



**FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA - RATIO**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**MARIA AMÉLIA BARROS DA SILVA**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: O OLHAR DE QUEM VIVE O QUE É  
SER ADOLESCENTE.**

**Fortaleza - CE**

**2017**

MARIA AMÉLIA BARROS DA SILVA

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: O OLHAR DE QUEM VIVE O QUE É SER  
ADOLESCENTE.**

Monografia submetida à aprovação do Curso de Bacharelado em Serviço Social pela Faculdade Teológica e Filosófica - Ratio, como requisito parcial para obtenção de título de Bacharel em Serviço Social.  
Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dra. Lucili Grangeiro Cortez

Fortaleza - CE

2017

MARIA AMÉLIA BARROS DA SILVA

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: O OLHAR DE QUEM VIVE O QUE É SER  
ADOLESCENTE.

Monografia como pré-requisito para obtenção do título de Bacharelado em Serviço Social, outorgado pela Faculdade Teológica e Filosófica - Ratio, tendo sido aprovada pela banca examinadora composta pelos professores.

Data de aprovação: \_\_/\_\_/\_\_

BANCA EXAMINADORA

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Lucili Grangeiro Cortez

---

Prof. Ms. Francisco de Assis Alencar Mota

---

Prof.<sup>a</sup>. Esp. Roberta Maria Albuquerque Sá

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, autor de meu destino, meu guia, socorro presente na hora da angústia, ao meu pai Francisco José da Silva, minha mãe Maria Tereza, a meu esposo Max Haney e minha filha Maria Eduarda, pois sem o apoio e carinho de vocês não teria chegado a realização do meu sonho.

## **AGRADECIMENTOS**

Depois de ter passado por essa jornada repleta de desafios tenho muitos a quem dizer obrigada...

Ao meu querido DEUS por ser minha fortaleza nos momentos de dificuldade e pela eterna proteção.

Aos meus PAIS pelo imenso amor e apoio que me dedicam.

Ao meu amado esposo MAX HANEY, pelos momentos incondicionais de amor e compreensão, pelo companheirismo de todas as horas.

A minha filha MARIA EDUARDA, que embora não tivesse conhecimento disto, mas iluminou de maneira especial os meus pensamentos me levando a buscar mais conhecimentos.

As minhas irmãs ADRIANA e GRISBÊNIA, vocês foram muito importantes na minha caminhada acadêmica.

As minhas queridas amigas de faculdade, KALLYNE, ALDEVAN e LANNI, pelos bons momentos de amizade sincera que temos.

A minha orientadora LUCILI GRANGEIRO, pela compreensão, dedicação e paciência dedicadas a mim durante todo o processo de produção da monografia.

Agradeço ao professor ASSIS e ROBERTA por terem aceitado o convite de fazerem parte na minha banca. Foi um privilégio contar com a presença de vocês nesse momento tão inesquecível.

Agradeço também a todos os professores que me acompanharam durante a graduação, em especial aos Professores: Timbó, Assis, Narah, Janilson, Roberta, Lara Abreu, Keula, Emmanuelle, Virzangela, Lauriene, Luciana, Erivania, que foram de grande importância no meu aprendizado.

Agradeço a todas e todos meus colegas da turma 316 por todos os momentos de aprendizado em conjunto. Deixo meus agradecimentos em especial para: ALINE e VIRGINIA que apesar de uma aproximação maior no último semestre foram essenciais nessa conquista e companheiras importantes na comissão de nossa formatura. E ao

BRUNO que por diversas vezes me auxiliou na construção da minha monografia, peça fundamental para a realização desse sonho.

E a todos, que durante esses quatro anos passaram por minha vida e puderam de alguma maneira colaborar para o meu crescimento profissional e pessoal.

Deste modo, concluo este trabalho e esta graduação, com a certeza de que esta é mais uma das conquistas de muitas que ainda virão em minha vida.

Muito obrigada a todos vocês!

“O sucesso nasce do querer, da determinação  
E persistência em se chegar a um objetivo.  
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca  
e vence obstáculos, no mínimo fará coisas  
admiráveis”  
José de Alencar

## RESUMO

Esta monografia visa analisar a partir da fala das adolescentes a importância do trabalho do Planejamento Familiar na Unidade Básica de Saúde Matos Dourado, contudo destacamos a discussão de diversos autores acerca do conceito sobre adolescência e o processo de gravidez ainda nessa fase, entendendo que esta temática em pesquisa é de fundamental importância para entender melhor como é feito o atendimento e a garantia de direitos às adolescentes em processo de gravidez apresentando aspectos conceituais, normativos e legais. Utilizando técnicas: documental, bibliográfico, pesquisa de campo e observação, pudemos coletar dados que nos permitiu perceber o quanto as adolescentes mesmo estando amparadas pelo planejamento familiar apresentam certo desconhecimento e um despreparo no que se refere à preparação da maternidade. Destacamos que isso se deve ao fato delas assumirem esse papel materno precocemente sem ter havido um planejamento para tal responsabilidade. Através do método da entrevista ficou claro para nós enquanto pesquisador que são necessárias políticas públicas voltadas para esse segmento, no caso da pesquisa de adolescentes, em que as mesmas possam entender todo o processo de gravidez, levando em consideração sua decorrência. Por fim, ressaltamos que as Unidades Básicas de Saúde, de acordo com os dados coletados, são de fundamental importância no acompanhamento e orientação dessas jovens que têm como amparo inicial as orientações que são oferecidas pelas mesmas.

**Palavras-chave:** Gravidez na adolescência, Planejamento Familiar e Políticas Públicas.

## **ABSTRACT**

This monograph aims to analyze the importance of family planning work in the Matos Dourado Basic Health Unit, based on the discourse of the adolescents. We will highlight the discussion of several authors about a concept about adolescence and the process of pregnancy in this phase, This issue in research is of fundamental importance in order to better understand how the care and the guarantee of rights are made to adolescents in the process of pregnancy, it is important to present conceptual, normative and legal aspects. Using methods such as: documentary, bibliographic, field research and observation, we can collect data that allowed us to perceive how much the adolescents, even being supported by family planning, show a certain lack of knowledge and a lack of preparation regarding the preparation of being a mother, We emphasize that this is due to the fact that they assume this maternal role early without planning for such responsibility. Through the interview method it became clear to us as a researcher that it is necessary public policies focused on this segment, in the case in adolescents research, in which they can understand the whole process of pregnancy taking into account its consequences before and after. Finally, we point out that the basic health units according to the data collected are of fundamental importance in the monitoring and orientation of these young people, whose initial support is the guidelines that are offered by them.

Key words: Adolescent pregnancy, Family Planning and Public Policy.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CIES	Centro Integrado de Educação e Saúde
CIPD	Conferência Internacional População e Desenvolvimento
CMES	Ministério do Trabalho e Emprego
DST'S	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ECG	Eletrocardiograma
HIV	Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
NAMI	Núcleo de Atenção Médica Integrada
OMS	Organização Municipal de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSF	Programas de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidade de Atenção Primária a Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIFOR	Universidade de Fortaleza

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 ADOLESCÊNCIA E GRAVIDEZ.....</b>	<b>20</b>
2.1 Vivenciando a sexualidade na adolescência.....	22
2.2 Gravidez na Adolescência.....	24
<b>3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E PLANEJAMENTO FAMILIAR .....</b>	<b>27</b>
3.1 Quando a gravidez na adolescência passou a ser considerada um “Problema Social” .....	27
3.2 Políticas Sociais voltadas para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes	30
3.3 A Legislação Sobre Planejamento Familiar.....	34
3.4 O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).....	38
<b>4 A GRAVIDEZ DAS ADOLESCENTES ACOMPANHADAS PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PROFESSOR MATOS DOURADO .....</b>	<b>43</b>
4.1 A visão das adolescentes sobre a gravidez e os sentimentos .....	47
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão do curso, cuja temática em pesquisa é “Gravidez na adolescência: o olhar de quem vive o que é ser adolescente”, tem por objetivo compreender, a partir da fala das adolescentes, a importância do trabalho do Planejamento Familiar na Unidade Básica de Saúde Matos Dourado.

A gravidez na adolescência é uma realidade que envolve todas as classes sociais, agravada pelas sequelas da estrutura familiar, considerada assim como problema social a ser encarado não só pela família, mas por toda a sociedade. Em alguns casos a gravidez precoce faz parte de um desejo, mas na maioria das vezes é uma surpresa inesperada, que gera uma série de conflitos emocionais, instabilidade familiar, desvio da escola e afastamento do convívio social: uma série de consequências sobre as quais os jovens não refletem quando decidem dar o primeiro passo para a vida sexual (BOCARDI, 2003).

A palavra adolescência deriva do latim *adolescere*, que significa crescer. A Organização Mundial de Saúde (OMS) determina a adolescência como uma fase entre 10 e 19 anos. De acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) na Lei nº. 8.069 de 13 de julho de 1990, a faixa etária é de 12 a 18 anos.

Segundo Santrock (2003, p.240), na adolescência, a vida é envolta pela sexualidade. É um período de exploração e de experimentação sexual, de fantasias e realidades sexuais, de incorporação da sexualidade à identidade da pessoa. Os adolescentes sentem uma curiosidade quase insaciável pelos mistérios do sexo. Pensam que são sexualmente atraentes, em como fazer sexo e em o que o futuro reserva para suas vidas sexuais.

De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), nas duas últimas décadas os casos de gravidez na adolescência têm aumentado significativamente, tendo ao mesmo tempo uma diminuição na média de idade das adolescentes grávidas. Em 2007 ocorreram quase três milhões de nascimentos no Brasil, e 21,3% correspondia a mães de idade entre 13 e 19 anos.

Entende-se por gravidez na adolescência aquela gestação que ocorre durante os dois primeiros anos ginecológicos da mulher, ou seja, contando a partir na menarca, ou quando mantém total dependência social e econômica da família. A

maternidade adolescente impõe aos jovens, novas demandas familiares, educacionais e laborais, além daquelas próprias da adolescência, e com a chegada da gravidez a adolescente abandonará geralmente seu projeto de vida, a escola e emprego (FERNANDES, 2009). Segundo Heilborn (1998) e Brandão e Heilborn (2006), o aumento da incidência da gravidez na adolescência vem apontando para a importância de se desnaturalizar o problema e buscar outros aspectos para sua compreensão.

A gravidez na adolescência é um período que compreende várias mudanças e há necessidade de serviços e de condições psicossociais para enfrentá-la como se pode observar:

A gravidez na adolescência é um problema complexo, pois implica em dois fenômenos do desenvolvimento humano: adolescência e gestação. A adolescência é um período de crescimento e desenvolvimento humano, em que se observam rápidas e substanciais mudanças na vida e nos corpos infantis, a citar o acentuado crescimento estatural, o surgimento de novas formas físicas e estéticas, as transformações no funcionamento orgânico, a construção de novas relações intersubjetivas e as manifestações peculiares de novos sentimentos, modos de pensar e de se comportar refletindo novas identidades e inserções no mundo interno e externo da família. Já o período gestacional é repleto de modificações físicas, psicológicas, hormonais, neurológicas, sociais e familiares. A saúde reprodutiva depende de uma gama de condições socioculturais propícias, tais como serviços de saúde de qualidade, adequadas condições de vida e estabilidade afetiva. (SOCAL, 2003, p. 76)

Caldeira (2004) ressalta que as transformações que ocorrem com a adolescente que engravida vão desde a mudança em seu corpo até a relação com a família e a sociedade, ou seja, há por parte da adolescente, uma perda de autonomia e de liberdade. Algumas vezes, os amigos acabam afastando-se, como também pode ocorrer uma rejeição por parte do parceiro, da família e da sociedade e, geralmente, a adolescente não está preparada para lidar com essas situações que, quase sempre, só se tornam visíveis quando a gravidez já é uma realidade. Tal complexidade sugere um estudo mais atento e crítico, com maior abrangência do problema, em busca de sua solução.

Joffily (2003) afirma que a gravidez entre adolescentes nem sempre é fato inconsequente ou desastroso, principalmente quando ocorre com adolescentes que tenham uma vida afetiva estável. Essas adolescentes encontram na gestação um impulso para alcançar sua autonomia, independência e liberdade, contrariando, assim, o senso comum que julga a gravidez adolescente como um sério problema

social. Porém, é imprescindível que se tenha um acompanhamento e que se ofereçam subsídios para aquelas adolescentes que são obrigadas a sair de casa expulsas pelos pais vendo ameaçados seu bem-estar e futuro devido aos riscos físicos, emocionais e sociais acarretados por este fato.

Para Lopes e Maia (2001), muitas vezes, a adolescente mantém relações sexuais sem preservativo não por falta de conhecimento, mas porque está apaixonada e tem medo de que o namorado a rejeite se ela insistir. Até porque, para as adolescentes, a sexualidade é a expressão do desejo, da escolha, do amor, por isso a sexualidade se abre para a dimensão do sexo propriamente dito. Geralmente a primeira relação é carregada de expectativas e o jovem casal tem receio de quebrar o romantismo do momento se parar e tirar um preservativo do bolso ou da bolsa.

A gravidez precoce gera consequências tardias e em longo prazo, tanto para a adolescente quanto para o recém-nascido. A mãe adolescente poderá apresentar problemas de crescimento e desenvolvimento, problemas emocionais e comportamentais a exemplificar que, em virtude da pressão familiar, algumas optam por fugir de casa. A gravidez precoce resulta também em problemas educacionais e de aprendizado, pois é de amplo conhecimento que a grande maioria das mães adolescentes acaba abandonando os estudos, além das complicações próprias do período gestacional e uma maior probabilidade de problemas no parto (MAGALHÃES, et al., 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 22% dos adolescentes fazem sexo pela primeira vez aos 15 anos de idade. É nesta fase importante de autoconhecimento e incertezas que a falta de informação pode gerar uma gravidez inesperada ou mesmo a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis. A Lei nº. 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que trata do planejamento familiar aborda no Artigo 6º que: “As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1996).

Portanto, escolhemos a Unidade Básica de Saúde Matos Dourado, situada em Fortaleza, no Estado do Ceará, na Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhães, nº. 131, no bairro Edson Queiroz, para compreender como o trabalho dos profissionais responsáveis pela Assistência em Planejamento Familiar influencia na

vida dessas jovens, tão imaturas, com sonhos e desejos, tendo como base o olhar das adolescentes grávidas, para assim poder facilitar a administração dessa nova e tão desafiadora fase. Contudo, em face do problema acima exposto foi desenvolvido o trabalho monográfico que responde à seguinte pergunta: qual a importância do trabalho desenvolvido no Planejamento Familiar para as adolescentes grávidas atendidas na Unidade Básica de Saúde Matos Dourado?

É importante que sejam delimitadas as categorias analíticas que embasam a pesquisa. Diante disso, apontam-se as seguintes categorias de análise: gravidez na adolescência, planejamento familiar e políticas públicas, acerca das quais são abordados os seguintes enfoques teóricos.

A OMS define adolescência como uma fase entre 10 e 19 anos. Já no Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) – Lei 8.069 de 13 de julho de 1990, a faixa etária é de 12 a 18 anos. Segundo Currie (2008), estudos revelam que 22% dos adolescentes iniciam suas atividades sexuais precocemente, estando associado ao não uso ou uso inadequado de preservativos. Com esse argumento, a gravidez na adolescência torna-se um problema para saúde pública que perpassa vários fatores, como econômicos, fisiológicos, sociais e psicológicos.

Sobre o tema abordado, o ECA, apesar de não explicitá-lo de maneira clara, pressupõe diretrizes para que o direito a atenção à saúde e aos outros canais de assistência sejam garantidos. A disponibilidade de serviços integrais e descentralizados é de fundamental importância para a adolescente gestante. O Artigo 10º do Estatuto também faz importantes alusões acerca dos atendimentos prestados às gestantes nas unidades de saúde, sejam elas públicas ou privadas:

Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a: I - manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos; II - identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente; III - proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutico de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais; IV - fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato; V - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe. (LEI nº 8.069, 1990, pp. 8-9)

Como podemos observar, o ECA apresenta em sua estrutura mecanismos que possibilitam a garantia e o acesso a direitos que são estabelecidos em sua criação,

além disso, percebe-se que, de acordo com o referido estatuto, existe uma preocupação com o amparo das crianças e adolescentes.

Analisando outra categoria que está presente na pesquisa destacamos que o Planejamento Familiar é um direito de mulheres, homens e casais e está amparado pela Constituição Federal, em seu Artigo 226, Parágrafo 7º, e pela Lei nº. 9.263, de 1996, que o regulamenta. Cabe ao Estado prover recursos educacionais e tecnológicos para o exercício desse direito, bem como profissionais de saúde capacitados para desenvolverem ações que contemplem a concepção e a anticoncepção.

As políticas públicas funcionam de maneira a controlar a pobreza. Os serviços são mínimos, fragmentados e seletivos, fato que favorece a mercantilização dos mesmos. Conforme Yamamoto (2009), é uma tendência cada vez mais evidente do modo de produção capitalista a desregulamentação do Estado em prol das privatizações dos serviços. O Estado transfere para o privado aquilo que é de caráter público, preservando os interesses do mercado e fomentando um distanciamento cada vez mais evidente entre os usuários. É por meio das políticas sociais que o Estado procura manter a legitimação do grande capital, ocultando o caráter conflituoso e antagônico que rege nossa sociedade. O Estado, sempre que solicitado pelo capital, usa de artimanhas políticas e ideológicas para controlar os vários segmentos da classe trabalhadora.

De acordo com a metodologia qualitativa, foi utilizada pesquisa bibliográfica, documental, entrevistas, pesquisa de campo e observação. No primeiro momento foi realizada uma pesquisa bibliográfica, pela qual foram feitos levantamentos no contexto geral.

Segundo Marconi e Lakatos (1992),

A pesquisa bibliográfica é o levantamento de toda a bibliografia já publicada, em forma de livros, revistas, publicações avulsas e imprensa escrita. A sua finalidade é fazer com que o pesquisador entre em contato direto com todo o material escrito sobre um determinado assunto, auxiliando o cientista na análise de suas pesquisas ou na manipulação de suas informações. Ela pode ser considerada como o primeiro passo de toda a pesquisa científica.

Foram analisados registros, fichas, entre outros documentos que auxiliaram no desenvolvimento da pesquisa. Para Gil (2008): “A pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica, diferindo apenas no material que será utilizado”.

Para realização da pesquisa optamos pelos pressupostos teóricos metodológicos de natureza qualitativa como método geral da pesquisa que, segundo Oliveira (2007, p. 37), é “um processo de reflexão e análise da realidade através da utilização de métodos e técnicas para compreensão detalhada do objeto de estudo em seu contexto histórico e/ou segundo sua estruturação”.

Ainda, segundo a autora, o método de abordagem qualitativa de pesquisa envolve um processo de estudo respectivo ao tema levantado, a utilização de questionários, observações, entrevistas e análise de dados coletados que devem ser exibidos de maneira descritiva. De acordo com Oliveira (2007, p. 59): “A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como sendo uma tentativa de se explicar em profundidade o significado e as características do resultado das informações obtidas através de entrevistas ou questões abertas, sem a mensuração quantitativa de características ou comportamento”.

Minayo (1994, p. 22) discorre que a pesquisa qualitativa possibilita o aprofundamento nas relações e ações humanas, fenômenos que não podem ser analisados de forma numérica. Para essa autora a pesquisa qualitativa “[...] trabalha com universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidas a operacionalização de variáveis”.

A pesquisa de campo foi realizada através de visitas domiciliares com a equipe responsável pelo Planejamento Familiar da instituição (Unidade Básica de Saúde Matos Dourado) e pelo acompanhamento das adolescentes grávidas na unidade. Logo, para Marcondes e Lakatos (1996): “Pesquisa de campo é uma fase que é realizada após o estudo bibliográfico, para que o pesquisador tenha um bom conhecimento sobre o assunto, pois é nesta etapa que ele vai definir os objetivos da pesquisa, as hipóteses, definir qual é o meio de coleta de dados, tamanho da amostra e como os dados serão tabulados e analisados”.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. É instalada perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem e, com isso, desempenha um papel central na garantia de acesso à população a uma atenção à saúde de qualidade. Na UBS, é possível receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia.

A Unidade Básica de Saúde conta com 77 profissionais, sendo 18 médicos, 08 enfermeiros, 05 dentistas, 08 técnicos de enfermagem, 04 auxiliares de saúde bucal, 11 agentes comunitários de saúde, 09 funcionários do núcleo de atendimento ao cliente, 02 auxiliares de farmácia, 03 serviços gerais, 01 auxiliar de laboratório e 02 vigilantes. Fundado em 1996, em parceria com a Fundação Edson Queiroz, funciona das 07h às 19h, é posto referência da Secretaria Regional 6 e Posto Escola.

De acordo com o Ministério do Planejamento (infraestrutura social e urbana) as Unidades Básicas de Saúde são responsáveis por promover e proteger a saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

A Atenção Básica deve em especial realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, garantir a atenção à saúde sexual e saúde reprodutiva de ambos os sexos, incluindo o acesso a métodos contraceptivos, articular ações de redução da mortalidade por causas externas, e desenvolver ações educativas com grupos.

Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. A Unidade Básica de Saúde Matos Dourado atende cerca de 150 pessoas pela manhã e 200 à tarde, utilizando uma triagem de pacientes por ordem de prioridade médica.

Portanto, foi realizada junto às adolescentes grávidas e aos responsáveis uma entrevista para assim termos embasamento do real, visto por quem está intrinsecamente envolvido na problemática e assim avaliarmos o que realmente elas acham da execução do Planejamento Familiar e de que forma esse planejamento interfere positivamente na vida delas.

Segundo Gil (2008) pode ser definida a entrevista como a técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. A entrevista é, portanto, uma forma de interação social, mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se

apresenta como fonte de informação. É considerada a técnica de coleta de dados mais utilizada no âmbito das ciências sociais, por psicólogos, sociólogos, pedagogos, assistentes sociais e, praticamente, todos os outros profissionais que tratam de problemas humanos valem-se dessa técnica, não apenas para coleta de dados, mas também com objetivos voltados para diagnóstico e orientação.

Outra técnica utilizada foi a observação que, segundo Marconi e Lakatos (1999) é uma técnica de coleta de dados para obter conhecimento de um determinado grupo ou pessoa. Utiliza-se dos sentidos na aquisição de determinados detalhes do real. Porém, não se fundamenta simplesmente em ouvir e ver, mas também em investigar fatos ou fenômenos que se quer analisar. A observação é um elemento essencial de pesquisa científica, e, portanto, de acordo com Marconi e Lakatos (1999, p. 90),

A observação ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento. Desempenha papel importante nos processos observacionais, no contexto da descoberta, e obriga os investigados a um contato mais direto com a realidade. É o ponto de partida da investigação social.

No período do estudo, estavam inscritas no pré-natal 20 gestantes adolescentes. Destas, foram tomadas de modo aleatório 05 adolescentes grávidas, na faixa etária compreendida entre 13 e 19 anos. Para as participantes e, principalmente, para os responsáveis por elas, apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo, também, o anonimato. As entrevistas foram realizadas no próprio local de pesquisa e agendadas previamente.

Após coleta de dados estes foram organizados e analisados através de uma reflexão crítica da realidade encontrada, baseada nas pesquisas realizadas sobre o assunto abordado, cujas respostas foram sistematizadas em um banco de dados e categorizadas para compor a análise.

## 2 ADOLESCÊNCIA E GRAVIDEZ

A adolescência pode ser considerada como um período essencial na vida de um indivíduo, pois constitui uma etapa decisiva no processo natural de crescimento. Para Aberastury e Knobel (1984), esta fase marca o ingresso no mundo dos adultos e a definitiva perda da condição de criança. O jovem tem que enfrentar o desejado e ao mesmo tempo temido mundo dos adultos, para o qual não se encontra preparado. É importante desprender-se do conhecido mundo infantil no qual, em geral, vivia seguro e prazerosamente a dependência que lhe garantia a satisfação de suas necessidades básicas e os papéis eram claramente estabelecidos. Esta trabalhosa tarefa de abandonar o mundo infantil e construir a identidade adulta é o objetivo deste momento de vida (ABERASTURY; KNOBEL, 1984).

Essa etapa da vida é marcada por importantes e profundas transformações, as quais produzem desequilíbrios e instabilidades extremas. Esta fase perturbada e perturbadora, embora definitivamente necessária, implica o fundamental processo de estabelecimento da identidade. A experiência do rompimento dos laços emocionais com a família, a descoberta da sexualidade e a entrada numa vida nova que lhe acena, é acompanhada de sentimentos de isolamento e fragilidade, o que gera defesa, caracterizando confrontos e oposições ao meio familiar (ABERASTURY; KNOBEL, 1984).

Para Campos (1998), delimitar a adolescência não é uma tarefa muito fácil, em razão dos fatores biológicos específicos, atuantes na faixa etária, se somarem às determinantes socioculturais, advindas do ambiente em que o fenômeno da adolescência ocorre. Ou seja, o adolescente não apenas está vulnerável aos efeitos das transformações biológicas corporais, mas também às mudanças vividas no mundo moderno, do progresso científico, da tecnologia, das comunicações, das novas aspirações humanas e rápida evolução social, que se estabelecem em seu dia a dia e compõem sua construção como sujeito.

Segundo Campos (1998) o termo puberdade é derivado de púbis, que diz respeito a cabelo. Assim, puberdade significa criar cabelos ou tornar-se cabeludo. Entretanto, usualmente, não é esta a qualificação que se deseja empregar a este termo, mas sim o simples fato do início do processo de maturação sexual. E esta maturação sexual caracteriza-se por fatores como: a ovulação nas garotas, a

espermatogênese no rapaz, as modificações no funcionamento das glândulas endócrinas, o aparecimento das características secundárias nas jovens, como o desenvolvimento dos seios que aparecem antes dos pelos do púbis e pela voz delas, que se aprofunda um pouco durante o adolescer. Ao passo que para os rapazes o primeiro indício de maturação sexual é notado através do acelerado crescimento dos órgãos sexuais e também por características secundárias, como a aparição de pelos pubianos, a barba e a típica transformação da voz, bem como o aumento da estatura.

Segundo Carvalho, Salles & Guimarães (2003) a adolescência não se define apenas como transição entre a infância e a fase adulta, mas como uma das etapas de desenvolvimento. Suas transformações corporais são causadoras de grande impacto na formação da compreensão da autoimagem corporal do adolescente, e podem ser influenciadas por experiências anteriores que o levaram a se compreender como uma pessoa atrativa ou não, forte ou fraca, masculina ou feminina, e a aderir uma percepção de si mesmo em alguns casos contraditória à existente.

Portanto, faz-se necessário advertir aos adultos, que estes possuem enorme influência na construção de autoimagem e apropriação de identidade do adolescente. E que muitas vezes aqueles que se intitulam adultos é que acabam julgando os adolescentes sem capacidade de autonomia ou de desenvolver orientações a partir de si mesmos, impedindo-os de deslanchar e apresentar suas próprias construções e subjetividade. (CARVALHO; SALLES & GUIMARÃES, 2003).

Contudo, podemos concluir que os adolescentes possuem como referências adultas, colegas, pais, educadores, irmãos mais velhos ou mais novos, que colaboram a se auto-organizar e reconhecer no contexto social, psicológico e biológico. Eles passam por inúmeros desafios, que não se restringem simplesmente ao abandono de atributos infantis, mas dizem respeito a toda uma nova posição existencial, ao experimentar as desconhecidas emoções, capacidades de reflexão, interação social, pautada em suas novas habilidades, as quais virão a definir sua autoimagem e noção de sua identidade.

## 2.1 Vivenciando a sexualidade na adolescência

Dialogar sobre sexualidade ainda hoje é uma restrição em muitas famílias. Apesar da sexualidade ser algo ligado à vida humana, a sociedade historicamente foi marcada pela inibição a essa abordagem, considerando as relações sexuais apenas para reprodução. Além destas, outras questões fizeram com que essa temática por muitos anos fosse coibida na sociedade. A sexualidade, por sua vez, fica restrita à vida conjugal, não sendo discutida e, em muitos momentos sequer mencionada devido aos valores religiosos que impõem restrições. A cultura familiar dos mais antigos na família proíbe e reprime qualquer contato relativo ao tema.

Mesmo com tantas modificações na sociedade, com tantos meios de comunicação, com o afloramento da tecnologia existente e com a sede dos adolescentes de “pularem” cada vez mais cedo as etapas do amadurecimento natural do indivíduo, ainda assim, as famílias e o sistema educacional são restritos a essas abordagens, trazendo o distanciamento familiar e um leque de dúvidas e de curiosidades nos adolescentes.

Ávila (1996, pp. 166-167), ao abordar a questão dos direitos reprodutivos e sexuais, faz algumas considerações a respeito da sexualidade que contribuem para uma melhor compreensão deste tema:

[...] a sexualidade é um domínio cercado de mistérios, tabus, proibições, ao mesmo tempo em que tem sido secularmente, um discurso repetido até a exaustão, uma fala pública para uma prática privada, vivida como domínio de pura emoção, da natureza [...]. A sexualidade, como já afirmamos anteriormente, tem sido fortemente regulada, não tanto no âmbito da legislação, mas das relações cotidianas: é a religião, a família, a medicina, a psicanálise, a mídia que se constituem em elaboradores e repassadores de códigos e definições. Paralelamente, ela é o lugar por excelência de transgressão, numa eterna e séria brincadeira de ocultação e desvelamento.

Sobre a origem da sexualidade do ser humano, de acordo com a teoria de Freud segundo Bock e Furtado (2002, p.233), ela inicia-se desde o nascimento da criança:

A criança, assim que nasce, está preparada para lutar pela sua sobrevivência. Ela irá sugar o leite materno, auxiliada por um reflexo conhecido como reflexo de sucção. Este reflexo é acompanhado do prazer do contato da mucosa bucal com o seio materno. Parece óbvio pensar que tal função (alimentação), tão fundamental para o recém-nascido, não pode ser desagradável, ainda mais sabendo que o reflexo de sucção logo desaparecerá. Em pouco tempo, a criança aprenderá que o contato do seu próprio dedo com a boca também causa prazer. Neste caso, o prazer não está mais vinculado à finalidade de

sobrevivência, mas é apenas o prazer de erotismo e considera seu aparecimento com a primeira manifestação da sexualidade. Ora, essa tão singela e inocente descoberta será fundamental para que a criança percorra o caminho que a levará à busca do prazer sexual, que também está desvinculado de suas finalidades, já a relação sexual se dá pelo prazer que ela oferece ao indivíduo, e não por um reflexo da espécie.

Os hormônios sexuais iniciam na menina aos onze anos e no menino aos treze anos de idade, segundo Tiba (1991, p. 6):

As características sexuais masculinas secundárias surgem geralmente nesta sequência: início do crescimento dos testículos; nascimento de pelos pubianos lisos, pigmentados; início e aumento do pênis; primeiras mudanças de voz; primeira ejaculação; surgimento dos pêlos pubianos encarapinhados, distribuídos em forma de losango com uma das pontas atingindo o umbigo; crescimento máximo; aparecimento dos pêlos axilares; acentuadas mudanças de voz; desenvolvimento da barba. No surgimento das características sexuais femininas secundárias, a sequência é como segue: aumento inicial dos seios; aparecimento dos pêlos pubianos lisos, pigmentados; aparecimento dos pêlos pubianos encarapinhados, distribuídos em forma de triângulo, com borda superior na horizontal; menstruação; crescimento dos pêlos axilares.

Caridade (1999, p. 208-209) utiliza a imagem de um beija-flor para ilustrar a sexualidade adolescente, no sentido de exprimir que “o adolescente é alguém que experimenta sua sexualidade na rapidez, na leveza e na diversidade”, embora afirme logo a seguir que não considera a imagem adequada dada a pouca leveza da vida contemporânea. Segundo essa autora, é a pulsão beija-flor que anima o investimento sexual do adolescente e a prática do ficar é expressiva dela. Conforme sua descrição, na “ética adolescente, ‘ficar’ significa não ficar, não ter compromisso com amanhã, não criar vínculos definitivos. É, pois não ficando quando ‘ficam’, que eles ensaiam, descobrem, experimentam, conhecem sensações, sem os ‘pudores’ de outras gerações”. Ainda segundo essa autora, a sexualidade que vem sendo estimulada, insinuada, e os adolescentes vêm sendo chamados a inventá-la, baseados no “exibicionismo de corpos, o *voyeurismo* de contemplá-los, e o fetichismo de consumi-los. Uma sexualidade vivida no corpo, e não na pessoa tem mais desempenho e sensação que sentimento. Mais uso do outro do que partilha. Mais quantidade que qualidade.

O aprendizado sexual é uma característica importante na adolescência. Além do desenvolvimento físico com a produção dos hormônios que poderão possibilitar o início da capacidade reprodutiva, conforme salienta Heilborn (2006, p.35):

O aprendizado da sexualidade não se restringe a genitalidade, tampouco ao acontecimento da primeira relação sexual. Trata-se de um processo de experimentação pessoal e de impregnação pela cultura do sexual do grupo, que se acelera na adolescência e na juventude. O aprendizado constitui-se na familiarização de representações, valores, papéis de gênero, rituais de interação e de práticas, presentes na noção de cultura sexual.

## 2.2 Gravidez na Adolescência

Os adolescentes enfrentam muita pressão para começar sua vida sexual, como se a virgindade fosse sinônimo de infantilidade e carece. Mesmo com tanta informação disponível, a gravidez precoce ainda é muito frequente.

Segundo Corrêa e Coates, a gravidez nesta fase interfere nas relações sociais e pode modificar totalmente a vida das pessoas neste tipo de vivência. De acordo com as autoras, a maioria dos adolescentes casam-se muito cedo em função da gravidez indesejada e tendem a se separar precocemente. As complicações sociais da primeira gestação somadas à segunda gestação são fatos decisivos para a evasão escolar e não obtenção de qualificação profissional. Para essas autoras, a presença da figura paterna na família é tão relevante que “a ausência de fato da figura paterna” ou a falta de diálogo com os filhos tem sido na maioria das vezes indicada como “fator psicológico motivador” da gravidez precoce. A gravidez na adolescência sob o ponto de vista médico trata-se de gestação de maior vulnerabilidade. Para tentar reduzir os riscos, há de se considerar não apenas a idade cronológica da gestante, mas ainda, sua idade ginecológica (CORREA e COATES, 1991, p. 408).

Ainda segundo essas autoras, os riscos para as adolescentes e para o bebê são maiores, pois o corpo da gestante ainda está em desenvolvimento pulberal e necessita de nutrientes, que serão divididos entre a mãe e o bebê, em função disto, os dois ficam propensos a adquirirem doenças.

Algumas condições que podem surgir no decurso da gravidez ou do parto ocorrem com maior frequência na gestante adolescente. É o que acontece com a doença hipertensiva específica da gravidez (pré- eclâmpsia e eclâmpsia), com a anemia, com a desproporção feto-pélvico consequente a imaturidade pélvica da gestante, com o parto prolongado, com as lacerações do canal do parto. Observa-se ainda uma maior incidência de partos operatórios. (CORREA e COATES, 1991, p. 381)

Segundo o Ministério da Saúde, ainda que na maioria das vezes indesejada, pode ser uma fase tranquila da vida, desde que a gestante seja assistida por uma equipe de saúde responsável pelo pré-natal. Também de acordo com o Ministério da Saúde, em alguns casos, a gravidez pode fazer parte do planejamento de vida de adolescentes, podendo se revelar como um item reorganizador da vida e não desestruturador.

A gravidez em adolescentes pode resultar em um aumento da mortalidade materna, pré-eclâmpsia e eclampsia<sup>1</sup>. Os bebês podem ter pouco peso ao nascer, anemia, morbidade e mortalidade perinatal. O trabalho de parto chega a ser mais prolongado e o número de cesáreas também é mais alto nas adolescentes do que nas mulheres com 20 anos ou mais. Não obstante, todas as dificuldades e considerações médicas sobre a gravidez das adolescentes ainda se complementam com outros problemas, tais como os emocionais, sociais, culturais e econômicos, que fazem da gravidez na adolescência uma problemática de amplo espectro (PAUCAR, 2003).

Entretanto, para compreendermos a repercussão acerca da gravidez na adolescência é preciso considerar vários fatores, como sua realidade, classe social, a história de vida que está sendo referida, pois a gravidez pode causar impressões diferentes na adolescência. Podemos então salientar que a sociedade brasileira passa por constantes mudanças econômicas, sociais, culturais, valores, concepções e crenças como a virgindade, o casamento, gravidez, acarretando assim mudanças na vida dos homens e mulheres que fazem parte dessa sociedade; mudanças essas que vieram com o processo de industrialização, acarretando um grande avanço econômico, alavancando o processo de urbanização e a concentração da população nas áreas urbanas, concentrando também as desigualdades sociais entre outras problemáticas.

Variados riscos estão associados ao desenvolvimento da gravidez na adolescência, principalmente quando essa ocorre em sua fase inicial devido à interação de fatores ligados ao crescimento e desenvolvimento, que terminam por intervir de forma mais decisiva em comparação com a segunda metade da

---

<sup>1</sup> Eclampsia é a manifestação convulsiva ou comatosa da pré-eclâmpsia, quer de forma isolada ou associada à hipertensão arterial materna preexistente. Trata-se de uma intercorrência emergencial com distribuição universal, estando comprovada sua incidência crescente, apesar das tentativas e alterações instituídas para o seu controle (NOVO E GIANINI, 2010).

adolescência. Dentre os riscos, pode ser destacada a preponderância do risco social, devido à repercussão sobre a expectativa de vida do bebê que vai nascer.

Há ainda a interação com as condições de nutrição, de saúde e a falta de atenção e cuidados dispensados à mãe, ou seja, as condições sociais e culturais em que a gravidez ocorre, além do que propriamente a fatores biológicos. Certamente, são subtraídos os casos em que a gravidez se dá em idade muito precoce, quando podem apresentar consequências negativas em relação à saúde (DADORIAN, 2000).

Segundo Souza et al. (2009):

A vivência da gravidez pelas adolescentes é muito conflituosa e entremeada por ações/reações que definem formas adequadas ou não de conviver com esta dinâmica. Estes sentimentos, ao serem expressos, possibilitam aos profissionais do Planejamento Familiar o delineamento de práticas que tendem a contribuir com o entendimento da gestação, e das necessidades nesse momento, favorecendo uma vivência mais tranquila desta dinâmica.

Domingos (2010) considera que a gravidez na adolescência é um problema extremamente importante, devido à sua alta incidência e pelo grande número de complicações para a gestante e o conceito. Deve-se estabelecer parceria com outros profissionais como psicólogos, assistentes sociais, pediatras, dentre outros, que atuam na área da saúde; buscar o entrosamento com os profissionais da área da educação; e tentar articular junto ao Planejamento Familiar presente na comunidade para que possam contribuir com um programa de prevenção da gravidez na adolescência com participação ativa desses profissionais nas campanhas de alerta e esclarecimento que ofereçam informações aos jovens e os incentivem a usar camisinha. Outro ponto fundamental é a questão da distribuição gratuita de métodos contraceptivos em escolas e postos de saúde, bem como campanhas de orientação para que as pessoas percarn a inibição de pegá-los.

### 3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E PLANEJAMENTO FAMILIAR

Segundo o Portal Brasil, assegurado pela Constituição Federal de 1988 e também pela Lei nº. 9.263, de 1996, o planejamento familiar é um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também quem prefere adiar o crescimento da família.

De acordo com os dados da Organização das Nações Unidas (ONU), os programas de planejamento familiar foram responsáveis pela diminuição de um terço da fecundidade mundial, entre os anos de 1972 e 1994. No Brasil, a Política Nacional de Planejamento Familiar foi criada em 2007. Ela inclui oferta de oito métodos contraceptivos gratuitos e também a venda de anticoncepcionais a preços reduzidos na rede Farmácia Popular. A escolha da metodologia mais adequada deverá ser feita pela paciente, após entender os prós e contras de cada um dos métodos.

Controlar a fertilidade é o primeiro passo para planejar o momento mais adequado para ter filhos. A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), feita em 2006, financiada pelo Ministério da Saúde, revelou que 46% das gravidezes não são planejadas. Observamos assim, a importância do planejamento familiar (Disponível em: <[www.saude.gov.br/pnds2006](http://www.saude.gov.br/pnds2006)>).

#### 3.1 Quando a gravidez na adolescência passou a ser considerada um “Problema Social”

De acordo com Heilborn (1998) o fenômeno da gravidez na adolescência deve ser observado de acordo com o cenário da sociedade que se está estudando. Mudanças tanto de cunho econômico como social incidem diretamente no fenômeno. Assim, no Brasil até o Século XX era comum que jovens entre 12 e 14 anos se casassem, inclusive com a “benção” da Igreja Católica, segundo o *slogan* “crescei e multiplicai-vos” e, juntamente com o matrimônio, herdavam o dever de ter filhos para continuação da família.

Conforme Heilborn (1998), fatores como escolarização e carreira profissional influenciam diretamente sobre questões relativas ao exercício da sexualidade e da

reprodução. Desta forma, a gravidez seria uma perda de tempo e de oportunidades no mercado de trabalho, discurso claramente hegemônico que desconsidera a autonomia da adolescente em optar por ter um filho, o que ajuda a disseminar a gravidez na adolescência como um “problema social”, advindo de famílias pobres e “desestruturadas”.

A gravidez de uma maneira geral passa a ser discutida fora do âmbito matrimonial, de acordo com Abramo (1994, p. 43):

Na década de 60, os conflitos que atravessam a condição juvenil são percebidos como derivados das rupturas de padrões entre adultos e jovens. São principalmente, conflitos de expectativas sobre o modo de integração dos jovens na vida adulta e sobre a condução da maneira de viver esta fase juvenil. A condição juvenil emerge então como uma fase centrada sobre tudo na reivindicação de prazer e independência [...].

Com o surgimento da pílula anticoncepcional, o Estado passou a investir também nos programas voltados ao pré-natal de jovens gestantes e nos programas de planejamento familiar, para com isso, tentar controlar os índices de natalidade no país. A década de 1960, portanto, estabelece um novo momento da história do Brasil que interfere diretamente na postura dos jovens.

Os anos 60 inauguram um novo estilo de mobilização e contestação social, bastante diferente da prática política da esquerda tradicional. A constatação do fracasso da civilização criada pelas gerações anteriores - de guerras, injustiças sociais, violência, opressão - e a contemplação da massa amorfa de casos, dossiês e números em que é transformado o homem pela sociedade de consumo, explodiram na consciência dos jovens dos anos 60, que passaram a negar todas as manifestações visíveis dessa sociedade. (GROSSAM, 1998, p.72)

A “questão social” é uma arma fundamental do capital para manter sua legitimação econômica e social sobre a sociedade. Autores como Netto e lamamoto compartilham da mesma linha de pensamento ao discutir sobre questão social. Assim, numa citação de lamamoto (2004, p.17):

Questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. A questão social expressa, portanto disparidades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, midiaticizadas por relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais,

colocando em causa as relações entre amplos segmentos da sociedade civil e o poder estatal.

Netto (1992, p. 153) assim explica:

A expressão surge para dar conta do fenômeno mais evidente da história da Europa Ocidental que experimentava os impactos da primeira onda industrializante, iniciada na Inglaterra no último quartel do século XVII: trata-se do fenômeno do pauperismo. Com efeito, a pauperização (neste caso, absoluta) massiva da população trabalhadora constituiu o aspecto mais imediato da instauração do capitalismo em seu estágio industrial-concorrencial.

As manifestações diretas da questão social se expressaram por meio da pobreza, da fome, do desemprego e das doenças. O combate a essas expressões era feito de maneira a preservar os interesses do capital, ou seja, mantinha-se a preservação da propriedade privada dos meios de produção. Netto (2006, p.155) afirma que o cuidado com as manifestações da “questão social” é expressamente desvinculado de qualquer medida tendente a problematizar a ordem econômico-social estabelecida. Trata-se de combater as manifestações da “questão social” sem tocar nos fundamentos da sociedade burguesa.

O novo modelo de acumulação do capital aumenta o desemprego, pois estimula o incremento tecnológico, ao mesmo tempo em que flexibiliza e precariza as relações de trabalho, fazendo com que o trabalho vivo se torne dispensável. Segundo Iamamoto (2008), o Estado oferece recursos para o capital como, por exemplo, possibilidades de investimentos na indústria armamentista, redução de impostos, garantias e proteções de desenvolvimento, incentivos ao consumo, acordos de proteção, pesquisa e desenvolvimento de novas tecnologias, o que amplia cada vez mais os interesses dos capitalistas na vida pública e nas decisões do Estado.

Iamamoto (2008) nos chama a atenção para um discurso muito comum entre os neoliberais, segundo o qual somente com a existência de um Estado mínimo é que poderá ser protegida tanto a igualdade de oportunidade, quanto a liberdade dos indivíduos, ou seja, para os neoliberais, somente numa sociedade de livre mercado é que os indivíduos poderão se desenvolver de maneira plena, sem que exista uma autoridade (Estado) que os regulem. No entanto, podemos perceber que o Estado só se mostra mínimo no que tange à defesa dos direitos sociais.

Cada vez mais visualizamos o desmonte das políticas públicas, que são evidenciadas por meio da falta de recursos, da perda da qualidade nos atendimentos, da fragmentação e fragilização dos serviços, além da seletividade nos atendimentos são transferidas para o privado as responsabilidades que pertencem ao Estado, o que só fortalece os interesses do capital.

Tratar da gravidez na adolescência num contexto histórico de retração dos direitos sociais é situá-la numa sociedade, na qual as relações sociais são tensionadas pelas diferenças econômicas, sociais, políticas, étnico-raciais e de gênero. Ainda segundo Yamamoto (2008), a maneira como o capital incide na sociedade por meio das expressões da questão social, afeta a forma de sociabilidade dos indivíduos, atingindo diretamente o cotidiano, a subjetividade e a identidade dos mesmos, fato que faz com que surjam projetos de vida pautados nessa realidade de subordinação às leis capitalistas. Assim, fatores condicionantes da desigualdade social como a pobreza, o desemprego, a fome, a precariedade das políticas públicas, o distanciamento no acesso ao lazer, à educação e à cultura, são expressões claras da questão social contemporânea, que podem ajudar a condicionar, dentre outras coisas, a gravidez na adolescência.

Contudo, observamos que não podemos identificar a gravidez na adolescência como um “problema” ou como uma manifestação direta da questão social, pois, como vimos anteriormente, a gravidez na adolescência possui um caráter histórico na sociedade que é antecedente ao surgimento do modo de produção capitalista, ou seja, é anterior à ascensão da burguesia e, conseqüentemente, ao conflito capital/trabalho.

### 3.2 Políticas Sociais voltadas para a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes

A adolescência traz crescimento, mudanças e novas oportunidades, mas também traz riscos à saúde reprodutiva e sexual. O aumento da atividade sexual do adolescente e de seu peso na fecundidade do País tem levado a uma preocupação maior por parte dos estudiosos com a saúde reprodutiva dos jovens. Isso decorre do fato de que os adolescentes sexualmente ativos estão mais expostos ao risco não só da gravidez precoce ou indesejada, mas também do aborto, das doenças sexualmente transmissíveis e da AIDS. Apesar do índice de gravidez precoce e o número

expressivo de (DSTs) entre os adolescentes serem preocupantes, a questão da sexualidade na adolescência manifesta-se como tema pouco debatido pela sociedade e pelos serviços de saúde (CANNON et al., 1998, p. 400).

Foi a partir dos anos de 1960 que se iniciaram no Brasil as primeiras tentativas de cunho privado para controle das taxas de natalidade. Até então, não havia por parte do poder público nenhuma política de saúde voltada para o âmbito do planejamento familiar. Vale ressaltar que foi também neste período, por meio do “movimento da contracultura<sup>2</sup>”, que os jovens passaram a reivindicar mais liberdade sexual.

A política de saúde se dividia em dois subsetores, como cita Bravo (2009, p.91):

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública será predominante até meados de 60 e se centralizará na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966.

E é com a intervenção do movimento feminista pela luta de igualdade de gênero que, em 1984, o Ministério da Saúde elabora o Programa de Assistência Integral à Mulher (PAISM). Em 1989, o Ministério da Saúde implementou o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), destinado para adolescentes de 10 a 19 anos, tendo como objetivo principal garantir aos adolescentes acesso à saúde, identificando grupos de riscos e detectando Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). Por meio do PROSAD foram criados também os Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), todos destinados à área da saúde sexual e reprodutiva.

Segundo a Declaração Conjunta OMS/UNFPA/UNICEF: Saúde Reprodutiva de Adolescentes – Uma estratégia para ação (1989), a importância da saúde voltada para adolescentes foi formalmente reconhecida por várias organizações internacionais. A

---

<sup>2</sup> **Contracultura** é um movimento que teve seu auge na década de 1960, quando teve lugar um estilo de *mobilização e contestação* social e utilizando novos meios de comunicação em massa. Jovens inovando estilos, voltando-se mais para o anti-social aos olhos das famílias mais conservadoras, com um espírito mais libertário, resumido como uma cultura *underground*, cultura alternativa ou cultura marginal, focada principalmente nas transformações da consciência, dos valores e do comportamento, na busca de outros espaços e novos canais de expressão para o indivíduo e pequenas realidades do cotidiano, embora o movimento *Hippie*, que representa esse auge, almejasse a transformação da sociedade como um todo, através da tomada de consciência, da mudança de atitude e do protesto político. Disponível em: <<https://pt.wikipedia.org>>.

necessidade de maturidade antes da paternidade foi enfatizada por uma resolução adotada pela Assembleia Mundial de Saúde, que também incorporou um novo programa– Saúde do Adolescente – ao Oitavo Programa Geral de Trabalho da OMS, 1990-1995. Numa série de recomendações, a Conferência Internacional sobre População (1984) instou que os governos tomassem providências para impedir gestações precoces além de insistir que educação sexual e orientação sobre planejamento familiar estivessem amplamente disponíveis a adolescentes.

Segundo o documento, destacam-se cinco objetivos essenciais para obtenção de melhor saúde reprodutiva de adolescentes: relações mais responsáveis e igualitárias entre jovens homens e mulheres antes e durante o casamento; menor incidência de gestações antes da maturidade; menores taxas de exposição e de infecção com doenças sexualmente transmissíveis; maior disponibilidade e acesso a serviços que promovam a saúde reprodutiva de adolescentes e a saúde materno-infantil, e que previnam gestações precoces e doenças sexualmente transmissíveis; melhoria no *status* da mulher.

No ano de 1994, na cidade do Cairo no Egito, aconteceu a Conferência Internacional da ONU sobre População e Desenvolvimento (CIPD), objetivando debates acerca da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos no mundo. A CIPD trouxe contribuições para a elaboração da Lei do Planejamento Familiar. No capítulo VII, da Plataforma de Ação do Cairo (1994, p.30), os direitos reprodutivos estão definidos da seguinte forma:

Os direitos reprodutivos abrangem certos direitos humanos já reconhecidos em leis nacionais, em documentos internacionais sobre direitos humanos, em outros documentos consensuais. Esses direitos se ancoram no reconhecimento do direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsabilmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência.

A Plataforma de Ação do Cairo representa um grande marco na garantia de direitos à saúde sexual e reprodutiva no mundo, inclusive de adolescentes e jovens, pois preserva a privacidade e respeita as diferenças de gênero, de região, de cultura e de credo. Já em 1995, acontece a IV Conferência Internacional sobre a Mulher

(1995, p.13) na cidade de Pequim na China, onde os direitos sexuais e reprodutivos são definidos como:

Direito de controle e decisão, de forma livre e responsável, sobre questões relacionadas à sexualidade, incluindo-se a saúde sexual e saúde reprodutiva, livre de coerção, discriminação e violência. A igualdade entre mulheres e homens no que diz respeito à relação sexual e reprodução, incluindo-se o respeito à integridade, requer respeito mútuo, consentimento e divisão de responsabilidades pelos comportamentos sexuais e suas consequências.

A Conferência Mundial sobre a Mulher serviu de parâmetro para a criação da Lei do Planejamento Familiar no Brasil (Lei nº. 9.263) que foi sancionada em 12 de janeiro de 1996, tem como prerrogativa principal: “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas”.

Políticas públicas voltadas para a saúde reprodutiva e sexual do adolescente tornaram-se prioritárias devido ao aumento do peso relativo da gravidez na adolescência em um contexto de queda da fecundidade e de suas implicações para a vida das mulheres jovens. Uma evolução importante dos últimos anos foi a incorporação de ações específicas para adolescentes entre as diretrizes do Programa Saúde da Família (PSF) e do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Assim, a educação em saúde voltada para adolescentes deve favorecer a autonomia, a liberdade e a dignidade humana, estimulando a reflexão e o posicionamento frente às relações sociais que dificultam ou facilitam assumir comportamentos saudáveis. Deste modo é possível compreender que, ao conduzirmos nossas vidas por princípios éticos, nos tornamos seres humanos mais livres, autônomos e dignos.

Podemos destacar alguns direitos da gestante de acordo com o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê. Por meio das políticas públicas, os seguintes direitos são assegurados à gestante:

- 1 - o direito à saúde na gravidez com a realização de um pré-natal, um parto e um pós-parto de qualidade;
- 2 - os direitos trabalhistas, direitos que regulamentam o vínculo de trabalho da gestante com o patrão ou com a empresa em que está empregada, garantindo a manutenção do emprego;

3 - os direitos sociais: atendimento em caixas especiais (em lojas, farmácias e supermercados, por exemplo), prioridade na fila de bancos, acesso à porta da frente de lotações e assento preferencial (PINHO, 2011).

Além disso, as grávidas têm direito ao Cartão da Gestante no qual são registradas todas as informações sobre o estado de saúde da mãe, o desenvolvimento da gestação e os resultados dos exames (PINHO, 2011).

### 3.3 A Legislação Sobre Planejamento Familiar

Segundo o Manual Técnico de Assistência em Planejamento Familiar, do Ministério da Saúde, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao Planejamento Familiar, está pautado no Artigo 226, Parágrafo 7º, da Constituição da República Federativa do Brasil. Portanto, no princípio da paternidade responsável, o planejamento familiar é de livre decisão do casal. Em 1996, um projeto de lei que regulamentava o planejamento familiar foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República (BRASIL, 2009).

Lei nº. 9.262, de 12 de janeiro de 1996:

Art. 1º O planejamento familiar é direito de todo cidadão, observado o disposto nesta Lei.

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

Parágrafo único - É proibida a utilização das ações a que se refere o **caput** para qualquer tipo de controle demográfico.

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

Parágrafo único - As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde, em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no **caput**, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua como atividades básicas, entre outras:

I - a assistência à concepção e contracepção;

II - o atendimento pré-natal;

III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato;

IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis;

V - o controle e a prevenção dos cânceres cérvico-uterino, de mama, de próstata e de pênis.

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

Parágrafo único - O Sistema Único de Saúde promoverá o treinamento de recursos humanos, com ênfase na capacitação do pessoal técnico, visando a promoção de ações de atendimento à saúde reprodutiva.

Art. 5º É dever do Estado, através do Sistema Único de Saúde, em associação, no que couber, às instâncias componentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar.

Art. 6º As ações de planejamento familiar serão exercidas pelas instituições públicas e privadas, filantrópicas ou não, nos termos desta Lei e das normas de funcionamento e mecanismos de fiscalização estabelecidos pelas instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde.

Parágrafo único - Compete à direção nacional do Sistema Único de Saúde definir as normas gerais de planejamento familiar.

Art. 7º É permitida a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas ações e pesquisas de planejamento familiar, desde que autorizada, fiscalizada e controlada pelo órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde.

Art. 8º A realização de experiências com seres humanos no campo da regulação da fecundidade somente será permitida se previamente autorizada, fiscalizada e controlada pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e atendidos os critérios estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde.

Art. 9º Para o exercício do direito ao planejamento familiar, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção.

Parágrafo único. A prescrição a que se refere o **caput** só poderá ocorrer mediante avaliação e acompanhamento clínico e com informação sobre os seus riscos, vantagens, desvantagens e eficácia.

Portanto, a Lei estabelece como Planejamento Familiar o conjunto de ações que regula a fecundidade que garanta direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal. De acordo com o Artigo 4º da Lei, “o planejamento familiar orienta-se por ações preventivas e educativas e pela garantia de acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade”. Define ainda, em seu Artigo 5º, que “é dever do Estado, através do SUS, em associação, no que couber, às instâncias competentes do sistema educacional, promover condições e recursos informativos, educacionais, técnicos e científicos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar”. O Artigo 9º, da Lei de Planejamento Familiar, define que “para o exercício do direito ao planejamento, serão oferecidos todos os métodos e técnicas de concepção e contracepção cientificamente aceitas e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, garantida a liberdade de opção”.

Contudo, o Artigo 10º, que trata da esterilização, foi vetado pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, em 15 de janeiro de 1996. Mas somente no final de 1997, o Congresso Nacional derrubou o veto, sendo publicado no Diário Oficial da União no dia 27 de novembro de 1997, o Artigo 10º com a seguinte redação:

Art. 10. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

I – em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado a pessoa interessada acesso ao serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.

II – risco a vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º Não será considerada a manifestação de vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.

§ 5º Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.

Com isso, a rede pública deveria assumir a prática da esterilização, preparando os hospitais públicos para o cumprimento da Lei de Planejamento Familiar, e disporem de equipes multidisciplinares para atuar no aconselhamento e até mesmo no desencorajamento da esterilização precoce. Na Lei está explícita a proibição de esterilização de mulheres durante o parto ou aborto, com exceção de comprovada necessidade, como por exemplo, nos casos de sucessivas cesarianas.

A Lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. Uma questão fundamental desta Lei é a inserção das práticas da laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura.

Entre as diversas atividades programáticas, preventivas e de intervenção aos adolescentes desenvolvidas pelos profissionais do Planejamento Familiar destacam-se a prevenção da gravidez na adolescência, desenvolvida através de ações de promoção e prevenção à saúde, como palestras dirigidas, salas de espera, métodos contraceptivos, e orientações relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis (DST's), porém, não abrange a gravidez na adolescência de forma exclusiva. Para a assistência adequada da gestante adolescente, é imprescindível que, além do conhecimento da obstetrícia, o profissional detenha também conhecimentos acerca da adolescência (CORRÊA, 1994).

A equipe de saúde deve realizar palestras dirigidas aos adolescentes, utilizando recursos didáticos que os sensibilizem para o uso de métodos contraceptivos; sensibilizar a equipe multiprofissional para o trabalho com adolescentes, incentivando seu maior empenho nos programas de assistência a esse grupo e, desenvolver o trabalho com grupos de adolescentes a partir das necessidades apontadas por eles para que sejam atores ativos nesse processo, o que contribuirá na sua formação para a vida e o mundo. Para Moreira (et al., 2008): “É preciso que os profissionais de saúde interajam com respeito e dignidade o que exige uma postura humana livre de preconceitos; um olhar compreensivo para tentar estabelecer uma relação de empatia e de ajuda, o que pode amenizar a situação vivenciada”.

Pensar na execução da Lei do Planejamento Familiar em adolescentes pressupõe a necessidade da elaboração e execução de programas e projetos que despertem a autonomia de escolha sobre o uso de sua sexualidade, sem que para isso sejam utilizados práticas e discursos discriminatórios e coercitivos. Para que os usuários dos serviços públicos disponham dessa liberdade, é preciso uma rede de profissionais que atuem de maneira crítica e interventiva, amenizando os efeitos das investidas neoliberais. Porém, não é fácil, uma vez que nos deparamos com um quadro de desmonte das políticas públicas, pois encontramos profissionais que veem seus direitos e suas condições de trabalho desrespeitados.

Para Andrade e Silva (2009):

Está compreendido como o direito básico de cidadania e que deve ser tratado dentro do contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, garantindo ao indivíduo a possibilidade de regular a fecundidade e decidir livre e responsabilmente por ter ou não filhos. Quando tê-los, ter acesso à informação, educação e serviços de planejamento familiar, exercer a sexualidade plena e realizar tratamento da infertilidade.

É de fundamental importância o planejamento, pois possibilita às adolescentes exercerem seus direitos, reconhecerem métodos contraceptivos e, assim, fazerem suas escolhas com autonomia. Os profissionais orientam sobre métodos, assim como saúde sexual e reprodutiva, utilizando métodos e técnicas para o controle da fecundidade. Contudo, a formação profissional deve se apropriar do desenvolvimento de habilidades para a oferta de informações adequadas em Planejamento Familiar, de modo a atender às necessidades das adolescentes sob o olhar das mesmas, com perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, bem como sua continuidade.

O texto constitucional de 1988 reconheceu o Planejamento Familiar como um direito de todo cidadão, cabendo ao Estado oferecer informações e todos os meios necessários para o exercício desse direito, o qual não deve ser vinculado a políticas de controle demográfico, sendo proibida a manipulação de qualquer medida coercitiva para determinar o Planejamento Familiar ou o número de filhos. Com isso, fica claramente explícita a liberdade de decisão do casal e a responsabilidade do Estado em prover recursos educacionais e científicos para o exercício deste direito.

### 3.4 O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

A abordagem sobre o ECA neste trabalho de conclusão de curso se faz indispensável para que possamos compreender como a política de proteção social de crianças e adolescentes vem se constituindo no Brasil, problematizando a defesa dos direitos sociais dos mesmos. No Brasil, desde a Constituição Federal de 1988, os adolescentes passaram a ter prioridade, sendo considerados legalmente sujeitos de direitos em fase de desenvolvimento.

Em 1990 foi aprovado, sob a Lei nº. 8.069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), reafirmando os seus direitos formalmente. De acordo com o mesmo, adolescente é a pessoa que tem entre 12 e 18 anos de idade. O ECA propõe uma nova forma de fazer a política de atendimento à criança e ao adolescente, adotando a Doutrina da Proteção Integral, incentivando a descentralização, municipalização e a participação da sociedade civil no processo de construção das políticas públicas de atenção nessa área.

No contexto mundial, as décadas de 1970 e 1980, foram marcadas pelas mudanças ocorridas no modo de produção capitalista. A transição do fordismo para o toyotismo colocou em cena o modo flexível de produzir e gerenciar o capital, e seus desdobramentos foram percebidos no agravamento das manifestações da questão social e na intervenção do capitalismo sob o aparelho estatal, dentre outras coisas, na precarização das políticas públicas.

Segundo Faleiros (1996, p. 51):

A cidadania da criança e adolescente foi incorporada na agenda dos atores políticos e nos discursos oficiais muito recentemente, em função da luta dos movimentos sociais no bojo da elaboração da constituição de 1988. Na cultura e estratégias de poder predominantes, a questão da infância não se tem colocado na perspectiva de uma sociedade e de um estado de direitos, mas na perspectiva do autoritarismo/ clientelismo, combinando benefícios com repressão, concessões limitadas, pessoais e arbitrárias, com disciplinamento, manutenção de ordem ao sabor das correlações de forças sociais ao nível da sociedade do governo.

O texto constitucional de 1988 garante a expansão dos direitos sociais, pautado na democracia vinculado a um projeto de conquista de cidadania que passa a considerar a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, superando o assistencialismo, e destacando a proteção integral como direito.

Entretanto podemos citar Souza (2006) quando diz que o Brasil passa a olhar as crianças e os adolescentes não mais como “um feixe de carências, e eles passam a ser percebidos como sujeitos de sua história e da história de seu povo, como um feixe de possibilidades abertas para o futuro”. A criança e o adolescente, então chamados por “menor”, deixam de ser objeto da lei e transformam em sujeitos de direitos. A doutrina de proteção integral à criança e ao adolescente contempla na Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 227:

Art. 227 - É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito a vida, a saúde, a alimentação, a educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda a forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (CONSTITUIÇÃO DA REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1998).

As crianças e os adolescentes são destacados pela primeira vez na história das constituições brasileiras, sendo tratados como cidadãos de direito, como merecedores de proteção integral, cabendo à família, à sociedade e ao Estado o dever de garantir-

lhes esse direito, por estar garantido na Constituição Federal de 1988, fundamentos determinantes da democracia e do exercício da cidadania.

Para a infância e a adolescência brasileira, o ECA sugere um novo olhar, sendo a primeira legislação aprovada de acordo com a Convenção Internacional dos Direitos da Criança e do Adolescente e prevê a proteção integral, substituindo as medidas de controle e repressão para uma perspectiva de direito e de possibilidades, que reconhece a criança e adolescente como sujeitos de direitos. Esta Lei apresenta-se como um novo paradigma ético, de direitos, em todas as suas dimensões. São resultantes de discussões, dos fóruns, movimentos populares que passaram a denunciar nos meios de comunicação as violências praticadas contra crianças e adolescentes.

O Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) é a superação do Código de Menores, que se dirigia à infância como aqueles em situação irregular, a quem se aplicavam "penas" com um conteúdo médico e psicológico, tais como: "pena-castigo, pena-educação, pena-terapia, pena-ressocialização", com um caráter de suprir-lhes as necessidades, curar doenças e corrigir os desvios.

Para além dos aspectos que se dirigem à penalização da pobreza, o ECA sinaliza a importância de políticas de direitos, assim como aborda Silveira (2004, p. 63):

O ECA contempla o entendimento que envolve a integração das deliberações sobre as políticas para a infância e para a adolescência à nova organização sócio-política do país. Nesse contexto, as leis são concebidas como instrumentos necessários à democracia. Trata-se de uma reversão de concepções e práticas que guardam aproximações com as 'lutas' desencadeadas na década de setenta, em prol da democratização das relações sociais.

Com relação à gravidez na adolescência, o ECA apesar de não explicitá-la de maneira clara, pressupõe diretrizes para que o direito a atenção à saúde e aos outros canais de assistência sejam garantidos. A disponibilidade de serviços integrais e descentralizados é de fundamental importância para a adolescente gestante. O Artigo 10º do Estatuto também faz importantes alusões acerca dos atendimentos prestados às gestantes nas unidades de saúde, sejam elas públicas ou privadas:

Os hospitais e demais estabelecimentos de atenção à saúde de gestantes, públicos e particulares, são obrigados a: I - manter registro das atividades desenvolvidas, através de prontuários individuais, pelo prazo de dezoito anos;

II - identificar o recém-nascido mediante o registro de sua impressão plantar e digital e da impressão digital da mãe, sem prejuízo de outras formas normatizadas pela autoridade administrativa competente; III - proceder a exames visando ao diagnóstico e terapêutico de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestar orientação aos pais; IV - fornecer declaração de nascimento onde constem necessariamente as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato; V - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto à mãe. (BRASIL, 1990).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº. 8.069/1990) garante:

1. Atendimento integral à saúde da criança e do adolescente.
2. Encaminhamento da gestante aos diferentes níveis de atendimento do SUS, segundo critérios médicos específicos, obedecendo-se os princípios de regionalização e hierarquização do Sistema.
3. Apoio alimentar do Poder Público à gestante e à nutriz que dele necessitem.
4. Permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internação de criança ou adolescente.
5. Assistência psicológica à gestante e à mãe no período pré e pós-natal, aí incluídas as gestantes ou mães Como garantir os seus direitos que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção. Nesse caso, elas devem também ser obrigatoriamente encaminhadas à Vara da Infância e da Juventude.
6. Registro do recém-nascido por meio de impressão da sola de seu pé, de sua digital e da digital de sua mãe.
7. Alojamento conjunto da mãe com o bebê (também na Portaria no 1.016/1993).
8. Realização de exames para o diagnóstico e tratamento de anormalidades no metabolismo do recém-nascido, bem como prestação de orientação aos pais.
9. Fornecimento de declaração de nascimento onde constem as intercorrências do parto e do desenvolvimento do neonato – Declaração de Nascido Vivo.
10. Mães em situação de privação de liberdade têm direito de ter acesso a condições adequadas para o aleitamento materno.
11. Recebimento gratuito dos medicamentos necessários, próteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação. (PINHO, 2011).

Criado como uma ferramenta para auxiliar na garantia dos direitos das crianças e adolescentes o ECA desempenha uma papel fundamental para esse segmento. Utilizado pelo profissional assistente social em seus pareceres realizados através de estudos sociais a essa legislação fundamenta os relatórios que são desenvolvidos por esses profissionais.

Transcorridos quase 27 anos da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, podemos constatar que o mesmo é um marco histórico dos movimentos sociais na luta pelo direito da infância e da juventude, mas para que a sua plena

efetivação se realize, é preciso superar a lógica de dominação e de controle social que fazem parte do jogo neoliberal.

#### **4 A GRAVIDEZ DAS ADOLESCENTES ACOMPANHADAS PELA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE PROFESSOR MATOS DOURADO**

De acordo com os documentos repassados pela coordenação da Unidade Básica de Saúde Matos Dourado, a mesma recebeu o nome de Centro Integrado de Educação e Saúde (CIES), quando foi inaugurado em junho de 1996, em homenagem ao Professor Francisco Maurício Mattos Dourado. Posteriormente, passou a ser chamado de Centro Municipal de Educação e Saúde (CMES). Em agosto de 2006, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), passou a ser denominado Centro de Saúde da Família Professor Maurício de Mattos Dourado. Neste mesmo ano, no mês de junho, firmou um convênio com a Universidade de Fortaleza (UNIFOR). A Unidade de Saúde mudou-se para as dependências do Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) por conta da reforma e ampliação da mesma, que foi reinaugurada em doze de fevereiro de dois mil e sete, sendo localizada à Rua Desembargador Floriano Benevides Magalhães, 391, no bairro Edson Queiroz, em Fortaleza no Ceará.

Em 2013, com a gestão do prefeito Roberto Cláudio, a unidade de saúde passou a ser denominada Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Professor Maurício Mattos Dourado e foi reformada em fevereiro de 2014. Com a Unidade de Atenção Primária à Saúde Professor Maurício Mattos Dourado para atendimentos à população, a Prefeitura de Fortaleza, em parceria com a Universidade de Fortaleza (UNIFOR), estão garantindo mais qualidade de vida à comunidade do Bairro Edson Queiroz.

A obra da Unidade contemplou também a “tão sonhada” Farmácia-Viva, que hoje é almejada por todos os serviços de saúde no Brasil, demonstrando que o trabalho em conjunto gera resultados positivos.

A UAPS Matos Dourado tem sua estrutura física composta de: Recepção, 21 Consultórios, sendo 03 Consultórios Ginecológicos, Farmácia, Sala de Vacina, Sala de Observação, Sala de Curativos, Sala de Educação em Saúde, Sala de Coleta de Exames, Sala de Coordenação, Sala dos ACSs e Conselho Local, Pré-consulta Adulta e Infantil, Sala de Acolhimento, Consultório Odontológico, Copa, Banheiro de Funcionários e Usuários, Almoxarifado.

O horário de funcionamento da Unidade é das 07 às 19 horas, de segunda à sexta-feira. Os atendimentos realizados na UAPS são: acolhimento; atendimento aos eventos agudos e condições crônicas (hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose, HIV); acompanhamento de gestantes, puérperas e crianças; acompanhamento de adolescentes e idosos; dispensação de medicamentos básicos; coleta de exames básicos; procedimentos ambulatoriais (curativos, aplicação de medicamentos, ECG); aplicação de vacinas; prevenção do câncer ginecológico; planejamento familiar e dispensação de preservativos e contraceptivos; realização de testes rápidos; visitas domiciliares; acompanhamento do Bolsa Família e Grupos de Educação em Saúde.

As unidades de saúde do município de Fortaleza estão sediadas em 119 bairros distribuídos nas 06 (seis) Regiões Administrativas que são as Secretarias Regionais. A Secretaria Regional VI tem uma população de 567.575 habitantes distribuídos em 29 bairros: Aerolândia, Alto da balança, Ancuri, Barroso, Boa Vista, Cajazeiras, Cambeba, Cidade dos Funcionários, Coaçu, Curió, Dias Macedo, Edson Queiroz, Guajerú, Jangurussu, Jardim das Oliveiras, José de Alencar (Alagadiço Novo), Lagoa Redonda, Lagoa Sapiranga, Messejana, Palmeiras, Parque Dois Irmãos, Parque Iracema, Parque Manibura, Parque Santa Maria, Passaré, Paupina, Pedras, Sabiaguaba e São Bento. O processo de territorialização se deu com o apoio institucional e foi baseado em critérios como necessidade populacional, risco, distância, barreiras geográficas e funcionais.

Conforme o Censo 2010 (IBGE), o bairro Edson Queiroz tem aproximadamente o total de 22.210 habitantes. Sua área faz limite com os bairros Cocó, Dunas, Praia do Futuro, Sapiranga (Coité), Luciano Cavalcante, Parque Manibura e Guararapes. Logo, a UAPS Maurício Matos Dourado atenda uma população de aproximadamente 22.210 mil habitantes (IBGE, 2010). A maioria das famílias vive em áreas vulneráveis, potencializando as tensões sociais culminando em violência, transtornos ambientais, sociais e econômicos.

De acordo com os dados do Plano Diretor da Unidade de Atenção Primária à Saúde Mattos Dourado, podemos observar no quadro abaixo o perfil demográfico da população atendida na UAPS Matos Dourado, no qual destacamos o maior número de mulheres em relação aos homens.

**Quadro 1** - Perfil demográfico da população atendida na UAPS Mattos Dourado

<b>POPULAÇÃO</b>	<b>Nº</b>
População do Bairro Edson Queiroz	22210
População Homens	10586
População Mulher	11624

Fonte: Plano Diretor da Unidade de Atenção Primária à Saúde Mattos Dourado, 2016.

De acordo com Pinho (2011), a equipe da unidade de saúde que acompanha o pré-natal da gestante precisa garantir atenção com respeito e dignidade, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social. A gestante deve ser chamada pelo seu próprio nome. A unidade de saúde tem que garantir prioridade no agendamento das consultas e sempre buscar alternativas para que a gestante evite longas esperas. Deve também oferecer à gestante as seguintes condições:

1. Sala com conforto e privacidade para as consultas;
2. instalações sanitárias adequadas e limpas, tendo a sua disposição água potável e sabão;
3. equipamentos básicos como balança, fita métrica, equipamento para medir a pressão e estetoscópio;
4. impressos específicos, como o Cartão da Gestante, e sistema de arquivo;
5. Sistema de marcação de consultas, salas de espera e salas para cursos e orientações.

A gestante precisa ser bem acolhida e orientada quando chega à Unidade de Saúde. Caso deseje ou precise, pode solicitar a presença de uma pessoa de sua confiança nas consultas do pré-natal e parto. O médico ou enfermeiro deve conversar com a gestante, pedir os exames iniciais, orientá-la sobre hábitos saudáveis e fazer todos os encaminhamentos necessários.

Caso haja apenas suspeita de gravidez, o primeiro exame a ser pedido é o teste para confirmação. Caso a gravidez já esteja confirmada, os exames de rotina do pré-natal são solicitados imediatamente. A gestante precisa ser ouvida com atenção e ter suas dúvidas esclarecidas. Também necessita passar por uma avaliação médica cuidadosa que verifique o peso, a pressão arterial, o crescimento do útero; se há edemas (inchaços) nas pernas e examinam as mamas. Além de se preocupar com a gravidez, o profissional de saúde deve tentar conhecer as relações afetivas pessoais, familiares e de trabalho da gestante. Também tem que investigar se ela corre risco de sofrer violência doméstica ou sexual (Disponível em: < [www.unicef.org](http://www.unicef.org) >).

As gestantes acompanhadas no Posto de Saúde Matos Dourado ao longo do pré-natal são assim orientadas:

- 1 - Os objetivos da assistência pré-natal, como funciona a unidade de saúde e a importância das consultas, dos exames (inclusive das mamas e de prevenção do HIV e sífilis) e das vacinas;
- 2 - mudanças físicas e emocionais que acontecem durante a gravidez, o parto e o pós-parto;
- 3 - adaptações de seus hábitos de vida como dieta, higiene, trabalho e comportamento sexual;
- 4 - tipos de parto;
- 5 - cuidados gerais com o recém-nascido, valorizando o aleitamento materno exclusivo os primeiros 6 meses de vida;
- 6 - importância das consultas após o parto;
- 7 - o direito de saber com antecedência o local onde vai ter o bebê;
- 8 - todos os direitos da gestante, da puérpera e do recém-nascido;
- 9 - orientações quanto ao registro de nascimento;
- 10 - as futuras mães devem ser motivadas a participar de grupos de gestantes, o que possibilita a troca de informações e experiências com outras mulheres. (PLANO DIRETOR DA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE MATOS DOURADO, 2016)

Contudo, de acordo com o guia dos Direitos da Gestante e do Bebê os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem visitar nos primeiros dias depois do parto a mãe e o bebê. Na visita, o ACS:

- Verifica as condições gerais da mãe e do bebê;
- Avalia a condição de moradia, higiene, relações familiares, presença do companheiro, dificuldade financeira e situação de violência;
- Avalia e incentiva a amamentação;
- Observa se há sinais de infecção no umbigo do bebê;
- Avalia outros riscos e vulnerabilidades;
- Estimula que se faça o Registro Civil de Nascimento, caso o bebê ainda não possua a Certidão de Nascimento;
- Reforça a importância da primeira consulta do bebê (entre o quinto e o sétimo dia de vida);
- Depois da alta, a mulher precisa voltar à unidade de saúde pelo menos duas vezes: até 10 dias após o parto para avaliação da saúde, exame das mamas e receber orientações sobre amamentação; cerca de 40 dias após o parto, com o companheiro, para receber orientação para evitar ou como planejar uma nova gravidez (planejamento familiar). A mãe deve ser informada que precisa ir à unidade de saúde a qualquer momento se apresentar febre, sangramento excessivo ou corrimento com mau cheiro. (PINHO, 2011)

É importante destacar que durante as visitas para realização da pesquisa pudemos de fato verificar que os pontos citados acima acontecem e que o atendimento à mãe (adolescente) e ao bebê é assistido, na maioria das vezes, inicialmente, pela ACS que repassa todas as informações para unidade de saúde que integra a localidade da adolescente.

#### 4.1 A visão das adolescentes sobre a gravidez e os sentimentos

Para conhecer a visão das adolescentes sobre gravidez foram realizadas entrevistas com cinco adolescentes grávidas, com idade que varia entre 16 e 18 anos, sendo escolhidas aleatoriamente. Antes de iniciar as entrevistas todos os responsáveis pelas adolescentes receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram realizadas nas casas de cada adolescente e foram acompanhadas por uma agente de saúde da Unidade Básica de Saúde Matos Dourado.

Conforme tabela abaixo, observamos que entre as adolescentes que participaram da pesquisa: a maioria tem 16 anos de idade; elas não completaram o Ensino Fundamental; quanto ao estado civil a maioria está em um relacionamento estável; moram na mesma casa com os cônjuges, pais, irmão\sogra.

**Quadro 2** - Caracterização dos sujeitos de acordo com a idade, escolaridade, tempo de gravidez, estado civil e moradia.

SUJEITO	IDADE	ESCOLARIDADE	TEMPO DA GRAVIDEZ	ESTADO CIVIL	COM QUEM MORA
1	16	7ª Série incompleta	5º mês	Relação estável (junta)	Cônjuge, pais, irmãos
2	16	7ª Série incompleta	4º mês	Relação estável (junta)	Cônjuge e a sogra
3	17	1º ano de Ensino Médio (incompleto)	6º mês	Solteira (namora)	Outros (amigas)
4	15	6ª Série Incompleta	7º mês	Solteira	Pais e irmão
5	18	1º ano de Ensino Médio (incompleto)	8º mês	Casada	Cônjuge

Fonte: Pesquisa direta.

Destacamos que para realização da pesquisa foram realizadas duas visitas ao campo para que pudéssemos ter uma visão clara do objeto em pesquisa. As visitas foram realizadas no mês de maio de 2017. No primeiro momento fizemos observações na UBS para que pudéssemos descrever as principais demandas que são colocadas à instituição. Destacamos que durante esse período verificamos que existe um número considerável de adolescentes em situação de gravidez que procuram atendimento na referida Unidade.

Outro fator que consideramos relevante foi o fato de que a maioria das adolescentes à procura de atendimento se encontravam em situação de vulnerabilidade, que era perceptível assim que elas adentravam à UBS.

Embora a Unidade Básica de Saúde Mattos Dourado seja referência no atendimento à saúde, percebemos que os profissionais sempre falavam dos direitos e deveres que eram garantidos às adolescentes que estavam grávidas e necessitavam de atendimento.

No segundo momento seguimos para as residências das entrevistadas para realizar a coleta de dados. Foi necessária a utilização da técnica da entrevista, que contou com vinte e uma perguntas, sendo treze relacionadas ao nome, idade, escolaridade, tempo de gravidez, estado civil e moradia. As demais perguntas foram de cunho descritivo em relação à gravidez e os sentimentos.

Ao iniciar as entrevistas pudemos perceber que as adolescentes eram “meninas imaturas” e que agiam por diversas vezes pelo impulso sexual e não se preocupavam em se prevenir. As entrevistas foram divididas por tópicos que tinham por objetivo compreender o pensamento das entrevistadas acerca da temática da pesquisa: motivo da gravidez, causa da gravidez, sentimento sobre a gravidez, reações das pessoas do convívio, mudanças decorrentes da gravidez, maturidade para a função materna, perspectiva de vida e planejamento familiar.

Quando questionadas sobre o motivo da gravidez, nenhuma das adolescentes relatou ter feito qualquer plano para engravidar, embora elas possuíssem o desejo de ser mãe. Conforme relatado pela entrevistada 1: “Ah, eu queria engravidar, eu queria ter filhos [...]”. Nessa mesma linha a entrevistada 3 diz: “[...] porque eu não usei camisinha mesmo, mas eu já estava querendo ter”. Indagada sobre a temática a entrevistada 2 afirmou: “Ah [...] eu não me preveni, foi assim”. A entrevistada 4 não

dialogou sobre o tema e respondeu “não”. Por fim a entrevistada 5, ao ser questionada sobre a questão respondeu que não sabia.

Embora sejam respostas vagas é importante analisar de forma geral como se dá o processo de entendimento sobre ser ou não ser mãe. É relevante ressaltar que as entrevistadas são adolescentes que, conforme observado têm um total desconhecimento do processo de engravidar.

Em sua grande maioria as adolescentes relataram que não se preveniram, por isso, engravidaram. O que reforça a falta de um planejamento e de uma orientação com relação aos métodos anticoncepcionais. A entrevistada 2 explicou: “Ai [...] Eu não me preveni, foi assim [...] geralmente na hora lá se acaba esquecendo de tudo né, daí não usei camisinha e também não tomava remédio”. Chama a atenção o depoimento que associa a gravidez ao uso de bebida alcoólica. Conforme relata a entrevistada 5: “Ah, sei lá né [...] Eu tinha bebido na hora que eu engravidei”.

Destacamos que durante as entrevistas sempre apareceram mais sentimentos negativos e ambivalentes, mas poucos positivos. O que podemos perceber na fala da entrevistada 1: “Ah eu gostei sabe”. Uma das respostas que mais nos chamou atenção foi da entrevistada 2, que de forma objetiva disse o sentimento em relação a gravidez: “Péssima, porque não era esperado. Eu sempre desejei assim [...] casar, depois ter filho, mas não foi nada disso que aconteceu”.

Na fala da entrevista 3 percebemos que existe um choque quando descobre que está grávida. Ela nos disse: “No começo eu me senti meio constrangida, mas com o tempo eu fui ficando mais feliz”. Na resposta da entrevistada 4, percebemos o que é comum acontecer quando não se planeja a gravidez, quando ela diz: “Eu demorei pra aceitar por 3 meses [...]. Foi difícil [...] mas depois foi passando o tempo e eu fui acostumando, mas demorou um pouco”. Por fim, a entrevistada 5, foi mais profunda em suas respostas e nos disse que: “Ah [...] Senti que tudo ia acabar [...] Que eu ia ter que parar de estudar, porque minha mãe trabalha, e quem ia olhar o neném?”.

Uma das partes mais impactantes da entrevista foi em relação à reação dos familiares ao se depararem com uma situação de gravidez no convívio familiar e do pai do bebê. Em relação à reação da família às entrevistadas pudemos perceber que as reações foram diversas, porém, a maioria mostra desaprovação, mas mesmo as mais rígidas, mostraram aprovação depois de determinado tempo.

A entrevistada 1 relatou: “Falaram pra minha mãe e meu pai bater em mim, que eu era de menor ainda, por que minha mãe deixava eu namorar cedo [...] meus irmãos ficaram bravos, falaram: você tá louca, é muita nova ainda, tinha que tá era estudando”. A falta de apoio familiar, inicialmente ficou perceptível na fala da entrevistada 2 quando diz: “Me julgam até hoje. A minha mãe me ajuda, mas assim, no começo não falava muito comigo, não trocava muita ideia [...] foi um baque porque minha família tem a tradição de ter filho só depois do casamento”.

Na fala da entrevistada 3 verificamos que não difere das demais, ela nos afirmou: “A minha mãe ficou brava, mas ela falou que ajudava se eu quisesse, se eu quisesse eu podia continuar a morar na casa dela, mas preferi me juntar mesmo”.

Uma problemática apresentada pela entrevistada 4 é o fato da família não apresentar uma estrutura, pois ela nos explicou: “Não tenho pai, faleceu tá com 5 anos. A minha mãe falou que agora eu vou ter que me esforçar e ter responsabilidade porque não é uma boneca, é um ser humano”. Embora as respostas estejam no patamar de negatividade, percebemos através da entrevistada 5, que o problema pode ser ainda maior, quando a família não aceita o fato da filha estar grávida e partem para agressão. Foi assim relatado quando nos disse que: “Ela me bateu. Eu apanhei grávida de dois meses, daí ela queria que eu tirasse e eu falei que não [...] Ela ficou muito brava [...] Aí depois dos cinco meses ela foi se acostumando [...] o meu pai não mora comigo”.

Indagadas sobre a reação do pai da criança, as entrevistadas nos relataram que a maioria aceitou a gravidez. A entrevistada 1 declarou: “Ele ficou feliz e falou: “agora vai dá pra você ir morar comigo”. Podemos perceber na fala da entrevistada 3, que ainda pode existir a construção de um convívio familiar quando relatou: “Ah, ele ficou feliz [...] muito feliz [...] porque a gente queria desde o começo quando a gente começo a namorar”. Embora algumas entrevistadas tenham esperança de ter um lar para seus filhos, outras não têm essa mesma resposta, que é o caso da entrevistada 4, ao dizer: “Ele não quer nem saber de mim, nem da criança, diz que não é dele”. Além disso, percebemos também que embora não haja mais um vínculo entre a entrevistada e seu parceiro, verificamos, através da entrevistada 5, ao nos dizer que: “Eu não to mais com ele, mas ele falou que ia me ajudar, e foi conversar com a minha mãe. Falou pra ela ficar despreocupada porque ele ia ajudar”.

As mudanças externas referem-se às relacionadas à rotina (e foram muitas) em função da gravidez. Na fala das entrevistadas se percebe muito a grande mudança nas suas vidas. A entrevistada 1 relatou: “Tá diferente né [...] Tá casada é diferente as coisas, não é mais aquela vida de solteira, que sai, bagunça, é diferente”. Diante de tantas problemáticas enfrentadas por elas, percebemos ainda que existe uma motivação em relação ao crescimento pessoal. Pudemos perceber isso na fala da entrevistada 2, quando diz: “Mudou muita coisa [...] eu acho que eu cresci mais. [...] Em tudo, sabe no jeito de ver as pessoas, de conversar com as pessoas, não é todo mundo hoje”.

Algo que pudemos verificar é o fato delas estarem cuidando mais de si, como nos relatou a entrevistada 3: “Ah mudou [...] a rotina né [...] Agora tem que ir no médico e para o acompanhamento no posto” (referindo-se ao Posto de Saúde Matos Dourado), “to me cuidando mais, to tendo mais atenção nas coisas que tenho que fazer”. Abdicar de sua liberdade foi também relatado por elas, o que ficou muito perceptível na fala da entrevistada 4: “Tudo [...] Tudo [...] Liberdade de poder sair e poder voltar a qualquer hora, é [...]Tudo que se refere a responsabilidade. Mas estou doida pra que nasça logo”.

Outro fator que consideramos importante destacar é que algumas delas não concluíram o ensino fundamental e atribuem muitas vezes ao fato de estarem grávidas, como nos relata a entrevistada 5: “Tudo [...] Eu parei de estudar né [...]tudo mudou [...]As amizades, não saio mais”.

Em relação à maturidade para ser mãe algumas afirmaram não estarem preparadas para a função materna, porém, a maioria ainda está em processo de amadurecimento da ideia, não sabendo lidar integralmente com esse fato. Afinal, por ser primeira gestação é comum aparecer certa insegurança. A entrevistada 1, nos apresentou uma certa ingenuidade, pois a referência que tem de ser mãe é pelo fato de estar cuidando de familiares. Isso é relatado por ela mesmo em sua fala: “Não sei, assim [...] nunca fui, mas deve ser bom. Eu queria ser mãe porque eu olho minha sobrinha [...] Desde nenenzinho que eu olho ela pra mãe dela trabalhar”.

Embora estejam sendo auxiliadas pela UBS, algumas não sabem nos dizer de fato se estão preparadas para ser mãe, como nos relata muito bem a entrevistada 2: “Ah [...] pelo cursinho [Planejamento Familiar] que eu fiz de gestantes eu fui

crescendo, sabe, então, se eu to preparada [pausa] [...] eu não sei dizer se eu to preparada”.

Verificamos através das respostas que algumas assumem de fato que não estão preparadas para ser mãe. É o que nos diz a entrevistada 3: “Não tão preparada, mas um pouco. Acho que falta só um pouquinho mais de tempo para eu me acostumar com a ideia de que eu vou ter um filho e me acostumar com ele também [...] Só falta isso”. Algumas assumem o fato de terem engravidado precocemente e alegam que esse é o grande problema por não estarem aptas ao papel de ser mãe, observamos isso na fala da entrevistada 4: “Não [...] Porque eu sou muito nova, antes com cinco meses eu ainda sentia vontade de sair, mais agora não dá por causa da barriga [...] Agora já estou acalmando”. A entrevistada 5, não percebe sua vida familiar junto com seu filho, se atentando só ao fato dela não poder mais curtir a vida, isso é nítido quando nos diz que: “Acho que não né [...] Eu tinha muita coisa ainda pela frente [...] Eu tinha que estudar, arrumar um trabalho, curtir a vida”.

Apenas uma das entrevistadas afirmou não ter planos futuros em sua vida, mas a maioria mostrou ter perspectiva e diversos planos, principalmente no que diz respeito a retornar à escola. Conforme nos relatou a entrevistada 1: “Eu quero voltar a estudar, terminar os estudos [...]”. Podemos perceber que ainda existe uma perspectiva de mudança de vida. Embora algumas planejem sua vida ainda no período da gestação, outras só pensam nisso quando tiverem o bebê. No caso a entrevistada 2 nos disse: “Eu penso em depois que o neném pegar uma certa idade, colocar ele em uma creche e trabalhar e dar tudo pra ele que eu não tive”. A entrevistada 3, ainda em tom de brincadeira diz claramente que pretende sim cuidar dela e de seu filho: “ Eu tenho... De cuidar bem do meu pivete. Só penso nisso [risos]”. A entrevistada 4, pensa em como se manter com seu filho e na primeira resposta ao ser indagada sobre planos futuro ela é bem taxativa em dizer que deseja “trabalhar para ter minhas coisas e da minha filha”. Como tínhamos feito referência inicialmente uma das entrevistadas nos disse que não tem nenhum plano futuro para ele e para seu filho, no caso é a entrevistada 5 que nos relata: “Por enquanto não [...]”.

Fazendo referência ao Planejamento Familiar as entrevistadas nos apresentam respostas acerca de sua importância para auxiliar e orientar todas as partes envolvidas na gravidez. A entrevistada 1, nos diz de sua alegria em participar do planejamento familiar e traz memórias importantes de não existir tal plano em anos

passados: “É muito bom, eu gosto. Minha mãe disse que na tempo dela tinha isso não”. Com a função de orientar acerca de todo processo antes e depois da gravidez a entrevistada 2, nos relata da importância de participar do planejamento familiar: “É maravilhoso, ele me ajudou bastante e já sei até como prevenir para não engravidar de novo, vou colocar o DIU, ouvi falar que é bom”. Verificamos na fala da entrevistada 3, que ela valoriza o fato de participar das atividades que são oferecidas no planejamento familiar: “Não perco uma consulta, quando tem palestra eu também vou”.

Além de atividades diferenciadas são abordados diversos assuntos que não fazem parte do convívio familiar da entrevistada 4, que nos relata :“Não vou muito, mais as vezes que vou eu gosto, por que eles conversam de muito assuntos que eu nunca ouvi falar”. A entrevistada 5, nos diz claramente que: “Eu gosto, minha mãe sempre vai comigo, sou muito bem atendida por todos”. Destacamos que na fala das entrevistadas percebe-se muito a importância de se ter um planejamento familiar e que sem dúvidas faz uma grande diferença na vida delas.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto de pesquisa teve por objetivo geral compreender a partir das respostas colhidas pelas adolescentes grávidas, a importância do trabalho no Planejamento Familiar na Unidade Básica de Saúde Mattos Dourado. O que está no cerne da discussão proposta neste trabalho é o debate crítico acerca da adolescência e do fenômeno da gravidez na adolescência como algo historicamente e socialmente construído, permeado por uma dinâmica capitalista densa de desigualdades de gênero, sociais, econômicas, culturais e regionais.

Estabelecemos no capítulo 2 deste trabalho uma exposição de como o conceito sobre a adolescência se altera ao longo da história. Atualmente, a adolescência por ser vista por grande parcela da sociedade e do Estado como uma fase “problema” que é constantemente vinculada a adjetivos negativos e pejorativos, principalmente quando se trata de adolescentes advindos de famílias pobres. Desta maneira, a problematização que se faz em torno do adolescente é geralmente de cunho moral, variando de acordo com a classe social e com o gênero pertencente.

Já o fenômeno da gravidez na adolescência comumente debatido nos artigos acadêmicos, adquiriu ao longo da história uma conotação de “problema social”; de acontecimento “natural” passou a ser visto como inaceitável pela sociedade. Atualmente, o debate hegemônico que se faz acerca da gravidez na adolescência a vincula à ideia de pobreza e de falta de informação, onde o destino mais provável para a mãe adolescente e para o seu filho é a “marginalidade”, contribuindo, desta forma, para o reforço da miséria.

No entanto, não é levado em consideração que a promoção dos direitos sociais não são igualmente garantidas para os adolescentes de diferentes classes, assim como, são desconsideradas as razões que levaram a adolescente a engravidar, pois a gestação pode ter sido ocasionada por uma escolha.

Ressaltamos que não podemos identificar a gravidez na adolescência como um “problema” ou como uma manifestação direta da questão social, pois, como vimos anteriormente, a gravidez na adolescência possui um caráter histórico na sociedade que é antecedente ao surgimento do modo de produção capitalista, ou seja, é anterior a ascensão da burguesia e conseqüentemente ao conflito capital/trabalho.

Conseqüentemente a esse fato, vivenciamos a fragmentação e a fragilização das políticas públicas, que nos são corroboradas através da falta de recursos, da precarização dos serviços, perda da qualidade nos atendimentos, além da seletividade e burocratização.

A pesquisa de campo exposta no último capítulo deste trabalho nos evidenciou a realidade social das cinco adolescentes grávidas que são acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde Mattos Dourado. As mesmas possuem perfil socioeconômico semelhante à maioria dos usuários atendidos pela referida instituição, são provenientes de famílias pobres, pertencentes à classe trabalhadora, que sofrem com a negação de direitos sociais. Percebemos que, por mais que as adolescentes sejam atendidas e acompanhadas pelo Planejamento Familiar, há inúmeros fatores externos, de cunho social, econômicos e culturais que tornam a problemática mais delicada e com deficiência de olhar mais crítico.

Destacamos que o Planejamento Familiar é de grande importância, pois auxilia os membros familiares a se planejarem antes, durante e depois de um processo de gravidez, Evidenciamos durante a realização da pesquisa que as adolescentes entrevistadas ressaltam a grande contribuição que o planejamento familiar tem em sua vida, em que elas aprendem conceitos que antes não tinham conhecimentos.

Por meio de entrevista aplicada às adolescentes, verificamos que as informantes possuem entre 15 e 18 anos; são moradoras do bairro Edson Queiroz da cidade de Fortaleza; a maioria demonstra ter união estável com seus companheiros; três das cinco adolescentes pararam de estudar antes de ingressar no Ensino Médio; todas não trabalham e são advindas de famílias humildes.

A Unidade Básica de Saúde Mattos Dourado caracteriza-se por ser uma instituição que busca ao máximo a garantia dos direitos sociais e a promoção da saúde para os usuários que procuram seus serviços, sendo, portanto, uma referência municipal no atendimento ao público.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

ABRAMO, Helena Wendel. **Cenas juvenis: punks e darks, o espetáculo urbano**. São Paulo: Scrita, 1994.

ADOLESCÊNCIA, 1998, Rio de Janeiro. **Anais**. Rio de Janeiro: CEPIA/IPEA, 1998. P. 23-32.

ANDRADE, E. C.; SILVA, L. R. **Planejamento familiar**: uma questão de escolha. Rev. Eletr. Enf., v. 11, n. 1, p. 85-93, 2009.

ÁVILA, M. B.,1996. Notas sobre direitos reprodutivos e sexuais. In: **Sexualidades Brasileiras** (Parker, R. & Barbosa,R., orgs.), Rio de Janeiro: Relume-Dumará .

BOCARDI, M. I. B. (2003) **Gravidez na Adolescência: O Parto Enquanto Espaço do Medo**. São Paulo: Arte & Ciência; Marília, São Paulo: Ed. UNIMAR. .

BOCK, A.M.B; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M.L.T. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de psicologia. 13 ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRAVO, M. I. S. Política de Saúde no Brasil. In **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006. p. 88-110.

CALDEIRA, Alany Pinto et al. Adolescentes Grávidas Usuárias do Sistema de Saúde Pública. In: **Saúde e Serviço Social**. BRAVO, Maria Inês Souza... [et al], (orgs). 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

CAMPOS, Dinah Martins de Souza. **Psicologia da adolescência**: normalidade e psicopatologia. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1998. 155 p.

CANNON, L. R. C.; BOTTINI, B. A. Saúde e Juventude: o cenário das Políticas Públicas no Brasil. In: **JOVENS acontecendo na trilha das políticas públicas**. Brasília : CNPD, 1998. v.1. p.209-289

CARIDADE, A.,1999. O Adolescente e a Sexualidade. In: **Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento**, vol.I, pp.206-211, Brasília: Ministério da Saúde.

CARVALHO, Alysson Massote; SALLES, Fátima; GUIMARÃES, Marília Marques. **Adolescência**. Belo Horizonte: Instituto de Filosofia e Teologia de Goias, 2003. 122 p.

CORRÊA. M. D. **Noções práticas da obstetrícia**. Belo Horizonte 1994.

CORRÊA, Magda de M.; COATES, Verônica. Implicações sociais e o papel do pai. In. MAAKAROUN, Marília de Freitas (et al). **Tratado de adolescência**: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991. p. 407-415

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

DOMINGOS, A. C. **Gravidez na adolescência**: enfrentamento na estratégia de saúde da família. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2010.

FALEIROS, Vicente. Infância e processo político no Brasil. In: Pilotti, Francisco & Rizzini, Irene. **A arte de governar crianças**: a historia das políticas sociais, da legislação e da assistência no Brasil. Rio de Janeiro: AMAIS 1995

FERNANDES, A.C. **Gravidez e Adolescência**: o papel educativo do enfermeiro. Dissertação (Mestrado), São Leopoldo: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Pontificia Universidade Católica de Campinas, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2008.

GROSSMAN, Eloisa. **A adolescência através dos tempos**. Adolescência Latino Americana, 1998.

HARRISON, Michelle. **O primeiro livro do adolescente sobre amor, sexo e AIDS**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1996.

HEILBORN, Maria Luiza et al. **Gravidez na Adolescência**: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: SEMINÁRIO GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo, Cortez, 1983.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais** – Uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Disponível em <[www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Consultado em 20 de setembro de 2016.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.263**, de 12 de janeiro de 1996. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L9263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9263.htm)>. Acesso em: 27 dez. 2016.

LOPES, G. & MAIA, M. (2001). **Conversando Como Adolescente Sobre Sexo Quem Vai Responder?** Belo Horizonte: Autêntica/Fumec.

MAGALHÃES, M. L. C. et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos? **Rev Bras Ginecol Obstet**. V. 28, n. 8, p. 446-452, 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 1991.

MARCONI, Marina de Andrade, LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragem e técnicas. 4. ed. Ver e ampl. São Paulo: Atlas, 1999.

MOREIRA, T. M. M. et al. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 312-320, jun.2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde do adolescente e do jovem**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br>. Consultado em 22 de janeiro de 2017.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO. Disponível em <http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/ubs-unidade-basica-de-saude>> acesso em: 20 de setembro de 2016.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Brasília, CFESS/ABEPSS/CEAD/UnB, 1999.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 5º. ed. São Paulo, SP : Cortez, 2006.

NOVELLO, Fernanda Parolari. **Psicologia da adolescência**: despertar para a vida. 3.ed. Coleção Família e realidade. São Paulo: Paulinas, 1990.

NOVO, Joe Luiz Vieira Garcia and GIANINI, Reinaldo José. **Mortalidade materna por eclâmpsia**. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [online], v.10, n. 2, pp. 209-217, 2010.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**- Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde Reprodutiva de Adolescentes**: Uma estratégia para ação. Declaração conjunta OMS/FNUAP/UNICEF, Genebra, 1989.

PAUCAR, Lilian Mery Olivera. **Representação da gravidez e aborto na adolescência**: estudo de casos em São Luis do Maranhão. Tese (doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP 2003.

PINHO, Ziraldo Alves. **Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê/ UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância. São Paulo: Editora Globo, 2011.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Plataforma de Ação da Conferência Mundial Sobre a Mulher**. Pequim, 2001. Disponível em: <<http://www.unfpa.org/novo/index.php/biblioteca/publicacoes/onu/413declaracao-e-plataforma-de-acao-da-iv-conferencia-mundial-sobre-a-mulher>> Acesso em: 17 de janeiro de 2016.

SANTROCK, John W.. **Adolescência**. 8 ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 2003

SILVEIRA, Darlene de Moraes. **O Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente – Florianópolis: cultura política e democracia**. Dissertação de Mestrado em Serviço Social – PUC, São Paulo, 2004.

SOCAL, Eliane et al. **Pesquisa e diagnóstico sobre crianças e adolescentes em situação de risco pessoal e social em Santa Maria/RS; construindo cidadania**. Santa Maria, RS: [S N], 2003.

SOUZA, Marli Palma. **Política de proteção para a infância e adolescência: problematizando os abrigos**, In: Revista Social em debate, v. 12. 1. Pelotas: EDUCAT, Junho de 2009.

TAKIUTI, Albertina Duarte. **Programa de atendimento integral à saúde do adolescente: uma proposta de trabalho**. In. MAAKAROUN, Marília de Freitas (et al).

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

**ANEXOS**

## ANEXO 1

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Declaro, por meio deste Termo, que concordei em ser entrevistado (a) e/ou participar na pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada: Gravidez na Adolescência, desenvolvida por Maria Amélia Barros da Silva. Fui informado (a), ainda, de que a pesquisa é orientada pela Orientadora Dra. Lucili Grangeiro, a quem poderei contatar/consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (85) \_\_\_\_\_. Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, com a autorização dos meus responsáveis, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) do objetivo geral, estritamente acadêmico, do estudo que, em linhas gerais, é compreender a partir da fala das adolescentes a importância do trabalho do Planejamento Familiar na Unidade Básica de Saúde Matos Dourado. Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa e que minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo (a) pesquisador (a) e/ou seu (sua) orientador (a). Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Fortaleza, 21 de maio de 2017.

Assinatura do (a) participante:

---

Assinatura do (a) pesquisador (a):

---

Assinatura da testemunha:

---

## ANEXO 2

## ROTEIRO DA ENTREVISTA

## DADOS DA GESTANTE ADOLESCENTE

**Data:** ...../...../.....

**IDENTIFICAÇÃO DA ADOLESCENTE**

1. Iniciais do nome: .....

2. Data de nascimento: .....

3. Idade: ..... anos

4. Naturalidade: .....

5. Bairro: .....

6. Cidade: .....

7. Tempo da gravidez em meses: .....

8. **Filhos:** Sim ( ) Não ( )

Quantidade: .....

Idade: .....

**9. Estado civil**

( ) casada ( ) mora com companheiro ( ) namora ( ) solteira

**10. Com quem mora?**

( ) pais, irmãos ( ) cônjuge ( ) cônjuge, pais e irmãos

( ) sozinha ( ) outros

**11. Escolaridade:**

( ) Ensino Fundamental I (1ª a 4ª série) incompleto – Até ..... série.

( ) Ensino Fundamental I completo.

( ) Ensino Fundamental II ( 5ª a 8ª série) incompleto – Até ..... série.

( ) Ensino Fundamental II completo.

( ) Ensino Médio incompleto – Até ..... série.

( ) Ensino Médio completo.

12. **Trabalha fora?** ( ) Sim ( ) Não

Desde quando? .....

## **SOBRE A GRAVIDEZ E OS SENTIMENTOS**

1. Por que você engravidou?
2. Como você se sentiu quando soube que estava grávida?
3. Quais foram as reações das pessoas de sua família?
4. Você recebeu apoio da sua família? E de seu parceiro?
5. O que mudou na sua vida após a gravidez?
6. Você acha que está preparada para ser mãe? Por quê?
7. Que outros planos você tem para sua vida?
8. O que você acha do acompanhamento que tem no Posto de Saúde Matos Dourado (Planejamento Familiar)