessas mães adolescentes são filhas de outras mães adolescentes. É como um ciclo perverso que se repete e aumenta de proporções com o simples passar do tempo. Os números assustam: a cada ano, cerca de 20% das crianças que nascem no Brasil são filhas de adolescentes. Esse índice representa três vezes mais garotas menores de 15 anos grávidas do que na década de 1970. O índice de gravidez entre adolescentes cresceu 150% em relação às duas últimas décadas. No Brasil, uma entre cada cinco jovens entre 15 a 19 anos já tiveram filho, descontadas aquelas que praticaram

aborto. Em 1999, do total de 2,6 milhões de partos realizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 31 mil foram feitos em meninas com idade entre 10 e 14 anos e 673 mil entre 15 e 19 anos, o que corresponde a 28% do total de partos realizados na rede pública.

Como podemos observar, os impactos negativos da gravidez na adolescência contribuem para que essa situação se torne cíclica, onde a adolescente-mãe não consegue dar continuidade aos estudos, e com isso, sem perfil educacional para conseguir um emprego. Além de, normalmente, sair da casa dos pais e ser abandonada pelo pai da criança, as condições de alimentação de mãe-filho e de saúde ficam bastante a desejar.

3.2 Políticas de atendimento para gestantes adolescentes

As Políticas Públicas voltadas para as gestantes adolescentes serviram como um instrumento de enfrentamento aos impactos negativos causados por essa gravidez. A seguir, dissertaremos sobre essas Políticas Públicas e os serviços oferecidos pelo serviço público a essa clientela.

Conforme Teixeira, somente a partir de 1990 foram instituídas Políticas Públicas exclusivamente para a juventude, conforme cita:

Apenas no final do século XX, nos anos 90, as políticas públicas para a juventude figuraram na agenda do Brasil e do mundo. Inicialmente foi concedido o direito de cidadania às crianças e adolescentes, através da lei 8.069 de 13 de julho de 1990 - o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - atribuindo à família e ao Estado o dever de proporcionar condições de desenvolvimento pleno e sadio a esse grupo etário. Esta lei prioriza o atendimento às crianças e adolescentes pelo serviço público, com a formulação, execução e recursos destinados às políticas públicas (PP), pensadas para serem efetuadas de maneira interdisciplinar e intersetorial. Entretanto, o ECA mostrou-se pouco eficaz na elaboração de políticas para a juventude, nas três esferas do governo, em especial em nível municipal, por não haver reconhecimento dos direitos dos jovens ou por políticas descontínuas e ineficazes (TEIXEIRA, 2013, p. 8).

Teixeira (2013, p. 8), afirma que “a reorientação do modelo de atenção à saúde deu-se em 1988, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Todavia, ainda trilhamos caminhos a procura da universalidade, integralidade, equidade e participação social para o ser adolescente, cidadão que deveria ter

prioridade nas políticas públicas, considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)⁴.

Destacamos a seguir o Artigo 8º do ECA que dispõe sobre o dever do Estado em prestar assistência a adolescente grávida, assegurando-lhe inclusive, o direito ao apoio alimentar tanto da gestante, quanto da nutriz que dele necessitem (JUSBRASIL, 2015):

Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal.

§ 1º A gestante será encaminhada aos diferentes níveis de atendimento, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se aos princípios de regionalização e hierarquização do Sistema.

§ 2º A parturiente será atendida preferencialmente pelo mesmo médico que a acompanhou na fase pré-natal.

§ 3º Incumbe ao poder público propiciar apoio alimentar à gestante e à nutriz que dele necessitem.

§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009) Vigência

§ 5º A assistência referida no § 4o deste artigo deverá ser também prestada a gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção. (Incluído pela Lei nº 12.010, de 2009).

A partir dessas orientações, segundo Sposito (2006), em 1989 é criado o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), com propostas de saúde integral aos jovens, porém suas diretrizes mostraram-se incipientes, fragmentadas e pontuais. Outros autores mencionam que os objetivos eram limitados com ações desarticuladas, sem a participação juvenil e com falta de prioridade e de legitimidade política.

Logo em seguida, em 1994, é criado o Programa de Saúde da Família (PSF), onde Teixeira critica o atendimento dispensado as adolescentes grávidas:

Com a insuficiente aderência do PROSAD no contexto nacional, emerge o Programa de Saúde da Família (PSF/ESF), e os adolescentes passam a ser vistos como membros da família e redirecionados para o atendimento geral, desconsiderando suas especificidades e identidades. Assim, a intervenção é arquitetada de forma "[...] transversal e periférica [...]", com prioridade aos agravos biológicos e ao controle da gravidez na Adolescência (GA). Os profissionais de saúde sentem-se incapazes ou muito ocupados no atendimento a esse grupo em atividades de prevenção e promoção, em referência às drogas e à violência, ainda que esses tópicos e orientações estejam referidos no Marco Legal, divulgado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2006 (TEIXEIRA, 2013, p. 9).

⁴ O Estatuto da Criança e do Adolescente é a lei que cria condições de exigibilidade para os direitos da criança e do adolescente, que estão definidos no artigo 227 da Constituição Federal. (<http://www.conselhodacrianca.al.gov>)

Segundo o Ministério da Saúde (2007), a atenção básica é entendida como o primeiro nível da atenção à saúde no SUS (contato preferencial dos usuários), que se orienta por todos os princípios do sistema, inclusive a integralidade, mas emprega tecnologia de baixa densidade. Por tecnologia de baixa densidade, fica subentendido que a atenção básica inclui um rol de procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender à maior parte dos problemas comuns de saúde da comunidade, embora sua organização, seu desenvolvimento e sua aplicação possam demandar estudos de alta complexidade teórica e profundo conhecimento empírico da realidade.

Como se não bastasse a falta de opção de órgãos assistenciais, outros entraves estão presentes à saúde dos adolescentes pela Estratégia da Saúde da Família (ESF)⁵, dentre eles a ausência de jovens nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁶, que a elas se dirigem apenas por agravos físicos, demonstrando descaso e rejeição a atividades educativas e preventivas. Teixeira (2013) atribui a esse fato que a metodologia das atividades deve ser desenhada além da informação e da prescrição, abrangendo o cuidado, o diálogo reflexivo centrado no respeito às individualidades e ao contexto sociocultural, para a efetivação da educação em saúde.

Nogueira (2008) destaca o despreparo dos serviços e dos profissionais produz dificuldades ao acesso das adolescentes ao Planejamento Familiar, pois desconsideram as especificidades do ser adolescente, que não possuem um espaço adequado de atendimento às suas necessidades, sendo o espaço compartilhado conjuntamente com mulheres adultas. Nogueira (2008) enfatiza sobre esse atendimento.

Ainda são submetidos à experiência de assistência por profissionais que atuam de forma prescritiva e acrítica, enfatizando a desigualdade de gêneros pela ausência do masculino no processo, além de desconsiderar a autonomia e o contexto vivencial (NOGUEIRA, 2008, p. 9).

No entanto, segundo Teixeira (2006) a gravidez na adolescência que é visualizada pela sociedade de forma negativa, às vezes é uma escolha das

⁵ A Estratégia Saúde da Família é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. (<http://dab.saude.gov.br/portal>)

⁶ Unidades Básicas de Saúde (UBS) são locais onde você pode receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. (<http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>)

adolescentes, uma forma de visibilidade na comunidade e nos serviços de saúde. Entretanto, os estudos têm evidenciado que o atendimento no serviço de pré-natal desconsidera esses acontecimentos, na medida em que realiza um atendimento técnico, desconsiderando as nuances que extrapolem o biológico. Nesse descompasso temos que o cuidado que o serviço de pré-natal promove nas UBS às gestantes adultas não se efetiva em concretude às adolescentes, uma das razões para este fato está na ocorrência das adolescentes grávidas ocultarem a gravidez nos primeiros meses, não sendo possível identificá-la precocemente, dado que se reforça pelos motivos anteriormente debatidos.

Pariz (2012) comenta a respeito desse modelo de atendimento prestado à adolescente grávida, onde o governo através de Políticas Públicas tem destacado a importância da realização do pré-natal:

Analisando a literatura para o âmbito político, fica evidente que, nos últimos anos, as políticas para gestantes adolescentes tem-se concentrado no atendimento pré-natal, – que realmente é importantíssimo – mas somente este atendimento não dá conta da real necessidade das adolescentes, tampouco da legislação que, conforme a constituição de 1988, deixa claro que a atenção à saúde do adolescente precisa dar-se de forma integral, contemplando todos os aspectos que envolvem e cercam a vida e afetam a saúde física e mental do sujeito (PARIZ, 2012, p. 11).

Conforme o Ministério da Saúde (2007), a Atenção Secundária é a média complexidade ambulatorial, é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento, como também a realização de parto normal ou cesariana.

A Atenção Terciária ou alta complexidade, conforme o Ministério da Saúde (2007), designa o conjunto de terapias e procedimentos de elevada especialização. Organiza também procedimentos que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo, como oncologia, cardiologia, oftalmologia, transplantes, parto de alto risco, traumatologia, neurocirurgia, diálise (para pacientes com doença renal crônica), otologia (para o tratamento de doenças no aparelho auditivos), o que não é o caso das adolescentes grávidas, salvo em situações de riscos iminentes

Na cidade de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, o atendimento de Atenção Secundária é formado por diversos órgãos, conforme segue:

A atenção secundária ou média complexidade em saúde é exercida na rede municipal de Fortaleza por oito hospitais gerais e dois especializados, dois centros de especialidades odontológicas e um centro de especialidades médicas, além de algumas unidades de atenção primária que oferecem consultas especializadas.

As unidades de saúde de nível secundário reúnem os serviços especializados e de apoio diagnóstico e terapêutico. Para ter acesso à atenção secundária, o usuário geralmente é encaminhado de um serviço de atenção primária, o posto de saúde ou Centro de Saúde da Família. Em Fortaleza, existem 92 unidades de atenção básica que intermediam o atendimento dos pacientes que precisem da atenção em média complexidade.

Os serviços públicos que também contam com atenção secundária em Fortaleza são as unidades mantidas pelo governo estadual em número de oito, e dois hospitais mantidos pelo governo federal.

O Estado do Ceará dispõe de 14 maternidades distribuídas por toda sua região (SMS, 2015, p. 1).

Verificamos que o caminho a percorrer é longo e tortuoso para o exercício de uma assistência eficaz em saúde à adolescente grávida, já que a incorporação dos conhecimentos de abrangência a esse grupo pressupõe, entre outros fatores, a efetividade dos princípios do SUS⁷, os quais são legitimados pela Constituição Brasileira, mas ainda timidamente praticados no cenário de atenção a esses pacientes.

Referente ao atendimento da Política de Assistência Social, a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, descreve os serviços da Proteção Social Básica e da Proteção Social Especial. Texto da RESOLUÇÃO nº 109, de 11 de novembro de 2009. Publicada no Diário Oficial da União, em 25 de novembro de 2009. A seguir destaca-se o seu Artigo 1º, conforme BRASIL (2009, p. 2):

Art. 1º. Aprovar a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, conforme anexos, organizados por níveis de complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS): Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade, de acordo com a disposição abaixo:

I - Serviços de Proteção Social Básica:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);
- b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

⁷ SUS - Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/entenda-o-sus>)

O destaque agora é dado para o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) que tem como finalidade fortalecer a ação protetiva da família de uma forma contínua e preventiva:

Consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva da família, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. O PAIF foi concebido a partir do reconhecimento que as vulnerabilidades e riscos sociais, que atingem as famílias, extrapolam a dimensão econômica, exigindo intervenções que trabalhem aspectos objetivos e subjetivos relacionados à função protetiva da família e ao direito à convivência familiar (BRASIL, 2009, p. 2).

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) para crianças e adolescentes de 6 a 15 anos de idade, e especificamente os adolescentes de 13 a 15 anos prestigia o atendimento a essa categoria, independente de estarem grávidas ou não. E a criação de grupos específicos surgem a partir da visão do Orientador Social, que poderá criar um grupo exclusivo para adolescentes grávidas, caso assim julgue necessário, fortalecendo essa nova relação mãe/filho e familiares do grupo que participam. O SCFV tem por definição:

O Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) é um serviço da Proteção Social Básica do SUAS que é ofertado de forma complementar ao trabalho social com famílias realizado por meio do Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) e do Serviço de Proteção e Atendimento Especializado às Famílias e Indivíduos (PAEFI). O SCFV realiza atendimentos em grupo. São atividades artísticas, culturais, de lazer e esportivas, dentre outras, de acordo com a idade dos usuários. O serviço tem como objetivo fortalecer as relações familiares e comunitárias, além de promover a integração e a troca de experiências entre os participantes, valorizando o sentido de vida coletiva. O SCFV possui um caráter preventivo, pautado na defesa e afirmação de direitos e no desenvolvimento de capacidades dos usuários (BRASIL, 2009, p. 2).

Referente ao atendimento na área da educação, o público adolescente é amparado pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Nessa Lei estão reunidos todos os dispositivos concernentes ao sistema educacional brasileiro, que, desde 1996, está disciplinado em todos os níveis, da creche à universidade, passando por todas as modalidades de ensino especial (BRASIL, 2011).

Segundo Rodrigues (2008, p. 7), “o direito à educação é um direito social fundamental que deve ser garantido a toda criança e adolescente, com absoluta prioridade”. Tanto o ECA quanto a LDB estão imbuídas de oferecer essa educação, principalmente na gravidez na adolescência, onde esse é um fenômeno marcante na atualidade, contribuindo para um maior índice de evasão escolar.

Quanto à educação, a LDB em relação ao tema gravidez na adolescência, Rodrigues (2008, p. 8) destaca o seu Artigo 3º que rege suas normas: “Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Art. 3º. O ensino será ministrado com base nos seguintes princípios: I – igualdade de condições para o acesso e permanência na escola”.

Já é incontestável que há uma difícil conciliação entre gravidez na adolescência e a permanência do adolescente na escola, que apesar das Políticas Públicas adotadas pelo governo, ainda não foram suficientes para que estimulem a permanência das jovens mães nas salas de aula. Os direitos já foram conquistados e estão concebidos na LDB, agora é preciso que essas leis sejam efetivamente cumpridas para que possa ser garantido o direito à educação (RODRIGUES, 2008).

Por fim, constatamos a existência de uma rede de atendimento para as adolescentes grávidas, mas que funcionam isoladamente e não atingem os objetivos esperados. A necessidade de um atendimento intersetorial é de fundamental importância para que essa clientela seja amparada em todos os segmentos que envolvam suas necessidades na área da saúde, educação, habitação e outras que complementem o seu direito definido por lei em suas políticas públicas.

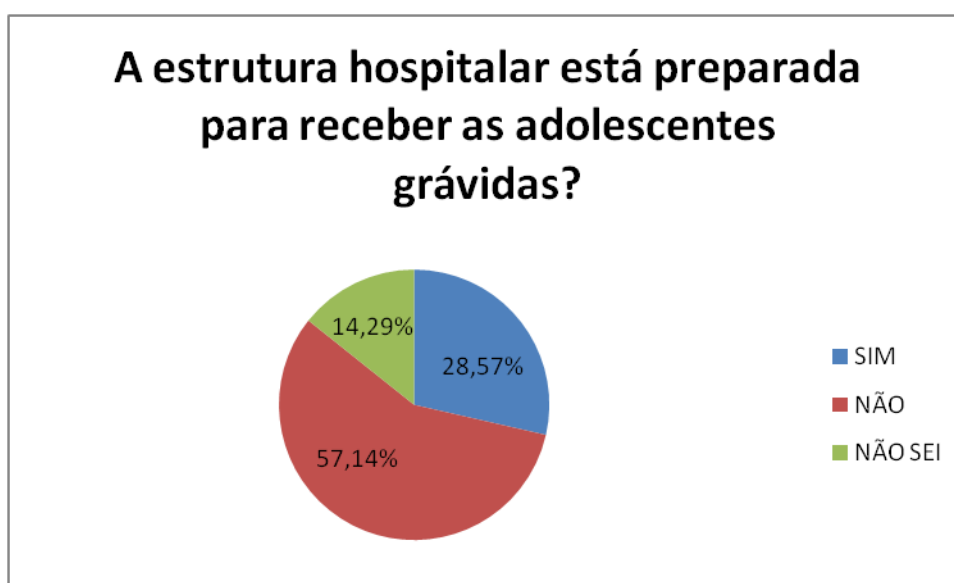
A seguir, será o momento de podermos constatar os resultados obtidos com a entrevista realizada com as assistentes sociais.

4 ANÁLISE DA PESQUISA REALIZADA COM AS ASSISTENTES SOCIAIS

Nesse capítulo estão relatadas as conclusões referentes à entrevista realizada junto aos assistentes sociais, em um total de sete profissionais. Para tanto foi feita uma coleta de dados utilizando-se como instrumento de investigação um questionário semiestruturado, composto de nove perguntas objetivas e duas perguntas subjetivas.

Analisaremos, agora, as nove perguntas do tipo fechadas, contidas no questionário aplicado junto aos assistentes sociais que trabalham no hospital citado anteriormente.

Gráfico 1



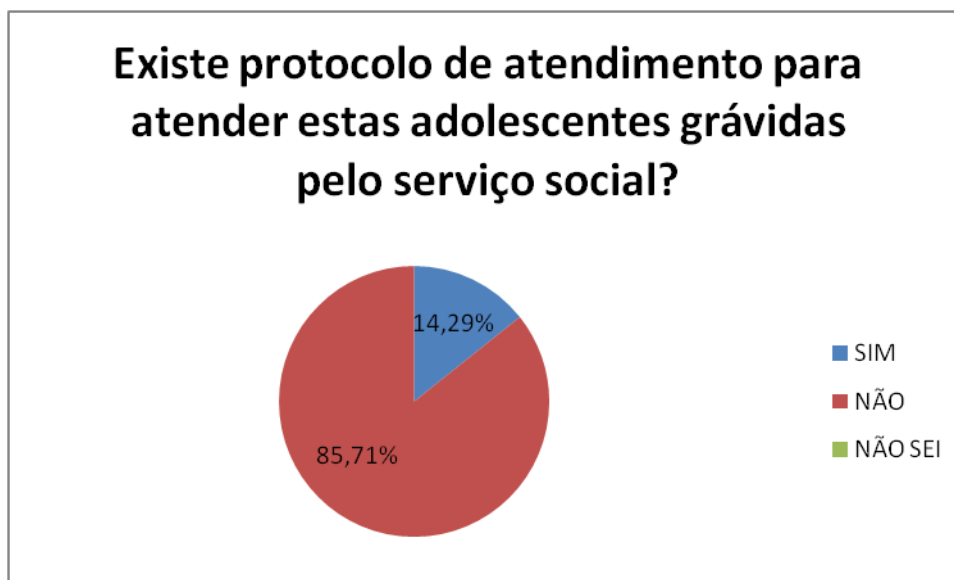
Conforme as assistentes sociais pesquisadas, 57,14% delas responderam que o hospital não possui estrutura preparada para receber as adolescentes grávidas, 28,57% responderam que sim, e 14,29% responderam não saber informar.

Apesar da demanda crescente dessa clientela, o hospital não se encontra devidamente adequado para oferecer atendimento apropriado.

A estrutura física de atendimento a adolescente grávida é ainda muito criticada por Nogueira (2008), ao afirmar que essa clientela não possuem um espaço

adequado de atendimento às suas necessidades, sendo o espaço compartilhado conjuntamente com mulheres adultas.

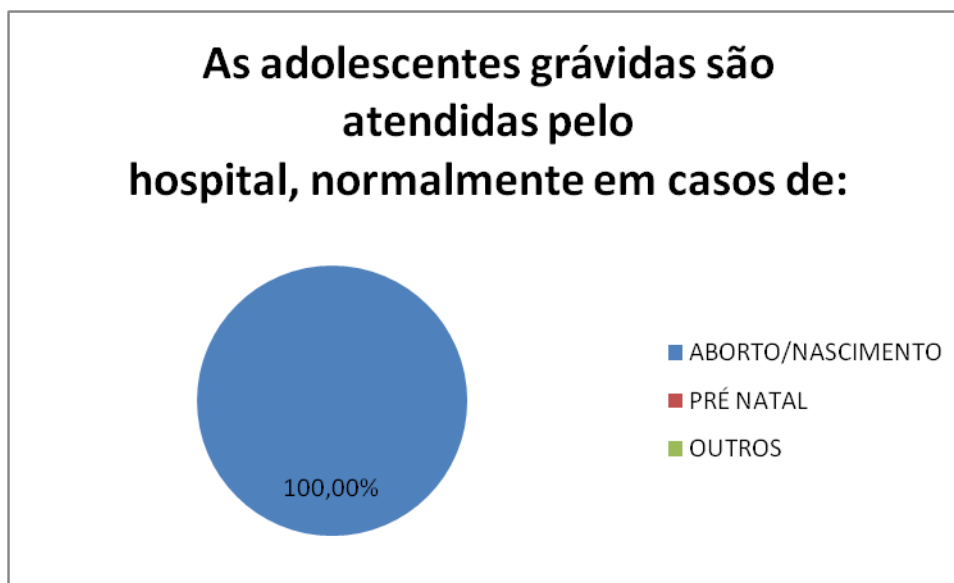
Gráfico 2



Quanto à existência de protocolo de atendimento para atender essas adolescentes, 85,71% das entrevistadas responderam não existir esse protocolo; e 14,29% confirmaram a sua existência.

A falta de um protocolo de atendimento pode omitir informações que futuramente poderiam ser importantes na prevenção de alguma enfermidade. Teixeira (2013) atribui que essa metodologia das atividades deve ser desenhada além da informação e da prescrição.

Gráfico 3

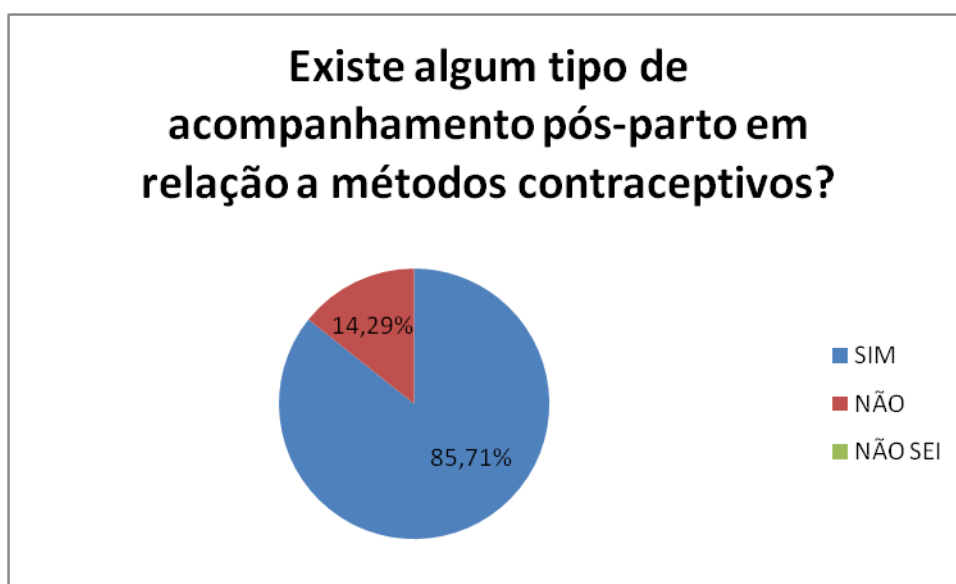


Um total de 100% das assistentes sociais entrevistadas foram enfáticas em responder que as adolescentes grávidas que procuram o hospital já estão no processo de aborto ou nascimento do filho.

Sendo o hospital localizado em um bairro periférico da cidade, a clientela é mais resistente em comparecer as consultas de pré-natal. Isso, na verdade, só ocorre em caso de urgência, conforme as respostas obtidas.

O descaso do adolescente com o atendimento pré-natal foi comentado por Queiroz (2010), quando relata que no ano de 2007, de todas as mulheres que tiveram filhos nascidos vivos no estado do Ceará, com idade entre 10 e 19 anos, 8,8% tiveram menos de 4 consultas no pré-natal (quantidade insuficiente de acordo com a Organização Mundial de Saúde).

Gráfico 4

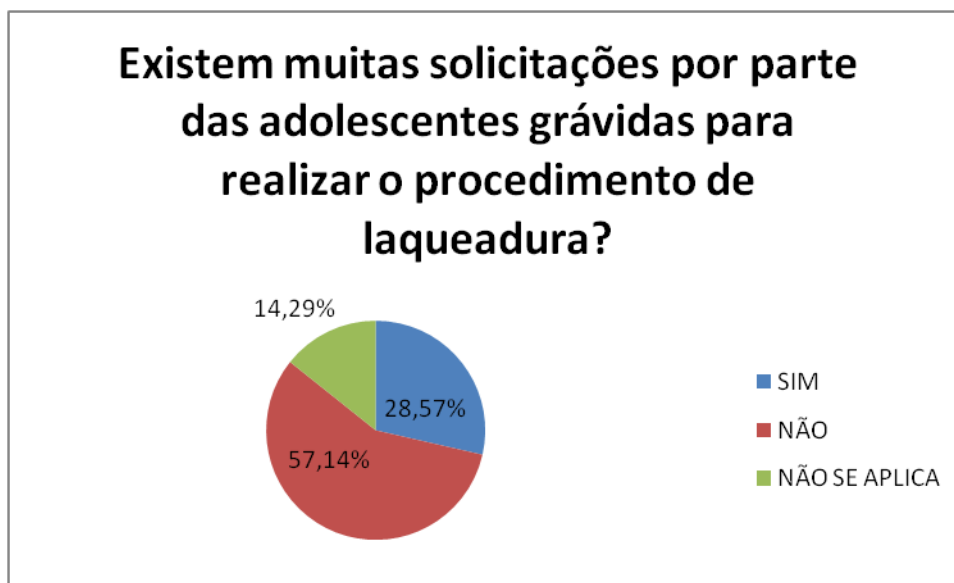


Aqui, 85,71% das assistentes sociais entrevistadas responderam que sim, existe um programa de orientação em relação a métodos contraceptivos. E, 14,29% responderam que não existe tipo de orientação.

Felizmente, esse programa de informação de contraceptivos está presente e é bem atuante na unidade visitada.

A distribuição gratuita de contraceptivos e uma maior oferta de orientações sexuais podem ter sido responsáveis pela redução do número de mulheres, entre 15 e 19 anos, com pelo menos um filho vivo no Brasil. No Ceará, entre os anos 2000 e 2010, a proporção passou de 15% para 11,7% (OLIVEIRA, 2014).

Gráfico 5

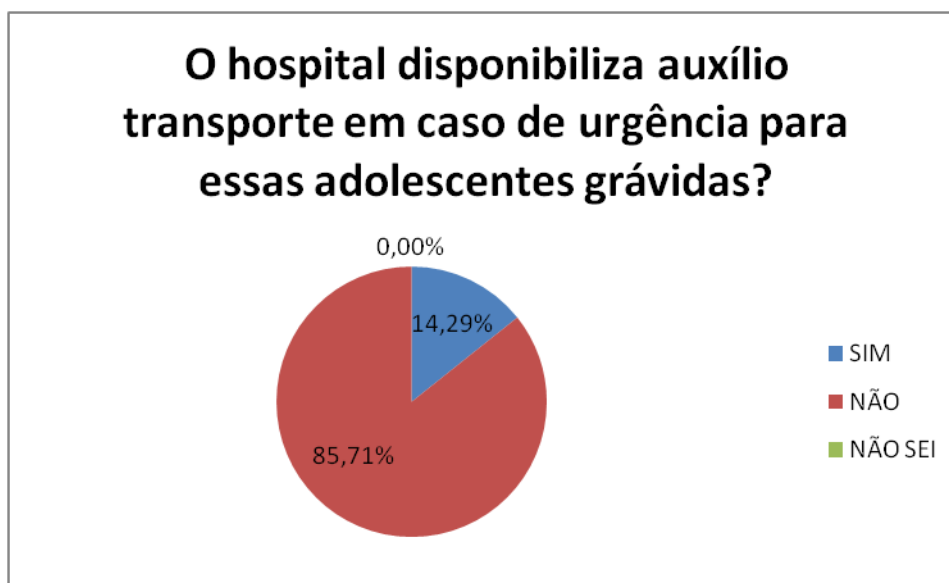


Quanto ao interesse das adolescentes para a realização do procedimento de laqueadura, 57,14% das assistentes sociais entrevistadas responderam não existir essa procura; 28,57% responderam que sim, existe um interesse para utilizar esse procedimento; e 14,29% responderam desconhecer esse assunto.

A clientela, por terem pouca ou quase nenhuma noção sobre gravidez, quase nem se interessam pelo assunto, conforme uma das entrevistadas.

O trabalho intenso do governo na divulgação de métodos contraceptivos, com certeza contribui para que mais de 50% das adolescentes grávidas não se interessem pelo procedimento de laqueadura. De acordo com a diretora da maternidade-escola, o número de casos no Ceará diminuiu porque o acesso aos métodos anticoncepcionais ficou mais fácil: "a distribuição é gratuita nos postos de saúde", informa (TIAGO, 2008).

Gráfico 6



Quanto a disponibilidade de transporte para os casos de urgência para as adolescentes grávidas, 85,71% das assistentes sociais entrevistadas responderam que não existe este tipo de auxílio transporte oferecido pelo hospital; 14,29% responderam que sim, existe esta assistência.

Essa falta de estrutura de atendimento caminha na contramão do que rege o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), atribuindo à família e ao Estado o dever de proporcionar condições de desenvolvimento pleno e sadio a esse grupo etário.

A própria Constituição Federal de 1988, em seu artigo 227 confere tratamento específico à criança e ao adolescente ao firmar um amplo compromisso com os múltiplos direitos que compõe a proteção integral e, como não poderia deixar de ser, com a saúde, principalmente (OLIVEIRA, 2010).

Art. 227, §1º – O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente, admitida a participação de entidades não governamentais [...] (OLIVEIRA, 2010).

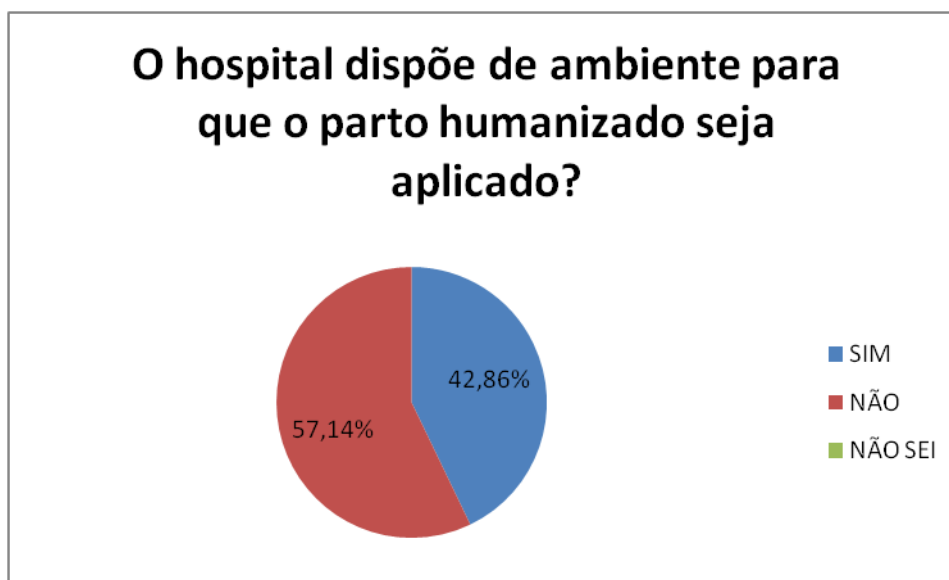
Seguindo orientação da Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei 8.069/1990, preconiza em seus artigos um amplo tratamento à

saúde da criança e do adolescente em seu Título II, Capítulo I, rompendo com o modelo adotado nas leis anteriormente estudadas. No entanto, devemos reconhecer que nem sempre uma alteração legislativa produz mudanças na sociedade, principalmente quando sua efetivação depende de políticas públicas. Assim, a adoção de uma nova doutrina, no que diz respeito à criança e ao adolescente, ou a elevação do direito à saúde como dever do Estado, nem sempre representará concretude (OLIVEIRA, 2010).

Destacamos, então, o Artigo 8º do ECA que dispõe sobre o dever do Estado em prestar assistência a adolescente grávida: Art. 8º É assegurado à gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal (JUSBRASIL, 2015).

Assim, percebemos um total desrespeito com o que determina a lei e as Políticas Públicas na proteção e atendimento às adolescentes grávidas, não oferecendo um tratamento satisfatório, nem subsidiando a clientela com informações e atividades de combate a gravidez na adolescência.

Gráfico 7

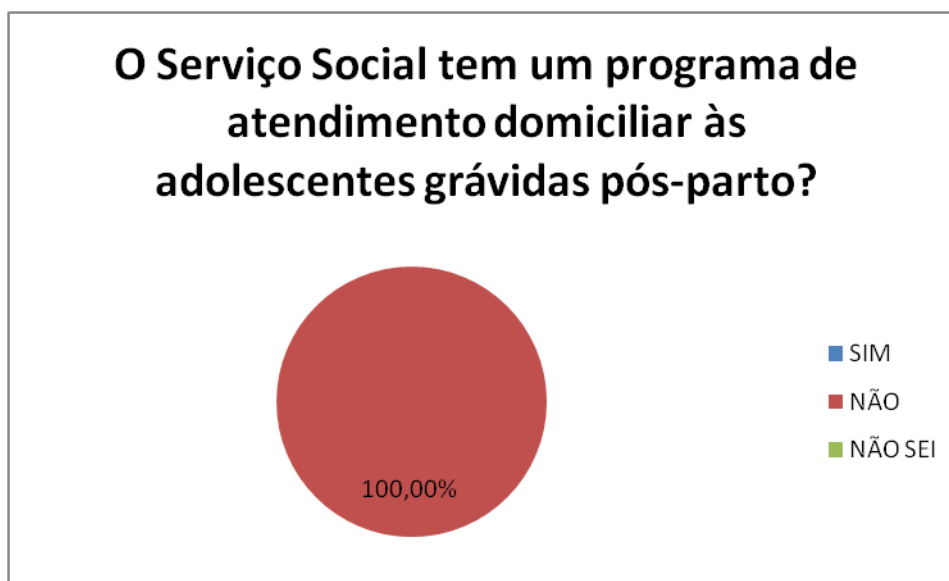


57,14% das profissionais de serviço social entrevistadas responderam que o hospital não dispõe de ambiente para que o parto humanizado seja realizado. Já 42,86% responderam que sim, existe esse ambiente apropriado para a realização do parto humanizado.

Essa incongruência nas respostas sobre o ambiente para que o parto humanizado seja aplicado, ocorre devido a falta de estrutura do hospital, a mulher só poderá ter acompanhante do sexo feminino, mesmo que o marido esteja no hospital, este não poderá entrar na sala de parto e muitas vezes esse é motivo que tem dificultado para que a mulher tenha esse parto humanizado, porque a mulher quer o marido na hora do parto, é o pai da criança, é o companheiro de vida, por isso que as assistentes social não conseguiram entrar no consenso, mas na minha observação enquanto estagiária eu observei isso.

Nogueira (2008) destaca o despreparo dos serviços e dos profissionais produz dificuldades ao acesso das adolescentes ao Planejamento Familiar, pois desconsideram as especificidades do ser adolescente, que não possuem um espaço adequado de atendimento às suas necessidades, sendo o espaço compartilhado conjuntamente com mulheres adultas.

Gráfico 8



Agora, quanto ao setor de serviço social ter um programa de atendimento domiciliar às adolescentes grávidas pós-parto, as entrevistadas foram unânimes em afirmar não existir esse tipo de atendimento.

Essa falta de atendimento está pautada no não cumprimento por parte das autoridades ao que estabelece o Artº 8 do ECA onde tem-se que é assegurado à

gestante, através do Sistema Único de Saúde, o atendimento pré e perinatal (JUSBRASIL, 2015).

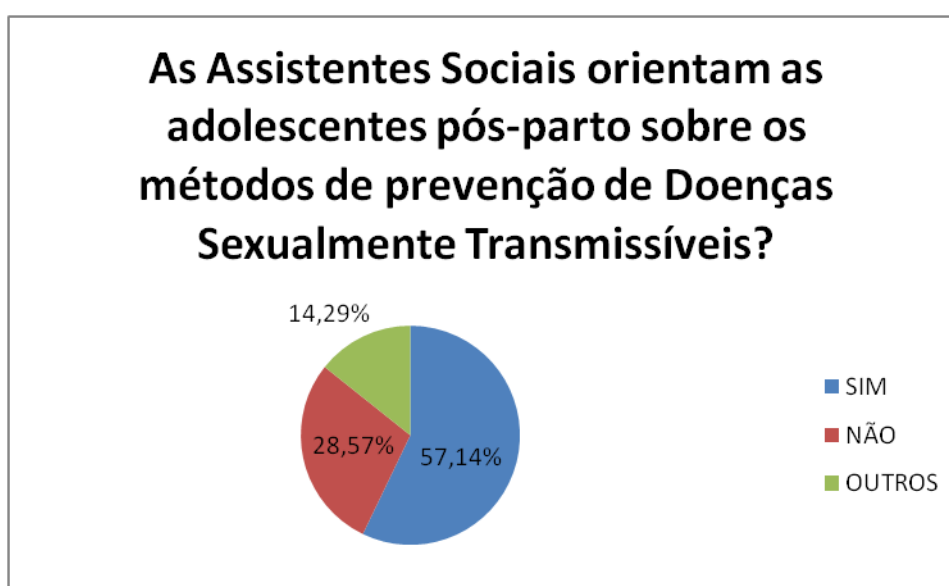
Não obstante as respostas proferidas nas entrevistas, destacamos alguns trabalhos desenvolvidos pela assistente social em alguns setores do hospital, observados quando do meu período de estágio naquela instituição:

- Na emergência: Presta esclarecimento e orientações aos usuários sobre as condições oferecidas pela instituição, por ocasião da espera do atendimento na perspectiva de reduzir o nível de tensão e apreensão vividas por estes.
- Nas enfermarias: Verificar pacientes de alta e admissão de novos pacientes nas enfermarias, observando nestes casos se o mesmo veio transferido do SPA ou de outra Unidade Hospitalar, informando aos familiares todos os dados inerentes a admissão e/ou transferência. Solicitar acompanhante para pacientes maiores de 60 anos e menores de 18 anos cujos familiares sintam-se desobrigados desta responsabilidade.
- Planejamento Familiar: Realização de palestras sobre o tema enfocando todos os métodos contraceptivos, com ênfase a laqueadura tubária e a vasectomia. Análise e reflexão com os grupos a respeito dos procedimentos cirúrgicos envolvidos e suas implicações, das possíveis complicações decorrentes do ato cirúrgico e anestésico e/ou aqueles relacionados a distúrbios psicossociais relacionadas comumente à desinformação no momento ou despreparo no momento da decisão.
- Demanda Espontânea: Conceder declaração de comparecimento aos pacientes e/ou acompanhantes das diversas clínicas principalmente do SPA quando solicitada, haja vista grande parte dos médicos desta casa se negar a conceder o atestado médico. Conceder 2ª via de DNV (Declaração de Nascido Vivo). Conceder auxílio funeral junto aos familiares e pacientes que foram a óbito nesta unidade hospitalar ou em qualquer outra pertencente à área de abrangência da SER I.
- Acolhimento dos usuários na sala do serviço social: registra o atendimento no livro diário do serviço social; preenche ficha de admissão de pacientes; preenche ficha de liberação de alta; entrega informativos sobre normas e funcionamento do hospital aos usuários; preenche ficha de autorização de acompanhante e declaração de acompanhante.

Antes tinha o programa de DST/AIDS, mas aos poucos foram se acabando e hoje não tem mais, mas segunda a assistente social, estão querendo implantar novamente o programa.

No programas de DST/AIDS: Trabalhavam no enfoque à prevenção das DSTs /AIDS, no intuito de evitar situações de risco à saúde de homens, mulheres e crianças, através do aconselhamento em DST/AIDS. Explorando detalhadamente através de palestras sobre as mais variadas doenças sexuais.

Gráfico 9



Do total das assistentes sociais entrevistadas, 57,14% responderam que existe sim um trabalho de orientação para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis voltadas para as adolescentes grávidas que procuram o hospital. 28,57% responderam não existir esse tipo de orientação.

Apesar de que no momento esteja um pouco ausente da mídia, as informações sobre DST encontram-se presente nas orientações prestadas pelas entrevistadas, em sua maioria. Segundo o Ministério da Saúde (2003) “apesar da maior difusão de conhecimentos sobre o assunto, cerca de 45% a 60% dos adolescentes brasileiros iniciam a vida sexual sem nenhum método contraceptivo”.

Dando sequência à análise das respostas obtidas junto ao questionário aplicado com as assistentes sociais, o momento agora será sobre as questões de caráter aberto, de livre resposta.

10ª Pergunta:

Quais as ações que são implementadas pelo serviço social e quais orientações são repassadas a estes jovens?

— *“As que aparecem procuramos esclarecer acerca dos métodos anticoncepcionais, inclusive o DIU, face ao longo período que pode ser utilizado” (ROSA).*

— *“São orientadas e encaminhadas a participar do planejamento familiar, onde são oferecidos todos os métodos contraceptivos” (AMÉLIA).*

— *“Não existe o projeto específico, neste sentido as que passam pelo serviço social são orientadas sobre métodos contraceptivos e fazendo as mesmas entenderem que elas não se enquadram nos critérios exigidos” (MARGARIDA).*

— *“Planejamento familiar (doenças sexualmente transmissíveis) e acompanhamento do paciente e acompanhante” (CRAVINA).*

— *“Registro civil do RN, orientação sobre métodos conceptivos” (CRAVO).*

As entrevistadas de cognome Rosa, Amélia, Margarida, Cravina e Cravo se assemelham nas respostas quanto ao aspecto de informações de contraceptivos. E esse trabalho efetivo de orientação já surtiu seus efeitos positivos, pois de acordo com a diretora da maternidade-escola, o número de casos no Ceará diminuiu porque o acesso aos métodos anticoncepcionais ficou mais fácil (TIAGO, 2008).

“O serviço social não dispõe de projetos voltados a esse grupo em especial. Eles recebem orientações gerais sobre teste do pezinho, registro de nascimento. No momento da internação fazemos orientação ao acompanhante, mas também de maneira geral, com especificidades” (PAPOULA).

Essa carência de projetos é criticada por Teixeira (2013), quando afirma que “a reorientação do modelo de atenção à saúde deu-se em 1988, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS)”. Todavia, ainda trilhamos caminhos a procura da universalidade, integralidade, equidade e participação social para o ser adolescente, cidadão que deveria ter prioridade nas políticas públicas, considerando o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

“Não existe ações. O que existe são orientações para acompanhante dessas adolescentes. Por muitas vezes os pais não aceita essa gravidez” (CHUVA DE PRATA).

Esse conflito é reconhecido por Ozella (2002), quando diz que a concepção vigente de adolescência está permeada por estigmas e estereótipos – “fase de conturbações” e “fase de conflitos com os pais”.

11ª Pergunta:

Sendo um fenômeno complexo, que envolve questões psicológicas, sociais e afetivas, como o senhor(a) avalia dentro do seu trabalho essas questões?

— *“São questões complexas, que requer um planejamento estratégico no sentido de envolver essa clientela (alvo), levando-se em conta as áreas sem um tanto promissora” (ROSA).*

— *“Não existe no momento nenhum trabalho específico que atenda a esta clientela” (MARGARIDA).*

— *“No HDGM-BC não vejo nenhum tipo de acompanhamento social a este público, talvez por ser um hospital de emergência, não existe um acompanhamento pré ou pós-parto a estas adolescentes. Durante sua permanência no hospital não vejo nenhuma atenção especial a este público” (PAPOULA).*

— *“Com orientações e encaminhamento para um melhor atendimento” (CRAVO).*

— *“Precisaria de equipe multidisciplinar a fim de fazer um acompanhamento mais completo. Falta de espaço físico, com privacidade para o atendimento” (CRAVINA).*

As respostas de Rosa, Margarida, Papoula, Cravo e Cravina se assemelham uma vez que todas estão voltadas para o deficiente sistema de saúde pública. Nesse contexto, segundo Gama (2002) no Brasil é preciso que se efetivem as Políticas Públicas voltadas para os problemas sociais que envolvam os jovens e, oferecer a esses brasileiros as condições reais de amparo e desenvolvimento integral de suas potencialidades de modo efetivo, uma vez que, ao ficar grávida a adolescente interrompe às vezes, a sua capacidade de crescer como pessoa e profissional.

“Creio que é falta de orientações por parte dos pais e também nas escolas” (AMÉLIA).

“A priori é o contato com os pais e falta de orientações dos pais e das escolas” (CHUVA DE PRATA).

As respostas de Amélia e Chuva de prata se assemelham quando afirmam que a falta de orientações e a ausência de contato com os pais, uma vez que estes precisam sair cedo para o trabalho e retornam à noite cansados e não encontram tempo para ter um momento família, com certeza deixam essas adolescentes sem esclarecimentos sobre a vida sexual, o que contribui para que elas engravidem com maior frequência.

Essa ausência dos pais como transmissores de informações para essas adolescentes grávidas incentivaram as organizações sociais não-governamentais a se inserirem nesse processo educativo. Segundo Nilza Almeida, diretora de patrimônio da AMA, as integrantes do grupo perceberam que os pais não dialogam sobre sexualidade com seus filhos. "Mas sofremos críticas, houve divergências dentro do grupo, pois pensaram que não precisava mostrar tanto, que era 'demais', que iria estimular os adolescentes [para o sexo]. Mas, deu certo, pois o produto tem seu papel educativo e ficamos satisfeitos com a procura" (ADITAL, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluimos o presente trabalho relatando que mesmo com a expansibilidade de informações e métodos contraceptivos, a gravidez indesejada vem se tornando cada vez mais comum no cotidiano de adolescentes. Jovens que se deparam com a maternidade sem planejamento são forçadas, na maioria das vezes, a abdicar de seus sonhos e construir suas famílias antecipadamente, o que as leva a uma alta sobrecarga emocional ocasionando sérios riscos e consequências que refletem no futuro de suas vidas.

Essa problemática surge como alvo de intervenção do assistente social, que sob a ótica profissional atua no direcionamento do indivíduo, família, e coletividade. Assim, faz-se necessário o conhecimento por parte do assistente social de conhecer as propostas e políticas públicas para a prevenção e promoção da saúde física, mental e social das futuras mães.

A experiência no Hospital Distrital Gonzaga Mota mostra a realidade vivenciada por mulheres que, em sua maioria, são adolescentes que estão entrando em trabalho de parto. A falta de experiência junto ao medo gera ansiedade, insegurança e angústia, aquele momento à qual seria sublime se traduz em sofrimento e transtorno. O assistente social, como profissional e educador, atua na tentativa de resolução da problemática, assim resta a ele buscar métodos para melhoria no atendimento do parto e para uma melhor qualidade de vida das puérperas.

Quanto a realização das entrevistas com as assistentes sociais do hospital supracitado, foram concebidas na sala destinada ao Serviço Social e de uma forma individual. Esse processo foi realizado na primeira quinzena do mês de outubro (2015), no período da manhã. Com exceção só de um dia em que foi necessário ser realizada à noite, uma vez que a assistente social a ser entrevistada estava escalada no plantão noturno.

A boa receptividade por parte das entrevistadas tornou o momento da entrevista bastante descontraído, onde pode-se sentir uma satisfação em poder contribuir com as informações solicitadas.

Mesmo assim, destacamos a discrepância das respostas obtidas na coleta de dados, em que a prestação de serviços oferecidos pelo hospital era admitida por uma das entrevistadas, porquanto outras admitiam não existir o serviço mencionado. Causou bastante estranheza esse episódio por se tratar de uma entrevista feita exclusivamente com as assistentes sociais do hospital, e nem mesmo elas tinham concordância do serviço oferecido.

Contudo, o resultado final foi positivo, pois foi constatada uma rede de atendimento às adolescentes grávidas, mas que funcionam isoladamente, havendo portanto, a necessidade que essas ações sejam feitas de uma forma intersetorial, para que seja oferecida uma assistência multidisciplinar e com um atendimento mais humanizado.

As respostas obtidas na entrevista serviram para demonstrar o quanto o sistema de saúde brasileiro é deficiente, com a carência de profissionais para compor uma equipe multidisciplinar, uma estrutura física precária e ausência de atividades voltadas para o paciente e seu acompanhante.

Enfim, podemos afirmar que as Políticas Públicas voltadas para o atendimento às adolescentes grávidas estão bem definidas por lei, mas o seu cumprimento deixa muito a desejar, enquanto isso, a população é afetada vergonhosamente por essa falta de compromisso dos órgãos que gerenciam suas ações e pelos órgãos fiscalizadores que não exigem o que a lei determina.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Natália Maria Fonseca. **Os significados da gravidez para as adolescentes atendidas no centro de referência do adolescente em Macaé RJ**, pg 31; 2011. Disponível em: <<http://www.puro.uff.br/tcc/2011-1/NATALIA%20MARIA%20FONSECA%20ARAUJO.pdf>>. Acesso em: 06 ago. 2015.

BARROS, C.; PAULINO, W. R. **Corpo, mente e coração: os cuidados na adolescência**. In:___ Ciências: o corpo humano. São Paulo: Ática, p. 62, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Saúde do Adolescente: competências e habilidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Série B – Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 822 de 06 de junho de 2001. **Institui o Programa Nacional de Triagem neonatal**. Brasília: Diário Oficial da União. 2011.

BOCCATO, V. R. C. Metodologia da pesquisa bibliográfica na área odontológica e o artigo científico como forma de comunicação. **Revista Odontol. Univ. Cidade São Paulo**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 265-274, 2006.

CAPUTO, V. G.; BORDIN, I. A. **Gravidez na adolescência e uso frequente de álcool e drogas no contexto familiar**. Revista de Saúde Pública. v. 42, n.3, jun. 2008.

CARVALHO, G. M.; MERIGHI, M. A. B.; JESUS, M. C. P. **Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos Kikyo**. Texto Contexto de Enfermagem. v.18, n.1, jan, 2009.

CAVASIN, S. *et al.* **Gravidez de Adolescentes entre 10 e 14 anos e vulnerabilidade Social: Estudo Exploratório em Cinco Capitais Brasileiras**. ECOS (Comunicação em Sexualidade). São Paulo, mar. 2012.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social, Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência, **Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais**. Brasília – DF, 2011. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2015.

CRESS/CE. **Conselho Regional de Serviço Social**, Disponível em: <<http://www.cress-ce.org.br/institucional/assistente-social>>. Acesso em: 06 ago. 2015

DADOORIAN, D. **Pronta para voar, um novo olhar sobre a gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro. Rocco (2000).

FERREIRA. Luiz Gonzaga Rebouças, **Redação Científica: como escrever artigos, monografias, dissertações e teses**. 4ª Ed. Fortaleza - Edições UFC. 2007

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. **Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda.** Caderno Saúde Pública. v.18, n.1, p. 10, fev, 2002.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Projeto profissional: espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade.** In: Atribuições privativas do(a) assistente social em questão, Brasília: CFESS, p. 55, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contagem da população 2015.** Rio de Janeiro, 2015.

_____, Marilda Villela.. **O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 5ª Ed. São Paulo: Cortez, p, 17, 2008

KAUARK, Fabiana da Silva. MANHÃES, Fernanda Castro. MEDEIROS, Carlos Henrique. **Metodologia da Pesquisa: um guia prático.** Bahia, 2010. Ed, Via Litterarun.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica.** 4. ed. P. 169, São Paulo: Atlas, 2010.

LEAL, A.C.; WALL, M.L. **Percepções da gravidez para adolescentes e perspectivas de vida diante da realidade vivenciada.** Cogetare Enfermagem, Curitiba. V. 10. Nº 3, p. 44, set/dez 2011.

LIMA, Lauro de Oliveira. **Piaget para principiantes.** 2. ed. São Paulo: Summus,2009..

LORES, José Frómeta, **A gravidez precoce e sua implicação sociopsicológica e educativa para os adolescente,** 2015. Disponível em: <
<http://br.monografias.com/trabalhos/a-gravidez-precoce/a-gravidez-precoce.shtml>>
Acesso em: 17 11 2015.

MAIA, F.F.R; RIBEIRO.J.G.L. **Aspectos médicos - sociais da gravidez na adolescência nos últimos 20 anos: Uma revisão de literatura.** Revista Médica de Minas Gerais. Belo Horizonte, v. 11, nº 1, p. 34 – 2011.

MAIA, M.G.M. **Fatores associados à interrupção do aleitamento materno nas crianças menores de seis meses de idade na cidade de Rio Branco (ACRE).** Revista Baiana de Saúde Pública. Salvador. V. 30 p.29. 2006.

MIOTO, Regina C. T. **A maternidade na adolescência e a (dês) proteção social.** Revista Serviço Social e Sociedade, nº 83, ano XXVI, especial 2005.

NEWS, Globo; **Número de adolescentes grávidas chega a 7,3 milhões, aponta ONU.** 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/globo-news/noticia/2014/09/numero-de-adolescentes-gravidas-chega-73-milhoes-aponta-onu.html>>. Acesso em: 04 agosto 2015

OLIVEIRA, Douglas Henrique de. Do direito à saúde da criança por meio dos cuidados à mãe e a gestante segundo o estatuto da criança e do adolescente. 2010. **Revista de Direito Público**, Londrina, v. 5, n. 2, p. 69-89, ago. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/direitopub/article/viewFile/7378/6508> Acesso em: 18 nov. 2015.

OMS, ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Educação Sexual - Viver Saudável.** Sessão do Comitê Regional da Europa. a.41. Lisboa. 2011.

PALÁCIOS Jesús. **Desenvolvimento Psicológico e Educação**, Alianza Editorial, p. 63, 2010.

PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. **Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários.** Revista de Saúde Pública. v.38, n.4, ago, 2010.

RIBEIRO, P. C. P. **Prevenção de gravidez na adolescência – uma visão interdisciplinar.** Minas Gerais, p. 8, 2008.

SAÚDE, Ministério da, **Conselho Nacional de Saúde.** Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012.

SILVA, Alice de Melo. **A Prática Profissional do Serviço Social.** Brasília. 2010. Disponível em: http://bdm.unb.br/bitstream/10483/1286/1/2010_AliceMeloSilva.pdf> Acesso em: 18 nov. 2015.

SILVA, Deise Thainá Costa da; SILVA, Soane Maria Santos Menezes Trindade. **A realidade Social de mães Adolescentes assistidas pelo centro de referência da assistência social – CRAS Monteiro Lagarto – SE.** Revista Eletrônica da Faculdade José Augusto Vieira, ano V, n.7, set. 2012. Disponível em http://fjav.com.br/revista/Downloads/edicao07/A_Realidade_Social_de_Maes_Adolescentes_Assistidas_pelo_Centrode_Referencia_da_Assistencia_Social.pdf. Acesso em: 03 jul 2015.

SOUSA; Suely Peres de; ARAUJO, Bismark Azevedo de. Saúde Pública e sua Relação com o Serviço Social: um estudo bibliográfico. 2010 Disponível em: <http://www.webartigos.com/artigos/saude-publica-e-sua-relacao-com-o-servico-social-um-estudo-bibliografico/32618/>. Acesso em 03 ago. 2015

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 2010

VASCONCELOS, A. M. de. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 2.^a Ed. São Paulo: Cortez, 2003

ANEXOS

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome: _____

Tempo de serviço na Unidade: _____

Formação Acadêmica: _____

1) A estrutura hospitalar está preparada para receber as adolescentes grávidas?

Sim ()

Não ()

Não Sei ()

2) Existe protocolo de atendimento para atender estas adolescentes grávidas pelo o serviço social?

Sim ()

Não ()

Não Sei ()

3) As adolescentes grávidas são atendidas pelo hospital, normalmente em casos de:

Aborto ()

Nascimento ()

Pré-natal ()

OUTROS: (Pressão alta, perda de liquido amniótico, sangramento) ()

4) Existe algum tipo de acompanhamento pós-parto em relação a métodos contraceptivos?

Sim ()

Não ()

Não Sei ()

5) Existem muitas solicitações por parte das adolescentes grávidas para realizar o procedimento de laqueadura?

Sim ()

Não ()

Não se aplica ()

6) O hospital disponibiliza auxílio transporte em caso de urgência para essas adolescentes grávidas?

Sim ()

Não ()

Não Sei ()

7) O hospital dispõe de ambiente para que o parto humanizado seja aplicado?

Sim ()

Não ()

Não Sei ()

8) O Serviço Social tem um programa de atendimento domiciliar as adolescentes grávidas pós-parto?

Sim ()

Não ()

Não Sei ()

9) As Assistentes Sociais orientam as adolescentes grávidas pós-parto sobre os métodos de prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis?

Sim ()

Não ()

Quais as ações que são implementadas pelo serviço social e quais orientações são repassadas a essas jovens?

Sendo, um fenômeno complexo, que envolve questões psicológicas, sociais e afetivas, como o Sr.(a) avalia dentro do seu trabalho essas questões?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO DA INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA – BARRA DO CEARÁ.

Nome da Orientadora: Luciana Gomes Marinho

Nome da Pesquisadora: Klebiane Vidal Silva

Natureza da pesquisa: o sra (sr.) _____, está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade é Analisar quais as expressões da questão social que repercutem no atendimento às adolescentes grávidas assistidas no Hospital Distrital Gonzaga Mota – Barra do Ceará, na cidade de Fortaleza

1. **Participantes da pesquisa:** A pesquisa tem como sujeito as assistentes sociais que trabalham há mais de um ano no referido hospital. Serão entrevistadas 07 participantes.
2. **Envolvimento na pesquisa:** Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou prejuízos.

Na publicação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo(a).

Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário através do telefone da orientadora da Pesquisa.

Pesquisadora: Klebiane Vidal Silva
Orientadora: Luciana Gomes Marinho
Telefone: (85)

Telefone: (85)

3. **Sobre as entrevistas:** Para a aplicação do instrumento de coleta de dados, utilizar-se-á um roteiro de entrevista semiestruturado, através de uma abordagem direta, que poderá ser gravada, se assim você permitir.
4. **Riscos e desconforto:** a participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Não se identifica, nesta pesquisa, risco superior aos benefícios propostos, o que se prevê como risco é, possivelmente, um momento de maior ansiedade ou dúvida durante o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Caso ocorra esta situação, o sujeito estará livre para decidir sobre a continuidade ou não deste preenchimento
Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.
5. **Confidencialidade:** todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador (a) e o (a) orientador (a) terão conhecimento dos dados.
6. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa a sra (sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o tema, possibilitando uma melhor assistência as adolescentes grávidas que procuram o hospital, como também o pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos para o benefício de outros interessados no tema.
7. **Pagamento:** a sra (sr.) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Obs: Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens anteriores apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Nome do Participante da Pesquisa

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura do Pesquisador

Assinatura do Orientador