



FACULDADE TEOLÓGICA E FILOSÓFICA - RATIO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL

ROSITA MACHADO DE CARVALHO SANTOS PINHEIRO

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CHAMA, INSTITUIÇÃO NÃO
GOVERNAMENTAL, EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

FORTALEZA

2017

ROSITA MACHADO DE CARVALHO SANTOS PINHEIRO

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CHAMA, INSTITUIÇÃO NÃO
GOVERNAMENTAL, EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à aprovação da Coordenação do Curso de Serviço Social da Faculdade Ratio, como requisito final para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Orientador(a): Ms. Diocleciana de Paula da Silva.

FORTALEZA

2017

ROSITA MACHADO DE CARVALHO SANTOS PINHEIRO

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DO CHAMA, INSTITUIÇÃO NÃO
GOVERNAMENTAL, EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à aprovação da Coordenação do Curso de Serviço Social da Faculdade Ratio, como requisito final para a obtenção do título de bacharel em Serviço Social.

Aprovado em ___/___/_____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Ms. Diocleciana de Paula da Silva
(Orientadora)

Prof^a. Ms. Rosa Ângela de Brito Falcão

Prof^a. Espec. Fernanda Ielpo Cunha

Ao Senhor Jesus Cristo, meu fiel
companheiro.

Aos meus filhos, Ricardo e Daniel.

AGRADECIMENTOS

A todos que contribuíram no decorrer desta longa jornada, em especial:

A Jesus Cristo, o autor e consumidor da minha fé.

Aos meus filhos, Daniel e Ricardo, que me ajudaram e me incentivaram do começo ao fim dessa jornada.

Às minhas colegas de curso, pelo companheirismo e disponibilidade em me auxiliar em vários momentos, fossem esses de dor ou de alegria.

À equipe do CHAMA que, no dia a dia, ajudou-me a ser uma Assistente Social.

À minha orientadora, prof^a. Ms. Diocleciana Paula da Silva, pela paciência e persistência comigo. Foi na sua paciência que o meu sonho se tornou realidade.

À prof^a. Ms. Rosa Ângela de Brito Falcão, por sua paciência e dedicação à nossa turma.

À prof^a. Espec. Fernanda Ielpo Cunha, que com seu jeito potiguar encantou-nos com o seu amor pelo Serviço Social. Obrigada por nos incentivar até aqui.

“Tudo é possível ao que crê”.

(Marcos 9:23)

RESUMO

O Serviço Social não é indiferente à questão da gravidez na adolescência, especialmente quando ela está relacionada com a vulnerabilidade social. Por isso, este trabalho tem como objetivo geral estudar e entender minimamente essa modalidade de gravidez, uma vez que é um fenômeno com sérias implicações biológicas, familiares, psicológicas, econômicas e jurídicas ao adolescente, à sua família e à sociedade. O trabalho também se volta à relação entre a política de Assistência Social e o terceiro setor, já que as atividades de estágio foram realizadas na instituição, sem fins lucrativos, denominada Centro Humanitário de Amparo à Maternidade (CHAMA), voltada ao atendimento de grávidas em situação de vulnerabilidade social e/ou suscetíveis ao uso/abuso de substâncias psicoativas. O objetivo geral da pesquisa é estudar e entender minimamente a gravidez na adolescência, pelo olhar do Serviço Social. Já os objetivos específicos são: estudar, em linhas gerais, a adolescência; apresentar algumas problemáticas a respeito da gravidez na adolescência; apresentar o trabalho e as atividades desenvolvidas no CHAMA em prol de mulheres e adolescentes grávidas; tratar sobre adolescentes grávidas em vulnerabilidade social; estudar a relação entre a política de Assistência Social e o terceiro setor, também apontando prós e contras do Serviço Social nas ONG's. O método escolhido para embasar a pesquisa é de natureza qualitativa. Entre os resultados encontrados, destaca-se que a gestação na adolescência gera, na maioria das vezes, mães revoltadas, por causa de todo o julgamento social que sofrem, e/ou surpresas. Porém, algumas adolescentes também encontram na gravidez o sentimento de poder e de liberdade. São muitas e variadas as problemáticas encaradas pelas mulheres e menores grávidas abrigadas no CHAMA, e entre elas está a vulnerabilidade social. Entre as situações que as levam e as expõem à vulnerabilidade social estão: a pobreza, abandono pelo companheiro ou pela família, situação de rua, prostituição, uso de drogas, etc. Um fator comum na gravidez na adolescência é a reincidência de uma ou mais gestações, o que poderá conduzir à deserção escolar e ao subemprego. Quanto ao atendimento realizado pelas entidades de terceiro setor, esse se mostrou importante, pois, em muitos casos, tal atendimento por só pode ser encontrado ali. Embora haja muitas críticas quanto ao Serviço Social no terceiro setor, quando inserida no CHAMA essa área consegue expressar seu projeto ético-político profissional. Além disso, os assistentes sociais do Centro demonstram grande conhecimento e contato com a política pública estatal de Assistência Social. Quanto às políticas públicas de Assistência Social e ao terceiro setor, está-se diante de um grande desafio de estruturar uma rede de serviços socioassistenciais que integre público e privado em torno de objetivos comuns.

Palavras-chave: Gravidez. Adolescência. Assistência Social. Terceiro Setor.

ABSTRACT

The Social Work is not indifferent to the issue of teenage pregnancy, especially when it is related to social vulnerability. Therefore, this undergraduate thesis has as general objective to study and to understand minimally this modality of pregnancy, since it is a phenomenon with serious biological, familiar, psychological, economic and juridical implications to the adolescent, to their family and to the society. This academic work also pay attention to the relationship between the Social Assistance policy and the third sector, since the internship activities were carried out at the not-for-profit organization Centro Humanitário de Amparo à Maternidade (CHAMA), which aims the care of pregnant women in situations of social vulnerability and/or susceptible to the use/abuse of psychoactive substances. The main purpose of this undergraduate thesis is to study and to understand minimally the pregnancy in the adolescence, under the look of the Social Work. The specific objectives are: studying adolescence in general; presenting some problems regarding pregnancy in adolescence; presenting the work and activities developed at CHAMA for the benefit of pregnant women and adolescents; treating about pregnant adolescents in social vulnerability; studying the relationship between Social Assistance policy and the third sector, also pointing out pros and cons of Social Work in NGOs. The method chosen to base the research is a qualitative one. Among the results found, it is noted that gestation in adolescence generates, most of the time, revolted mothers, because of all the social judgment they suffer, and/or surprises. However, some adolescents also find in their pregnancy the feeling of power and freedom. There are many and varied problems faced by the women and the adolescents pregnant housed in CHAMA, and among them is the social vulnerability. Situations that lead to and expose them to social vulnerability may include poverty, abandonment by the partner or family, homeless, prostitution, drug use, etc. A common factor in teenage pregnancy is the recurrence of one or more pregnancies, which may lead to school dropout and underemployment. About the service rendered by the third sector entities, this proved to be important, since, in many cases, such service can only be found there. Although many criticisms regarding Social Work in the third sector, the Social Work inserted in CHAMA can express its professional ethical-political project. Besides that, the social workers of the Center demonstrate great knowledge and contact with the state public policy of Social Assistance. As for the public policies of Social Assistance and the third sector, there is a great challenge to structure a network of social assistance services that integrates public and private around common goals.

Keywords: Pregnancy. Adolescence. Social Assistance. Third Sector.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. O NASCIMENTO DA ADOLESCÊNCIA	15
2.1 Quando surge a adolescência socialmente	16
2.2 Gravidez	19
2.2.1 Tipos de gravidezes	24
2.3 Desafios da gravidez na adolescência	26
2.3.1 Medidas governamentais, estatais e municipais de prevenção à gravidez	32
3. A POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O TERCEIRO SETOR	36
3.1 Neoliberalismo	37
3.2 O terceiro setor e as ONG's	38
3.3 Prós e contras do Serviço Social nas ONG's	41
4. CENTRO HUMANITÁRIO DE AMPARO À MATERNIDADE (CHAMA)	47
4.1 O Município de Eusébio	47
4.2 O CHAMA	48
4.3 Equipe de Trabalho	49
5. AS ADOLESCENTES GRÁVIDAS DO CHAMA	54
5.1 Casamento de adolescentes do CHAMA	54
5.1.1 Legislação e essa modalidade de casamento	55
5.1.2 Casamento de adolescentes em números	57
5.1.3 O patriarcalismo	59
5.2 As drogas e as adolescentes grávidas	62
6. RELATOS DE EXPERIÊNCIA DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS	66
7. PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE O CHAMA ..	68
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICES	82

1 INTRODUÇÃO

O interesse pela questão da gravidez na adolescência surgiu ainda durante as disciplinas que antecederam o estágio, uma vez que esse assunto se mostrava, e ainda se mostra, uma questão desafiadora para a área do Serviço Social.

Depois ocorreu a possibilidade de estagiar em uma instituição sem fins lucrativos de amparo a mulheres gestantes em situação de vulnerabilidade social e/ou suscetíveis ao uso/abuso de substâncias psicoativas, denominado Centro Humanitário de Amparo à Maternidade (CHAMA), de modo que houve a possibilidade de unir a prática à teoria. Ante as experiências e as vivências obtidas, assim como todo o conhecimento adquirido, pareceu por bem dividi-las com a comunidade acadêmica.

Nesse sentido, o objetivo geral da pesquisa é estudar e entender minimamente a gravidez na adolescência, pelo olhar do Serviço Social. Já os objetivos específicos são: estudar, em linhas gerais, a adolescência, caracterizando-a e buscando entender quando surgiu socialmente; apresentar algumas problemáticas sobre a gravidez na adolescência; apresentar o trabalho e as atividades desenvolvidas no CHAMA em prol de mulheres e adolescentes grávidas; tratar sobre adolescentes grávidas em vulnerabilidade social; estudar a relação entre a política de Assistência Social e o terceiro setor, já que as atividades de estágio foram realizadas em uma instituição sem fins lucrativos, apontando prós e contras do Serviço Social nas ONG's.

O campo de atuação das pesquisas, assim como dos estágios que a antecederam, é o município do Eusébio, localizado na região metropolitana de Fortaleza, Ceará (o que não impossibilita um olhar sobre a problemática da gravidez na adolescência a níveis estadual e nacional). O local onde se realizou o estágio e foi possível ter alguma noção da realidade que permeia a situação foi o Centro Humanitário de Amparo à Maternidade – CHAMA, no município de Eusébio.

Turato (2003, p. 153) entende por metodologia:

A disciplina que se ocupa de estudar e ordenar (no possível) os muitos métodos que concebemos, suas origens históricas, seus embasamentos paradigmáticos acompanhados de suas relações teóricas, suas características estruturais e as especificidades de seus alvos.

Ainda segundo o mesmo autor (2003, p. 153), método é o “conjunto de regras que elegemos num determinado contexto para se obter dados que nos auxiliem nas explicações ou compreensões dos constituintes do mundo”. Embasados nessa conceituação, busca-se mostrar como ocorreu o processo de escolha da metodologia presente neste trabalho.

Esta pesquisa não se preocupou na testagem de hipóteses e/ou descrição e estabelecimento de correlações matemáticas, estatísticas e causais entre fatos, por isso não tem cunho quantitativo. Se foram utilizados dados estatísticos nas justificativas, foi para embasá-las de modo geral. Por outro lado, já que se intentou, mesmo que de modo localizado, a compreensão, explanação e interpretação da relação de significações de fenômenos para os indivíduos e a sociedade, a metodologia do trabalho se posiciona como qualitativa e descritiva.

Apresentam-se agora as características do método qualitativo seguido para se coletar os dados. Esse foi extraído de Terence e Escrivão Filho (2006) e apresenta, como algumas de suas características, a opção por fazer uma síntese narrativa da apresentação da descrição e análise dos dados; a procura dos significados em contextos social e culturalmente específicos, porém não descartando a generalização teórica; a utilização do ambiente natural como fonte de coleta de dados; tendência em ser descritivo; observação, investigação participativa, entre outros; busca da compreensão dos fenômenos, pelo investigador, a partir da perspectiva dos participantes, e, finalmente, realização de generalizações de observações limitadas e específicas.

Além das razões apresentadas, o tema também foi escolhido por se tratar de uma questão que traz diversas e sérias implicações e desafios ao Serviço Social, porém não está restrito apenas a esse campo de atuação, pois, como ressaltam Trindade e Menandro (2002, p. 15) “a gravidez adolescente tem se tornado um fenômeno de interesse e preocupação acadêmica, social e governamental”. A fim de que se tenha uma visão geral, recorrer-se-á Júnior e Neto (2004, p. 26), que afirma que:

A gravidez na adolescência traz sérias implicações biológicas, familiares, psicológicas e econômicas além das jurídicas, que atingem o indivíduo adolescente e a sociedade como um todo, limitando ou adiando as possibilidades de desenvolver o engajamento destas jovens na sociedade. Somando-se aos dados quantitativos e aos fatores influenciadores da gravidez, inserem-se os argumentos profissionais das áreas do setor saúde

e social, que vem sendo utilizados para justificar a magnitude dessa questão e a adoção de práticas e políticas para o seu efetivo controle no país.

Yazlle (2006, p. 443) acrescenta que a gravidez de adolescentes vem sendo tratada, em alguns países, como “problema de saúde pública, uma vez que pode acarretar complicações obstétricas, com repercussões para a mãe e o recém-nascido, bem como problemas psicossociais e econômicos”. Também se concorda com Rodrigues (2010, p. 201), que afirma que “a gravidez na adolescência é um fenômeno universal, tendo as suas origens no passado, existe conosco no presente e, se não for prevenida, continuará no futuro”.

Já Júnior e Neto (2004) apontam que, desde o surgimento dos indícios da puberdade, e muito mais na modernidade em decorrência da erotização da infância nos meios de comunicação, as meninas são despertadas para a sexualidade. Contudo, muitas vezes elas não dispõem de orientação por parte da família ou dos educadores, assim como são iniciadas prematuramente na vida sexual, o que faz com que algumas se tornem mães-crianças, “de forma consciente ou inconsciente”.

Pelo parágrafo anterior, pode-se compreender que não se deve negar que a ocorrência da gravidez na atualidade é persistente, porém também se entende que, na grande maioria dos casos, ela não é o padrão recomendável. Todavia, antes de tudo, importa explicar que não se irá demonizar a questão da gravidez na adolescência, pois o intuito não é tecer juízo de valor ao longo das próximas páginas.

Por certo, fuge-se do que Trindade e Menandro (2002), embasados em Lyra (1997), denominam por discurso especializado sobre a gravidez adolescente, que consiste em afirmar que a gravidez sempre é encarada como um problema ou um sério risco à vida futura da adolescente e de seus filhos, e suas consequências são sempre superestimadas: “a mãe adolescente e seus descendentes continuarão na pobreza, obterão salários menores, terão menos tempo de escolarização” (p. 16). Pois, partindo da paráfrase que Pariz *et al.* (2012) fazem de Santos e Schor (2003), pode-se dizer que, ao contrário do que comumente a sociedade e a saúde pública em geral defendem, “a maternidade na adolescência tem se mostrado como uma experiência de vida que também pode trazer significados positivos” (p. 626).

Ainda a esse respeito, como ressaltam Munslinger *et al* (2016, p. 358), “a maternidade na adolescência apresenta diferentes perspectivas, pois os significados

atribuídos a essa vivência dependem do contexto familiar e social em que a adolescente está inserida”. Porém, concepções negativas, reducionistas e preconceituosas sobre a gravidez na adolescência podem ocasionar restrições e implicações conceituais no desenvolvimento de pesquisas e na atuação dos profissionais junto aos adolescentes.

Sem dúvidas, um melhor entendimento das circunstâncias possibilita que os profissionais dos mais diversos segmentos profissionais, por exemplo, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, etc, planejem e executem ações de saúde mais adequadas e eficientes para essa população.

A fim de começar as discussões relativas ao estudo, as categorias analíticas que o embasam teoricamente são: adolescentes, gravidez e desafios. Assim, a partir dessas três categorias, parte-se do ponto mais geral para o mais específico. Inicia-se com a faixa etária a ser trabalhada, passa-se à questão do fenômeno da gravidez, e fecha-se com os efeitos negativos ou não que envolvem o período gestacional nessa faixa etária.

Logo em seguida, a pesquisa divide-se em três capítulos. O capítulo primeiro é dedicado à questão da assistência social e o terceiro setor. Esse é um capítulo no qual se procura inicialmente um embasamento histórico, a fim de mostrar que a política de assistência social sempre trabalhou com entidades sociais.

Como não poderia deixar de ser, serão abordados também, brevemente, o neoliberalismo e a sua influência mundial a partir da década de 1980, especialmente no Brasil. Então, discorrer-se-á a respeito do terceiro setor e das ONG's, assim como de suas origens, definições e estatísticas. O capítulo fecha com uma discussão a respeito dos prós e contras levantados por especialistas no que concerne à participação do Serviço Social nas ONG's.

O segundo capítulo é dedicado a apresentar o CHAMA e o trabalho realizado nessa ONG. Inicialmente, será apresentado o município de Eusébio, onde se localiza o CHAMA, e então serão discutidas as políticas públicas voltadas à questão da gravidez na adolescência desenvolvidas nesse município. Então, abordar-se-ão o CHAMA e o seu trabalho voltado às grávidas em situação de vulnerabilidade social. Por fim, o capítulo fecha falando sobre a equipe de trabalho da instituição, apresentando o quadro laboral e os projetos desenvolvidos.

O capítulo terceiro volta-se, entre tantas, a duas problemáticas encaradas pelas mulheres e adolescentes abrigadas no CHAMA: a questão do casamento de

menores e a questão do uso de drogas. Trata-se de situações que se mostraram bastante recorrentes entre os casos atendidos de grávidas em situação de vulnerabilidade atendidas pela instituição. Mostrar-se-ão dados, estatísticas, embasamento legal e o porquê dessas duas problemáticas serem potencialmente perigosas às adolescentes.

O quarto capítulo tem como assuntos os relatos de experiência de algumas adolescentes e as percepções da equipe multiprofissional sobre o CHAMA, a fim de que se possa mostrar o impacto e a importância desse projeto como política pública não estatal nas vidas das adolescentes grávidas e dos próprios funcionários.

Pois bem, feito todo esse panorama geral do que será abordado nas próximas páginas, passa-se agora à apresentação e discussão das categorias analíticas, a fim de que se possa efetivamente dar início ao trabalho.

2 O NASCIMENTO DA ADOLESCÊNCIA

A respeito da primeira categoria analítica, o vocábulo “adolescência” é proveniente do verbo da língua latina *adolescere*, que significa desenvolver-se, crescer, e também é próximo do verbo *adodlescere*, que significa adoecer. Assim, devido à proximidade entre esses dois termos, segundo Matheus (2007), essa fase é vista como um período de alta fragilidade e de crise.

Na atualidade, para fins de definição, a Organização Mundial de Saúde (OMS) situa a adolescência entre a faixa etária de 10 e 19 anos, enquanto que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) a situa de 12 a 18 anos.

A fim de uma generalização, partindo de Salvadori *et al.* (2002), é possível dizer que a adolescência é um estágio de início e duração variáveis, mas comumente tida como o período entre a infância e a idade adulta. O momento e a extensão variam de uma sociedade para outra, mas normalmente vai de treze a dezoito anos, podendo se estender até os 25 anos, dependendo de certas condições. Já alguns estudos a dividem em três períodos: inicial (dos 11 aos 14 anos), intermediária (dos 14 aos 17 anos) e tardia (dos 17 aos 20 anos).

Entretanto, essas divisões são arbitrárias, e o crescimento e desenvolvimento ocorrem ao longo de uma linha de continuidade que varia de pessoa para pessoa. Pois, como lembram Papalia *et al.* (2013, p. 386), “a adolescência é uma construção social” que, por sua vez, consiste num conceito ou prática que, por ser tão repetido e aceito no contexto sócio-histórico em que está inserido, parece natural, óbvio e não questionado aos que o aceitam.

Mais uma vez recorrendo a Papalia *et al.* (2013, p. 386), fica-se sabendo que a adolescência como conceito sequer existia nas sociedades pré-industriais. As crianças, muitas vezes vistas como adultos em miniatura, passavam a ser reconhecidas efetivamente como adultas ou pelo amadurecimento físico ou quando iniciavam uma profissão. Foi apenas no século XX que a adolescência foi definida como um estágio de vida separado no mundo ocidental.

Desse modo, a adolescência caracteriza-se bem mais por profundas alterações do desenvolvimento biológico, psicológico e social, cujo final se dá quando o adolescente detém as prerrogativas de um adulto. É nesse período que a aparência se transforma em adulta, pelas modificações hormonais da puberdade,

que se dá na rápida aceleração do crescimento esquelético e nos primórdios do desenvolvimento sexual (SALVADORI *et al.*, 2002; PAPALIA *et al.*, 2013).

Cognitivamente, o pensamento também se modifica, fazendo com que o adolescente passe a pensar em termos abstratos, hipotéticos e afetivos, levando a emitir julgamentos morais sofisticados. Contudo, o período é bastante marcado pela ambiguidade de sentimentos e emoções, fazendo da adolescência um período de intenso conflito. Também é na adolescência em que há a formação e a consolidação da personalidade e da identidade sexual, as quais o indivíduo leva para a vida adulta e que, possivelmente, a não ser que ocorra um evento muito drástico, variará muito pouco (SALVADORI *et al.*, 2002; RIBEIRO, 2011; PAPALIA *et al.*, 2013).

Uma distinção também necessária de ser feita é entre puberdade e adolescência. A puberdade é um processo de mudança física, caracterizado pelo desenvolvimento das características sexuais secundárias, no qual o indivíduo atinge a maturidade sexual e a capacidade de reproduzir, enquanto que a adolescência é, grande parte, um processo psicológico de transição no desenvolvimento entre a infância e a vida adulta, que impõe grandes mudanças físicas, cognitivas e psicossociais (SALVADORI *et al.*, 2002; RIBEIRO, 2011; PAPALIA *et al.*, 2013).

Em circunstâncias ideais, os processos de adolescência e puberdade são sincronizados e se desenvolvem até os 18 anos; todavia, não ocorre assim sempre, e cabe ao adolescente lidar com o desequilíbrio gerado e o estresse adicional (SALVADORI *et al.*, 2002; RIBEIRO, 2011; PAPALIA *et al.*, 2013).

2.1 Quando surge a adolescência socialmente

Como já foi informado, ao menos na parte ocidental do mundo, a noção de adolescência é bastante moderna, e foi apenas no século XX que a adolescência foi definida como um estágio de vida separado (PAPALIA *et al.* 2013).

A ideia do que hoje é considerado por adolescência já podia ser pressentida ainda no século XVIII, e estava “associada às novas maneiras de viver no grupo social, em que o indivíduo está inserido”. Ainda que não houvesse o conceito moderno, os indivíduos passaram a se organizar em grupos de jovens, espécie de sociedades temporárias, formadas no âmbito das vilas e dos bairros e destinadas exclusivamente ao público masculino (SCHOEN-FERREIRA *et al.*, 2010).

Porém, essa visão começou a ser efetivamente construída ainda no século XIX. Bocardi (2003) informa que foi no século XIX, quando os burgueses obtiveram condições econômicas suficientes, tanto para não necessitar dos serviços dos filhos quanto para financiar os seus estudos, é que também houve uma diferenciação entre adolescência e infância; porém, só para os rapazes.

Schoen-Ferreira *et al.* (2010, p. 230) apontam que isso ocorreu porque a infância “passou a ser encarada como um momento privilegiado da vida”. Como lembra Frota (2007, p. 148), isso permanece até os dias atuais; pois, no senso comum, existe a compreensão idealizada de que ser criança “resume-se em ser feliz, alegre, despreocupado, ter condições de vida propícias ao seu desenvolvimento, ou seja, a infância é considerada o ‘melhor tempo da vida’”.

Pois bem, nesse período é que a criança deixa de ser encarada como mera posse dos pais e passa a ser identificada como uma pessoa, além de deixarem de ser tratadas como pequenos adultos, embora isso não venha a valer em relação às meninas. Assim, é “nesse momento, a figura do adolescente é delineada com precisão” (SCHOEN-FERREIRA *et al.*, 2010, p. 230). Todavia, isso se deu mais com o intuito de saber, ou pelo menos delimitar, até quando duraria a privilegiada idade da inocência.

Outro fator, segundo Schoen-Ferreira *et al.* (2010, p. 230), que também teve a sua contribuição para forjar o moderno conceito de adolescência, foi a industrialização e conseqüente instituição de sistemas educacionais obrigatórios. O desafio de adaptar a educação, agora obrigatória, às necessidades de cada faixa etária, fez com que a adolescência, finalmente, fosse mais observada. “Pode-se, então, dizer que a adolescência foi conhecida primeiro pelos educadores”.

Ainda segundo Schoen-Ferreira *et al.* (2010, p. 230), foi nesse período que também os parâmetros indicadores de início e fim da adolescência também passaram a ser delineados, embora sejam muito mais sociológicos do que biológicos. Os dos meninos estavam compreendidos “entre a primeira comunhão e o bacharelado”, e os das meninas “da primeira comunhão ao casamento”, embora, nas meninas, essas diferenças pouco ou nada importassem.

Para Bocardi (2003), na realidade, nesse contexto as mulheres estavam excluídas, pois aos 10 anos já eram consideradas como pequenas mulheres, idade na qual começavam a receber uma educação-adestração que as treinava para se comportarem como mães e donas de casa. Além disso, como se verá mais à frente,

elas se casavam por volta dos 12 ou 14 anos. Então, a noção de adolescência não guardava os mesmos significados entre moças e rapazes.

Também é ao longo do século XIX que a adolescência, já socialmente construída como conceito, passa a ser encarada como um momento crítico da existência humana, sendo temida como uma fase de riscos em potencial para o próprio indivíduo e para a sociedade como um todo, em decorrência da possível rebeldia e atrevimento. Fato que alcança o moderno conceito de “aborrescentes”, permeado pela ideia de que a adolescência se configura como um momento em que, naturalmente, o indivíduo torna-se bastante chato, difícil de lidar (FROTA, 2007; SCHOEN-FERREIRA, 2010).

Fazendo uma síntese a partir de Schoen-Ferreira *et al.* (2010), pode-se dizer que, no século XX, as guerras contribuíram para o desenvolvimento da adolescência, e enfim chega-se ao conceito moderno dessa fase.

Antes da I e a II Guerra Mundial, “a literatura enfatizava a indolência, indisciplina e preguiça dos adolescentes”. Durante e após as guerras, os pesquisadores demonstravam e defendiam “a importância do trabalho dos adolescentes para manter a sociedade tal qual eles conheciam” (SCHOEN-FERREIRA *et al.*, 2010, p. 230). Durante a década de 1950, surgiu nos Estados Unidos, grande influência mundial, o fenômeno denominado juventude transviada ou rebelde sem causa, e começou a ser delineada claramente uma consciência etária, por meio da oposição jovem/não-jovem.

Segundo Schoen-Ferreira *et al.*, (2010) os anos 60 inauguraram um novo estilo de mobilização e contestação social, o qual contribuiu para fazer com que a adolescência não somente fosse encarada como uma faixa etária, mas também como uma subcultura. Outro ponto a se destacar na década de 1960 é o surgimento do movimento *hippie* e sua filosofia, assim como a introdução da política nos movimentos estudantis universitários. Embora ambos inicialmente fossem voltados à juventude, seus efeitos logo se propagaram em meio aos adolescentes.

Por certo, concorda-se com Papalia *et al.* (2003), que na atualidade a adolescência tornou-se um fenômeno global, embora, assim como em relação às diferentes gerações, ela também possa assumir formas diferentes em culturas diversas. Isso se dá porque se vive em um mundo cada vez mais globalizado, onde a cada dia mais as fronteiras e as distâncias estão diminuindo, por causa de

invenções como a internet e os meios de comunicação, que permitem a disseminação de informação quase que instantaneamente.

Então, não é surpreendente que comportamentos e construtos sociais comuns em países desenvolvidos sejam vistos e experimentados em países menos desenvolvidos. Assim, como lembram Schoen-Ferreira *et al.* (2010, p. 232), também se vê em escala mundial o fenômeno do prolongamento para que o adolescente venha a ser independente; o que é comum em culturas tecnicamente mais sofisticadas, que “retardam o ingresso do jovem nas estruturas sociais”, pois exige-se cada vez mais “estudos e especialização para ingressar no mercado de trabalho”.

Conseqüentemente, retornando a Papalia *et al.* (2003), na maior parte do mundo, a duração da adolescência, tanto entre meninos e meninas, leva mais tempo e é menos definida nos dias atuais. Embora seu início, muitas vezes ligado a puberdade, esteja ocorrendo mais cedo. Do mesmo modo, o casamento com suas responsabilidades também está começando mais tarde também.

Assim, a situação se tornou mais favorável à mulher, pois a obtenção do direito de estudar, além do prolongamento desse tempo de estudo e o direito a trabalhar fez com que as mulheres vislumbassem também uma carreira profissional além de uma vida matrimonial, o que levou as jovens a buscarem matrimônio muito mais tarde. Além disso, a forte liberação sexual das últimas décadas, também permitiu a não necessidade do casamento, para que a mulher tivesse vida sexual.

2.2 Gravidez

Como já foi possível ver, a adolescência constitui-se uma fase complicada na vida de todo ser humano, pois nem se é mais criança, mas também não se é adulto. Se esse é um período conturbado, torna-se muito mais quando relacionado a uma gravidez, pois, como apontam Monteiro e Vaz (2013, p. 01): “a gravidez nesta faixa etária pode acarretar profundas modificações na vida desta adolescente, especialmente nos aspectos emocionais, educacionais, sociais e econômicos”. E é assim que se começa a discorrer a respeito da segunda categoria analítica.

Porém, nem sempre essa relação foi tão conflituosa. A publicação do Ministério da Saúde – MS (2010), *Sexualidades e saúde reprodutiva*, ressalta que os mecanismos gerados para que as mulheres tenham filhos, cedo ou tarde, variam de sociedade para sociedade. Assim, como lembram Monteiro e Vaz (2013), por muito

tempo a adolescência foi a época da vida ideal para ter um filho. Bocardi (2003), embasada em Felice *et al.* (1986, p. 42), informa que, no início do século passado, a “gravidez precoce era vista como um acontecimento habitual para os padrões culturais e para os costumes vigentes”.

A mesma publicação do MS (2010) acrescenta que, no Brasil do século passado, a faixa etária entre 12 e 18 anos, assim como foi por todo o período histórico anterior, não guardava o caráter de passagem da infância para a vida adulta. Assim, meninas entre 12 e 14 anos estavam aptas para o casamento e, uma vez que a expectativa de vida era relativamente baixa, se não se casassem nessa idade seria problemático para os pais, uma vez que, após os 14 anos, começavam a se tornar velhas para procriar.

Tais fatos não se mostram tão surpreendentes, porque, como destacam Borsa e Feil (2008, p. 04) “historicamente, o papel da maternidade sempre foi construído como o ideal máximo da mulher, caminho da plenitude e realização da feminilidade, associado a um sentido de renúncia e sacrifícios prazerosos”. Uma vez que, aos 12 ou 13 anos, a adolescente já era considerada uma mulher, não mais havia a fazer se não casá-la, a fim de que construísse um novo núcleo familiar.

Desse modo, a construção da identidade feminina, ou seja, do que seria uma mulher, ao longo de toda história, também foi atrelada ao contexto da família, mais especificamente à figura do matrimônio e da maternidade, o que levava a mulher a sempre ser educada socialmente para as tarefas domésticas, para administrar bem seu lar e para cuidar dos filhos e do marido.

Esse quadro se modifica com a entrada da modernidade, como lembram Monteiro e Vaz (2013), pois as diversas redefinições das expectativas sociais depositadas nos jovens nos dias atuais e a possibilidade atual de vivência da sexualidade desvinculada da reprodução fizeram da gravidez uma situação que prejudicava a possibilidade de obtenção de oportunidades pelas adolescentes.

Desse modo, como bem aponta Reis (2007, p. 17), na atualidade, a gestação pode ser acompanhada por vários e ambíguos sentimentos, como: “surpresa, castigo, prêmio, motivação para continuar a viver, realização de um projeto antigo, problemas, estorvo, descuido ou irresponsabilidade”, uma vez que não se pode esperar que todo o processo seja de experiências gratificantes para a mulher. No mesmo trecho, a autora ainda informa que a reação da mulher diante da gestação também se relaciona ao contexto em que ela está inserida, pois “fatores

sociais, econômicos, familiares e a situação conjugal poderão influenciar na resposta da mulher frente à gravidez”.

Certamente, a maioria dessas adolescentes não está preparada emocionalmente, nem tão pouco financeiramente, para a chegada de um filho e, para fugir dessa dura realidade, em que se vê sozinha, comete abortos, abandona os estudos, entrega os bebês para a adoção ou os abandona.

Monteiro *et al.* (2007) afirmam que os motivos que contribuem para o surgimento da gravidez precoce podem estar ligados à ingenuidade, submissão, violência, dificuldades de obter algum método contraceptivo, expectativas de mudança de status social ou outros fatores ligados à subjetividade da adolescente.

Já para Cavasin e Arruda (1999, p. 40), há uma soma de motivos que isoladamente não são suficientes para explicar o fenômeno. Eles existem para além do binômio subversão x desejo, o qual certamente tem sua parcela na questão. Também pode haver o acaso, descuido, ingenuidade, submissão e tantos outros fatores, e a fala de adolescentes grávidas “se refere fortemente ao desejo de ter um filho/a, acreditando que a aquisição do status de mãe pode conduzi-las a uma valorização social”.

Trindade e Menandro (2002, p. 16) evocam um estudo dirigido por Nóbrega (1995), o qual levou em conta o contexto social em que ocorre o fenômeno da gravidez na adolescência e os valores que circulam no grupo social em que acontece. Tal estudo aponta que adolescentes grávidas das classes populares têm a maternidade como papel privilegiado, do mesmo modo que têm como seus planos de vida: “ter uma família, marido e filhos, poder se dedicar aos cuidados da casa, ter seu sustento garantido pelo homem provedor”.

Munslinger *et al.* (2016), em uma pesquisa dirigida pelas próprias autoras, também ressaltam a questão da relação construída e o forte vínculo estabelecido entre mãe e filho, bem como o significado que a criança passa a ter na vida delas. Ainda de acordo com Munslinger *et al.* (2016, p. 361), embora as adolescentes não escodem todas as modificações e dificuldades que tiveram que enfrentar durante a gravidez, elas ressaltam que o nascimento da criança contribuiu para “que se tornassem mais maduras e conscientes das suas responsabilidades no desenvolvimento do filho”.

Em outro extremo, sobre os motivos que levam à gravidez, há também a quebra dos relacionamentos conservadores, a liberdade em demasia, o hábito de

encontros ocasionais ou “o fica”, a falta de uso de preservativos ou métodos contraceptivos, embora se tenha acesso a eles. Volta-se para a questão de que a associação entre conhecimento de métodos contraceptivos e prática do sexo seguro muitas vezes é frágil. Ainda pode-se falar a respeito de fatores como: baixa autoestima, desestruturação familiar, problemas psicológicos, etc.

Assim, existem muitos e variados motivos. A questão do acesso a preservativos talvez seja central nessa problemática. De acordo com o Portal Brasil (2012)¹, o Brasil distribuiu quase meio bilhão de preservativos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A respeito dessa distribuição, o Ministério da Saúde (MS) orienta as secretarias estaduais e municipais de saúde à facilitação do acesso ao preservativo, o qual pode ser conseguido em postos de saúde, hospitais, Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) e escolas, em conjunto com ações pedagógicas do programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE). A fim dessa facilitação, a recomendação é de que não seja exigida nem prescrição médica nem documento de identidade, ou mesmo presença em qualquer tipo de reunião.

Assim, os adolescentes estão tendo maior acesso a preservativos, porém a problemática está em seu uso. Como lembra Taquette (2007), em geral, a atividade sexual na adolescência, frequentemente, é escondida, por questão de o adolescente temer que venha a sofrer alguma represália de ordem física ou por ter iniciado uma vida sexual sem o consentimento dos pais; isso dificulta o uso de medidas de prevenção às DST's. Em muitos casos, a aquisição do preservativo fica a cargo do outro parceiro, que ou não liga em adquiri-lo ou simplesmente não quer.

Outro contraponto é a problemática de que, à medida que os adolescentes vão iniciando laços mais afetivos, passando do estágio de “ficante” para o de namorado, deixam de usar o preservativo em nome do relacionamento ou de uma prova de confiança (BRASIL, 2010).

Além disso, há a problemática de adolescentes que consomem bebidas alcoólicas e/ou outras drogas, o que amplia a possibilidade do ato sexual se realizar sem nenhuma proteção. Uma vez sob o efeito entorpecente da bebida ou da droga, na grande maioria dos casos, o que realmente importa é satisfazer o desejo sexual momentâneo, sem grandes preocupações com doenças ou gravidez.

¹Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/03/saude-distribui-meio-bilhao-de-preservativos>>. Acessado em: 14 de set. de 2017.

Um estudo dirigido por Bertoni *et al.* (2009) com 6.400 adolescentes, todos alunos de escolas públicas do estado de Minas Gerais, apontou que, do total de adolescentes que já haviam iniciado a vida sexual, 24,5% disseram não ter usado preservativo na última relação sexual por confiarem no parceiro; 20,6%, por falta de informação e/ou acesso; 16,7% por não gostarem de usar o preservativo e 4,3% disseram que não o utilizaram porque seus amigos também não o utilizavam e/ou devido a outros motivos que não especificaram.

Somado a tudo isso, sabe-se ainda que o início da atividade sexual está ocorrendo cada vez mais cedo. A pesquisa *Saúde Brasil 2015/2016* ressalta que a atividade sexual comumente se inicia durante a adolescência, e que cerca de um quarto dos adolescentes, com idade média entre 13 e 15 anos, já tinha tido relação sexual. Além disso, afirma que um alto percentual desses não utilizou preservativo ou outro método para evitar gravidez. A mesma pesquisa aponta que, entre adolescentes, as taxas de fecundidade são altas e os índices parecem crescer nessa faixa etária específica.

Assim, impulsionados pela natural curiosidade sobre a sexualidade, a maior parte dos adolescentes tende a iniciar a sua vida sexual precocemente, muitas vezes sem nenhum preparo, planejamento ou informação e, em decorrência disso, também sem a devida atenção à sua proteção e também à do parceiro (MORAES, FERREIRA, 2011; TAQUETTE, 2007).

Certamente, concorda-se com a publicação do MS, *Sexualidades e saúde reprodutiva* (2010), a qual ressalta que a sexualidade “é uma dimensão humana que acompanha a pessoa desde o nascimento até a sua morte” (p. 24). Especialmente no mundo cada vez mais sexualizado, isso se torna cada vez mais verdadeiro. Porém, como o documento ainda ressalta, ter isso em mente possibilita libertar-se da ideia falaciosa e preconceituosa de que idosos e crianças não têm sexualidade e que o exercício da sexualidade está restrito a jovens e adultos/as, uma vez que “a sexualidade tem um sentido muito maior do que apenas a sua função reprodutiva e, por isso, não se limita à fase da vida em que a procriação é mais ‘adequada’”.

O questionamento levantado é se, na atualidade, o exercício da sexualidade não está tendo seu início cada vez mais cedo, e, portanto, não respeitando o ritmo biológico e psicológico de cada indivíduo. Assim, segundo Pariz *et al.* (2012, p. 632), o desenvolvimento se dá muito mais por imposição da sociedade, a qual “leva crianças a adoescerem precocemente e, de forma

semelhante, leva os adolescentes a rapidamente ingressarem na vida adulta mesmo não estando preparados psicologicamente”.

A esse respeito, a publicação do Ministério da Saúde (2010, p. 41), *Sexualidades e saúde reprodutiva*, é mais enfática e afirma que “a gravidez e a maternidade na adolescência rompem com a trajetória tida como ‘natural’ nos dias de hoje: crescer, estudar, trabalhar e casar”. Assim, as duas situações, gravidez e maternidade, converteram-se socialmente como problema e risco a serem evitados.

Entretanto, não ficou apenas nas duas, pois, segundo a mesma publicação do MS (2010, p. 41) a “própria sexualidade dos(as) jovens se vê contrariada pelos projetos que a sociedade lhes impõe, visando a determinados fins”, como, por exemplo, a manutenção da reprodução dentro do marco da família; a necessidade de mão de obra qualificada em condições de participar da sociedade de consumo; contenção da pobreza pela redução de nascimentos, sobretudo quando as mães sejam adolescentes pobres – “pois a pobreza cobra do Estado assistência, políticas públicas de saúde, de educação, de habitação”.

Assim, o estado também adentrou nessa problemática, como se verá mais detalhadamente nas seções seguintes, porque passou a legislar a respeito do tratamento, assim como direitos e deveres, que adolescentes e crianças, de ambos os sexos, podem vir a ter.

2.2.1 Tipos de gravidezes

Antes de seguir em frente, é necessário fazer uma distinção terminológica. Como lembram Rosa *et al.* (2006), embasados em Lima *et al.* (2004), quando há referência à abordagem da gravidez na adolescência, recorre-se a estes três qualificativos: gravidez precoce, não-planejada e não desejada, os quais, embora sejam utilizados quase que como sinônimos, apresentam significados diferentes.

Gravidez precoce denota a ideia de que há uma idade ou uma oportunidade mais adequada para se ter filhos, em que se está em condições ideais de maturidade física e psicológica. Parte-se do pressuposto cronobiológico de condição reprodutiva ideal, mas que não considera as diferenças individuais, de gênero, étnicas, sociais e culturais (ROSA *et al.*, 2006).

Já gravidez não planejada está atrelada à concepção de que os adolescentes devem ter a capacidade de se responsabilizar por seus atos, e a reprodução deve ocorrer apenas quando eles tiverem conquistado outras condições de vida, como o estudo e a vida profissional. Na ideia de gravidez não planejada também se insere a noção de que ela é oriunda de um descuido, inabilidade ou problema no uso de contraceptivos, exigindo do adolescente a antevisão do risco associado ao exercício da vida sexual, mas que não considera as demais dimensões envolvidas nas práticas sexuais (ROSA *et al.*, 2006; GUANABENS *et al.*, 2012).

Tal concepção parece esquecer que a associação entre conhecimento de métodos contraceptivos e prática do sexo seguro muitas vezes é frágil até mesmo entre adultos. O que parece prevalecer nessa concepção é um desejo técnico e externo ao adolescente, em que se tenta exigir dele o planejamento reprodutivo. (ROSA *et al.*, 2006; GUANABENS *et al.*, 2012).

A gravidez tida como não desejada pressupõe que o ato é de responsabilidade dos dois, e que existe uma clara consciência da possibilidade da gravidez no exercício da sexualidade, havendo uma contrariedade às suas aspirações de felicidade daquele momento de sua vida (ROSA *et al.*, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), a saúde sexual é:

[...] a integração dos aspectos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, de maneira a enriquecer positivamente e a melhorar a personalidade, a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor. O propósito dos cuidados da saúde sexual deveria ser o melhoramento da vida e das relações interpessoais, e não meramente orientação e cuidados relacionados à procriação e doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2010, p. 17).

Essa definição ressalta a já referida necessidade que o ser humano tem de ter embasamentos, para que possa dar início a uma efetiva vida sexual; pois, através da integração dos aspectos corporais, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, a personalidade é enriquecida e melhorada, assim como a capacidade de comunicação com outras pessoas e o amor.

Ainda quanto a essa questão, Gomes (2002) *apud* Silva (2011, p. 13), lembra que a vida sexual é formada por fases, “marcadas por fatos que mostram o início e o término de mudanças significativas”. Nas mulheres, essas etapas estão intrinsecamente relacionadas às transformações orgânicas, como, por exemplo, a primeira menstruação, a primeira relação sexual, a primeira gravidez, a última

menstruação (pubarca), e “evidenciam mudanças significativas que podem ser fontes de conflitos, ansiedades e inseguranças”.

2.3 Desafios da gravidez na adolescência

Por fim, chega-se à terceira categoria analítica. Quando se inicia a vida sexual, também se deve ter em mente que a reprodução, ou seja, a geração de uma criança, também é uma possibilidade, além de toda uma série de desafios e problemas relacionados ao assunto. Trazendo ao contexto a vida sexual entre adolescentes, a pesquisa *Saúde Brasil 2015/2016* salienta que os adolescentes apresentam maior risco de resultados negativos do que adultos no campo da sexualidade, devido à sua relativa imaturidade física, emocional e cognitiva.

Assim, comportamentos sexuais para os quais não se tem preparo físico ou psicológico são considerados de risco e levam à iniciação sexual precoce, relações sexuais desprotegidas e alto número de parceiros sexuais entre adolescentes, que por sua vez também têm consequências negativas e mortais, como gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis.

Além disso, muitos olham a gravidez por um viés romantizado, em que normalmente a mãe passa horas inteiras deslizando as mãos pelo ventre. Contudo, Júnior e Neto (2004, p. 25) chamam a atenção “de que a função reprodutiva da mulher a expõe a tensão e risco, durante grande parte da sua vida”.

Desse modo, se em uma mulher adulta a gravidez requer muitos cuidados e acompanhamento por parte da medicina, a fim de que a mesma e o bebê não tenham problemas, tanto no período gestacional quanto no parto, caso essa gravidez ocorra durante a adolescência os cuidados deverão ser redobrados.

Assim, deve-se ter em mente que a vida sexual, do mesmo modo que apresenta prazer, também envolve responsabilidade e riscos, sendo necessário que haja cuidado quanto às saúdes sexual e reprodutiva. A publicação *Sexualidades e saúde reprodutiva* (2010) define a saúde reprodutiva como:

[...] o estado de bem-estar físico, mental e social em todos os aspectos relacionados ao sistema reprodutivo, às suas funções e processos e não à mera ausência de doenças ou enfermidades. A saúde reprodutiva implica que as pessoas sejam capazes de desfrutar uma vida sexual segura e satisfatória, com liberdade para decidir se querem ou não ter filhos(as), o

número de filhos(as) que desejam e em que momento da vida gostariam de tê-los(as) (BRASIL, 2010, p. 17).

Na última parte da citação, destaca-se a questão da liberdade para decidir quando se deve ter ou não filhos. A falta de uma orientação quanto à saúde reprodutiva leva tanto a um alto índice de abortos espontâneos quanto ao de abortos induzidos entre as adolescentes. A prática de abortos também pode ocasionar a morte das mães adolescentes, pois as mesmas, por falta de acompanhamento e informação de uma equipe multidisciplinar da área da saúde, após ingerirem remédios caseiros, chás ou drogas medicinais com forte ação abortiva, podem ir a óbito em decorrência de uma dose maior da que deveriam ter tomado.

De acordo com a publicação *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes* (2004, p. 31), o aborto que se realiza em condições de risco também é “acompanhado de complicações severas”, as quais podem ser ainda mais agravadas pelo “desconhecimento dos sinais” de agravamento e “da demora em procurar os serviços de saúde”, que contam com profissionais realmente capacitados para esse tipo de atendimento. “As complicações imediatas mais frequentes são a perfuração do útero, a hemorragia e a infecção, que podem levar a graus distintos de morbidade e mortalidade”.

Assim, deve haver aos adolescentes, de ambos os sexos, entre outras coisas, orientação, informação, educação, comunicação e serviços de planejamento reprodutivo, ou seja, métodos contraceptivos; cuidados pré-natais, parto seguro e cuidados pós-natais, especialmente amamentação e cuidados para a criança e para a mulher; prevenção e tratamento apropriado da infertilidade; prevenção do aborto inseguro, incluindo prevenção do aborto e atenção às consequências que poderão advir (BRASIL, 2010).

Outro ponto a ressaltar quanto à gravidez na adolescência é o elevado risco que ela traz tanto para a mãe quanto para a criança, uma vez que o corpo da gestante ainda está em desenvolvimento e necessita de nutrientes, os quais serão divididos entre a mãe e o bebê, ocasionando principalmente desnutrição e anemia na mãe e, conseqüentemente, má formação e baixo desenvolvimento na criança. Entre outras conseqüências, pode haver um parto prematuro e a propensão de mãe e filho contraírem doenças. Além disso, Corrêa (1991, p. 381) aponta também efeitos mais graves:

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-pélvica 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.

Yazlle (2006, p. 443) aponta que alguns “autores sustentam a ideia de que, a gravidez pode ser bem tolerada pelas adolescentes”, claro, se cumpridos os cuidados necessários, como “assistência pré-natal adequada, ou seja, precocemente e de forma regular, durante todo o período gestacional”.

Todavia, nem sempre há o extremo cuidado que a condição de grávida demanda, em decorrência de vários fatores, tanto de ordem pessoal quanto estatal, como, por exemplo, a dificuldade de reconhecimento e aceitação da gestação pela jovem ou a dificuldade para o agendamento da consulta inicial do pré-natal.

A gravidez na adolescência indesejada quase sempre é seguida pela necessidade de sua ocultação, muitas vezes até o momento em que já não é mais possível para a adolescente esconder seu estado, o que leva a uma demora na procura pelo serviço de saúde.

Então, em certas situações, a adolescente somente vai buscar o serviço de saúde por ocasião do nascimento do seu filho, gerando tanto insuficiência nos cuidados de pré-natal, quanto surgimento e/ou agravamento de complicações para mãe e filho. Nessa parte, é necessária a atenção, especialmente dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Claro que não se cobra onisciência desses profissionais sobre o que ocorre no território de atuação, porém, profissionais cuja atuação é próxima da comunidade podem gerar uma maior confiança da adolescente para que conte a respeito de uma gravidez não desejada, ou mesmo o profissional atento pode perceber alguma mudança fisiológica na adolescente. Um projeto interessante a esse respeito e que foi implementado no município de Eusébio será abordado mais a frente: o Agente comunitário Adolescente (ASA).

Yazlle (2006) lembra que uma gravidez indesejada também tem efeitos negativos na qualidade de vida das jovens que engravidam, com prejuízo no seu crescimento pessoal e profissional. Munslinger *et al.* (2016) também ressaltam que uma gestação precoce e não planejada muitas vezes apresenta importantes

transformações, com implicações no ambiente familiar, levando a desajuste e impulsionando a família e a adolescente a reorganizarem seus projetos de vida.

O estudo desenvolvido por Monteiro *et al.* (2007, p. 376) também acrescenta que:

(...) a maioria das adolescentes ao revelarem que estão grávidas passa a serem violentada tanto física quanto psicológica. Sentem-se inferiorizadas, culpadas, discriminadas, humilhadas e punidas em seu próprio lar. Marcadas muito mais pela dor dessa violência vir de entes queridos como pai, mãe, irmãos, irmãs e até do próprio parceiro.

Normalmente, entre o pai e mãe da adolescente há brigas sobre quem é o culpado pela gravidez da adolescente, que no fim das contas acaba recaindo sobre a mãe da adolescente, a qual é responsabilizada pelo pai por não ter tido “cuidado” ou “ensinado” direito a filha.

Em casos extremos, o pai da adolescente, que em muitos casos é quem provém o sustento do núcleo familiar, abandona mãe e filha. Quando não, os próprios pais expulsam os adolescentes, que ou vão morar na casa dos pais do outro cônjuge ou de outros parentes, ou mesmo morar na casa de amigos.

A gravidez na adolescência também incorre em problemas sociais, como a evasão escolar e interrupção dos estudos dos pais adolescentes ligada à condição dos mesmos. Assim, como em fatores negativos, como o desinteresse pelo estudo e a inserção precoce no mercado de trabalho, somados à estrutura do sistema educacional, principalmente na rede pública, e que contribuem para a composição de um percurso fragmentado da vida escolar, tanto para mulheres como para homens (DIAS, AQUINO, 2006).

Na maioria dos casos, o agrupamento familiar e social é conveniente com tal evasão, justificando com a necessidade de cuidado e do sustento do filho, especialmente quando surge um novo núcleo familiar. Pode também ocorrer o afastamento do casal de adolescentes do grupo social no qual estão inseridos, em razão da gravidez indesejada, quer por vergonha, quer por medo da reação por parte dos que os rodeiam (DIAS, AQUINO, 2006).

Além disso, a pressão se torna ainda maior para que os adolescentes abandonem os estudos e procurem um emprego ou se dediquem ao lar, quando há a recorrência de uma ou mais gravidezes. Não raramente, na adolescência, segundo Monteiro e Vaz (2013), há a reincidência de uma, ou até mesmo mais de uma

gestação não programada, em pleno processo de capacitação e formação profissional. O que poderá conduzir os jovens, por necessidade de prover a nova família, a desistir dos estudos de vez e ao subemprego.

Ainda sobre a problemática levantada no parágrafo anterior, também se acrescenta a opinião de *Sexualidades e saúde reprodutiva* (2010, p. 41), que embasada em Cavasin e Arruda (2000), também chama a atenção ao fato de que “a gravidez na adolescência, em nosso contexto sociocultural, tem sido vista e tratada como uma questão exclusiva do universo feminino”. Os profissionais que lidam com adolescentes grávidas sabem da veracidade desse fato, pois se espera, certamente, uma resposta do adolescente do sexo masculino quanto à subsistência e ao reconhecimento da criança, porém não passa muito disso.

Como ressaltam Cavasin e Arruda (2000, p. 43) são poucas as agendas que relatam experiências de pais adolescentes². Portanto, pouco se sabe a respeito dessa realidade, a não ser que, via de regra, “nessa história o menino é um personagem com pouca presença e voz, e com pouco poder de decisão”, porém com uma alta cobrança quanto ao sustento e manutenção da criança e da mãe.

Para além da gravidez, também existe o risco das doenças sexualmente transmissíveis entre os adolescentes decorrentes do sexo sem o uso de preservativos. Segundo dados da *Pesquisa Saúde Brasil 2015/2016*, em 2014, foram identificados 18.595 casos de AIDS na população adolescente; 52,2% entre adolescentes do sexo masculino; 69,1% entre os jovens de 17 a 19 anos. Foram registrados 23.607 casos de sífilis em gestantes adolescentes; 93,8% tinham entre 15 e 19 anos. Também foram identificados 14.822 casos de sífilis congênita em menores de 1 ano, filhos de mães adolescentes.

Conseqüentemente, ambos os adolescentes estão vulneráveis a contrair doenças sexualmente transmissíveis, como, por exemplo, AIDS, cancro mole, sífilis etc. Muitas vezes o que causa medo nas pessoas é o HIV, sigla para vírus da imunodeficiência humana e que pode levar à síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), ainda sem cura. Porém, outras doenças sexualmente transmissíveis, quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem levar o adolescente a ter complicações graves, sequelas, como, por exemplo, a

² Para um estudo mais aprofundado, recomenda-se a leitura do TCC de Gabriela Ferreira Moraes e Mayara Varejão Ferreira (2011): *Gravidez na Adolescência: a relação entre maternidade e paternidade frente à questão*, que consta nas referências.

infertilidades feminina e masculina, e até à morte; quando acometem gestantes, podem provocar o abortamento ou fazer com que a criança nasça com graves malformações.

Embora tudo isso, de acordo com informações extraídas do site do Ministério da Saúde (2017)³, os indicadores em relação à gravidez na adolescência mostram-se mais positivos na última década, pois, segundo dados preliminares do Sinasc (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos), do próprio Ministério da Saúde, a gravidez entre adolescentes teve uma redução de 17% no Brasil.

Thereza de Lamare, diretora do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), em participação na notícia do MS (2017), destacou que essa queda no número de adolescentes grávidas é reflexo de fatores como a expansão do programa Saúde da Família, que aproxima os adolescentes dos profissionais de saúde; mais acesso a métodos contraceptivos e ao programa Saúde na Escola, que oferece informação de educação em saúde. Infelizmente, falar de sexo em casa ainda é um grande tabu na nossa sociedade. Embora menor do que há 30 anos, mas ainda um tabu.

Como ressaltam Monteiro *et al.* (2007, p. 374), quanto a essa questão, muitos pais apresentam “enormes dificuldades para tratar da sexualidade dos filhos”, e “transferem este papel educativo a terceiros perpetuando assim esse modelo para muitas gerações”. Ou seja, por causa de “questões culturais, vergonha e preconceitos”, muitos pais “têm dificuldades em dialogar sobre sexualidade com os filhos e, em especial, a filha”.

Além disso, como ressaltam Moraes e Ferreira (2011, p. 34), embora “falar sobre sexo na escola atualmente é imprescindível,” há motivo de tensão de ambos os lados, adolescentes e professores. Isso se dá devido ao fato de que professores que se propõem a falar de sexo correm o risco de serem confrontados por pais que não aprovam o fato dos filhos estarem ouvindo sobre sexo na escola. Assim, manter contato com os pais é indispensável para que a escola cumpra seu papel na sexualidade dos adolescentes. Pois, segundo Moraes e Ferreira (2011, p. 34), “as instituições escola e família juntas são imprescindíveis na educação de um adolescente”.

³ Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>>. Acesso em: 28 set. 2017.

2.3.1 Medidas governamentais, estatais e municipais de prevenção à gravidez

De acordo com o MS (2017), o número de crianças nascidas de mães adolescentes nessa faixa etária representa 18% dos 3 milhões de nascidos vivos no país em 2015. O Ministério da Saúde tem implementado ações para reduzir ainda mais esse percentual, com a divulgação de ações em educação sexual e direitos reprodutivos. Porém, um dado preliminar é preocupante, pois 66% das gravidezes em adolescentes foram apontadas como indesejadas.

Muitas dessas gravidezes são decorrentes de violência sexual, fato que torna a gestação ainda mais preocupante. Embora haja medidas do MS para reduzir os casos de gravidez não planejada, como políticas de educação em saúde e em ações para o planejamento reprodutivo, o alto percentual de gravidezes consideradas como indesejadas demonstram que não se está tendo um controle efetivo da gravidez na adolescência.

Já a *Pesquisa Saúde Brasil 2015/2016* mostra que o uso das boas práticas no que se refere ao parto foi ampliado. Entre os dados destacados pelo MS (2017) está o aumento de 15% de parto normal entre mães adolescentes. Cerca de 70% das adolescentes, entre 10 e 19 anos de idade no ano de 2014, tiveram seus filhos por parto normal, enquanto em 2013 esse percentual foi de 55%.

A pesquisa também demonstra que a lei nº 11.108/2005, que garante às mulheres o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, não têm sido respeitada pelos serviços de saúde, embora o dado tenha apontado melhora. Em 2013, 33% das adolescentes não tiveram acompanhante na hora do parto. Em 2014, esse percentual caiu para 26%.

O Fundo de População das Nações Unidas (do inglês *United Nations Population Fund*, com a sigla UNFPA), organismo da ONU responsável por questões populacionais, elenca alguns princípios para que adolescentes e jovens alcancem seu pleno potencial, e entre eles está: “Garantir o acesso de adolescentes e jovens à informação correta e em linguagem adequada sobre os seus direitos, incluindo o direito à saúde sexual e reprodutiva, bem como o acesso à educação integral em sexualidade” (UNFPA, 2013).

Pois bem, os direitos sociais são conquistas obtidas pela sociedade no século XX. A respeito dos direitos, e também deveres, referentes aos adolescentes, eles estão sintetizados no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA),

regulamentado pela Lei nº 8.609, de 13 de julho de 1990. O artigo 3º do ECA diz que:

A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhes [...] todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhe facultar o desenvolvimento físico, mental, moral espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 2005, p.13).

O UNFPA ainda defende que é necessário:

Investir em políticas, programas e ações que promovam os direitos, a autonomia e o empoderamento de adolescentes e jovens, em especial meninas, em relação ao exercício de sua sexualidade e de sua vida reprodutiva, para que possam tomar decisões voluntárias, sem coerção e sem discriminação (UNFPA, 2013, p. 2).

O governo federal, em resposta a essas necessidades, também tem elaborado políticas públicas e programas que visam assegurar o acesso das gestantes, inclusas as gestantes adolescentes, aos serviços de saúde de forma plena e satisfatória antes, durante e após o parto. Em 1998 foi criado o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), no qual eram colhidos dados de casa em casa pelos agentes comunitários de saúde, a fim de mostrar o número real de adolescentes grávidas e informações a respeito das famílias.

O Ministério da Saúde criou em 2000 o Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PNHPN), instituído através da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, garantindo o acesso das gestantes aos serviços de saúde; à cobertura completa e qualificação do pré-natal, que deve contar com o mínimo de 6 consultas e a realização dos principais exames; ao parto; ao pós-parto; à saúde neonatal; e ao atendimento realizado por profissionais de saúde qualificados. E, em 2005, foi sancionada a Lei federal nº 11.108, de 07 de abril, que garante a presença do acompanhante escolhido pela gestante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto no Sistema Único de Saúde (SUS).

Entre as políticas públicas na proteção das adolescentes grávidas no município de Eusébio, destaca-se o projeto Agente de Saúde Adolescente (ASA), realizado pela Prefeitura de Eusébio, através das Secretarias de Educação e Saúde. O projeto foi criado em 2011 e tem como finalidade o esclarecimento sobre sexualidade, drogas e violência para alunos do próprio município. Tal proposta torna

o diálogo mais fácil e aberto, devido à abordagem ser feita de adolescente para adolescente, o que possibilita a criação de um elo de confiança (EUSÉBIO, 2013).

Há também a possibilidade dos participantes atuarem como elo entre a comunidade, a escola e a unidade de Saúde. Pois, através da conscientização no dia-a-dia estudantil, eles ajudam na ampliação da frequência de seus pares à unidade de saúde e na maior participação das famílias em atividades relacionadas com os adolescentes na escola e na unidade de saúde (EUSÉBIO, 2015).

O projeto funciona do seguinte modo: em uma ação conjunta, as escolas encaminham os adolescentes ao atendimento nos postos de saúde. Lembra-se que de nenhum modo há coação ou obrigação para que os alunos vão à unidade de saúde, busca-se muito mais conscientizar aos alunos sobre a importância da prevenção na saúde, ou seja, não é necessário que se esteja doente para que se busque orientação médica.

Assim, enquanto os adolescentes aguardam o atendimento médico, são abordados por dois adolescentes do projeto e participam de atividades educativas, além de receberem informações sobre atendimentos, exames, prevenção de DST/AIDS e a gravidez na adolescência.

A respeito dessas visitas das duplas do ASA, elas são realizadas semanalmente a uma unidade de saúde municipal, a qual a dupla está vinculada. Essas visitas estão dentro do cronograma dos postos que possuem dias específicos, nos quais o atendimento é voltado para o atendimento da população adolescente (EUSÉBIO, 2015).

Embora o carro-chefe do programa seja o atendimento nas unidades de saúde, o trabalho do ASA não fica restrito apenas a elas, pois também há a participação e o treinamento de alunos que participam das oficinas de capacitação do projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) (EUSÉBIO, 2015).

Porém, a participação do agente de saúde adolescente não se dá de qualquer modo, pois antes de começar a atuar no projeto, ele participa de uma formação proporcionada por técnicos da secretaria de Educação e de Saúde, na qual recebe informações relevantes sobre saúde e habilidades de comunicação (EUSÉBIO, 2015).

O projeto, reconhecido pela UNICEF, ao longo do tempo vem recebendo reconhecimento, tanto nacional quanto internacional. A Prefeitura de Eusébio apresentou, em novembro de 2013, o ASA, durante a reunião extraordinária da

Associação dos Prefeitos do Ceará (Aprece), realizada no auditório da FIEC (Federação das Indústrias do Estado do Ceará) (EUSÉBIO, 2013).

Já em 2014, o projeto também participou da IV Mostra Nacional de Experiências em Atenção Básica de Saúde da Família, que ocorreu em Brasília. O município apresentou e discutiu a experiência de implementação da Caderneta de Saúde do Adolescente, a convite do Ministério da Saúde, como uma experiência exitosa em ação básica de saúde. O diferencial do Eusébio, com relação aos demais municípios, foi a utilização experiência exitosa do programa Agentes de Saúde Adolescentes – ASA, nesta ação (EUSÉBIO, 2014).

Em 2015, o projeto ASA foi destaque no relatório anual da Unicef de 2015, pois o relatório “*For every child, a fair chance: The promise of equity*”⁴, retrata o exemplo e conta a trajetória do ASA Rodrigo Xavier, que faz parte do ASA desde os 15 anos, e aos 18 anos já é um veterano na área de saúde, ao trabalhar para ajudar a prevenir a infecção pelo HIV entre adolescentes em risco no Eusébio⁵.

Embora todas essas medidas representem importantes avanços quanto à questão do cuidado e atenção à mulher gestante, o apoio à família também é muito importante durante todo o processo da gravidez.

A família é a base que poderá proporcionar a compreensão, o afeto, o diálogo e o auxílio para as gestantes e os recém-nascidos. Ponto defendido também entre os princípios da UNFPA (2013), que objetiva: “Envolver as famílias, comunidades, serviços e profissionais de saúde na resposta adequada às necessidades e demandas de adolescentes e jovens, incluindo aquelas relacionadas à saúde sexual e reprodutiva”.

⁴ Para cada criança, uma chance justa: a promessa de equidade (tradução nossa).

⁵ Ressalta-se que, no relatório da UNICEF, a cidade mencionada é Fortaleza e não Eusébio.

3 A POLÍTICA PÚBLICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O TERCEIRO SETOR

Apesar das muitas críticas sobre a relação entre a assistência social e o terceiro setor, sabe-se que essa é bastante antiga. Por isso, é necessário discorrer um pouco sobre essa relação, a fim de que seja possível saber de que estado de coisas ela veio e em qual se encontra neste momento.

Por certo, este trabalho não se propõe a tecer juízo de valores extremos, nem negativos nem positivos. Pois, entende-se que em determinados momentos o Estado, que certamente deve ser regra nas políticas públicas, não consegue atender a todas as demandas sociais impostas pelo cotidiano; daí o setor privado entra com sua capacidade localizada de atender determinada demanda. Por outro lado, as entidades e instituições sociais acabam tendo que recorrer às políticas públicas estatais, a fim de atender às demandas sociais que se apresentam. Assim, em muitos casos, um complementa ao outro.

Pois bem, Teixeira e Campos (2016) ressaltam que até 1988 “a assistência social não era prevista constitucionalmente como um direito, sendo prestada de forma assistencialista e seletiva, direcionada aos pobres e miseráveis”. Como bem nos lembra Paula (2013, p. 98)⁶. “Toda a história da Assistência Social no país foi construída sob a primazia de entidades filantrópicas que atuam sob o signo da benemerência e da caridade”.

Silva (2008, p. 45) resalta essa visão ao dizer que “historicamente, o Serviço Social sempre trabalhou com entidades sociais e que a presença do setor filantrópico é uma constante no trabalho social, especialmente na Assistência Social. Como podemos observar desde o surgimento da profissão”.

Porém, esse paradigma começou a ser quebrado com a constituição de 1988, pois a Assistência Social passou a ser considerada como política pública, de responsabilidade do Estado, e a compor um dos vértices do tripé da seguridade social: Saúde, Assistência Social e Previdência; assim como da aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Duas consequências e inovações diretas da LOAS foram o Sistema Único da Assistência Social, 2005 (SUAS) e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), de 2004. Desse modo, concorda-se com Couto *et al.* (2010, p. 34) que:

⁶ Todas as citações diretas deste parágrafo estão contidas nesse trecho.

(...) a LOAS inovou ao apresentar novo desenho institucional para a assistência social, ao afirmar seu caráter de direito não contributivo, (portanto, não vinculado a qualquer tipo de contribuição prévia), ao apontar a necessária integração entre o econômico e o social, a centralidade do Estado na universalização e garantia de direitos e de acessos a serviços sociais e com a participação da população. Inovou também ao propor o controle da sociedade na formulação, gestão e execução das políticas assistenciais e indicar caminhos alternativos para a instituição de outros parâmetros de negociação de interesses e direitos de seus usuários. Parâmetros que trazem a marca do debate ampliado e da deliberação pública, ou seja, da cidadania e da democracia.

Porém, até que houvesse uma efetivação do SUAS e da PNAS, ambos previstos na LOAS (1993), certamente transcorreram longos anos e alguns governos sob a égide do neoliberalismo e seu estado mínimo.

3.1 Neoliberalismo

Quando se fala de ONG ou terceiro setor, é quase impossível não mencionar a questão do neoliberalismo. Alencar (2009, p. 06), com uma síntese sobre os anos 90, ensina que, desde o início dessa década, o Brasil aderiu fortemente ao modelo neoliberal, o que causou “a inserção da economia numa ordem globalizada, a privatização do Estado, a redução dos gastos sociais” que, por sua vez, desenvolveu “políticas econômicas com impactos negativos sobre as condições estruturais da produção e do mercado de trabalho”.

Desse modo, Alencar (2009, p. 06) afirma que foram alteradas também as relações entre o Estado e a sociedade, pois o Estado deixou de ser “promotor e articulador do desenvolvimento econômico e social, tornando-se um agente estimulador do grande capital, por meio do fortalecimento da autorregulação do mercado”.

Ainda segundo Alencar (2009, p. 6-7), nos argumentos defendidos e levantados pelos neoliberais, o Estado torna-se apenas “regulador e gestor”, o que implica numa redução da ação estatal nas mais diversas esferas, especialmente no que concerne aos serviços sociais, uma redução também denominada por estado mínimo. Assim, “No plano social, observou-se a conseqüente redução do tamanho do Estado e do seu âmbito de atuação, comprometendo as políticas sociais”.

Além de se propor como regulador e gestor, o Estado também alega que sozinho não pode promover e articular, e que há seguimentos sociais da sociedade civil que estão melhores preparadas para responder às demandas do

desenvolvimento. Por isso, também há uma transferência de considerável parcela de serviços sociais para a sociedade civil que queira executá-los, quer seja com a saúde, com a educação, com a previdência ou com a assistência social.

Assim, como lembra Alencar (2009), os serviços sociais são transferidos para a sociedade civil, sob as mais diversas alegações, como, por exemplo, autonomia, solidariedade, parceria e democracia. Como dirá a própria Alencar (2009, p. 07), “na verdade, está-se diante da desresponsabilização do Estado e do Capital com as respostas da ‘questão social’”.

Alencar (2009, p. 07) ressalta ainda que ocorre com esse deslocamento de responsabilidades o retorno de “práticas tradicionais no que se refere ao trato das contradições sociais no verdadeiro processo de refilantropização da questão social”, assim como a fragmentação dos direitos sociais.

3.2 O terceiro setor e as ONG's

Segundo Silva (2008), o termo terceiro setor, de origem norte-americana, surge como conceito consolidado nos Estados Unidos no fim da década de 1970; pois, como lembram Calegare e Júnior (2009, p. 132), “a história americana sempre foi marcada pela filantropia e pelas associações voluntárias”. A mesma Silva aponta que, no Brasil, o termo surge através da Fundação Roberto Marinho.

Silva (2008, p. 45) ressalta que “com a expansão do ideário neoliberal e o afastamento do Estado de sua responsabilidade social, abre-se uma cisão no atendimento à população e, assim, entra em cena um novo ator: o ‘terceiro setor’”. A mesma autora também ressalta que, com isso, surgiram algumas possibilidades de trabalho ao assistente social.

Enquanto Silva (2008) considera o conceito “terceiro setor” frágil, e embora não concorde com o termo, utiliza-o pelo sentido já disseminado entre as pessoas. Calegare e Júnior (2009, p. 137) lembram que são “as múltiplas formas institucionais que o compõe” e que há “A gama de termos utilizados para justificar a inspiração do mesmo (como caridade, filantropia, assistencialismo, mecenato, ativismo social empresarial – todos “privados”)”. Tudo isso leva a uma indefinição conceitual.

Segundo Alencar (2009), o terceiro setor está situado entre o Estado (público), também denominado primeiro setor, e o Mercado (privado), também

denominado segundo setor, em que se acham inseridas diversas entidades e organizações de assistência social. Falconer (1999, p. 04 *apud* Calegare e Júnior, 2009, p. 137) afirma que:

o termo terceiro setor, no uso corrente, é usado para se referir à ação social das empresas, ao trabalho voluntário de cidadãos, às organizações do poder público privatizadas na forma de fundações e 'organizações sociais'. Mais do que um conceito rigoroso ou um modelo solidamente fundamentado em teoria – organizacional, política ou sociológica – terceiro setor, no Brasil, é uma idéia-força, um espaço mobilizador de reflexão, de recursos e, sobretudo, de ação.

De acordo com o art. 3º da LOAS podem ser consideradas entidades e organizações de assistência social “aquelas sem fins lucrativos que, isolada ou cumulativamente, prestam atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta Lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de direitos”, como, por exemplo, organizações não governamentais (ONGs), fundações empresariais, instituições filantrópicas, atividades do voluntariado, igrejas, clubes, associações de moradores, sindicatos e etc.

Já Alencar (2009, p. 08) assim sintetiza o denominado terceiro setor:

Consideram-se entidades de fins públicos de origem diversa (estatal e social) e de natureza distinta (privada e pública). O “terceiro setor” é considerado um setor “não-governamental”, “não-lucrativo” e “esfera pública não-estatal” materializado pelo conjunto de “organizações da sociedade civil consideradas de interesse público”.

De acordo com os dados mais recentes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁷, em 2010, havia 290,7 mil Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos (FASFIL) no Brasil, voltadas, predominantemente, à religião (28,5%), associações patronais e profissionais (15,5%) e ao desenvolvimento e defesa de direitos (14,6%). As áreas de saúde, educação, pesquisa e assistência social (políticas governamentais) totalizavam 54,1 mil entidades (18,6%).

O mesmo estudo apontou que nessas instituições, 72,2% não possuíam um empregado formalizado, apoiando-se em trabalho voluntário e prestação de

⁷ Dados extraído do estudo Perfil das Fundações Privadas e Associações sem Fins Lucrativos em 2010, realizado pela primeira vez em 2002, resultado da parceria do IBGE e outras entidades. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14326-asi-fasfil-2010-associacoes-sem-fins-lucrativos-tem-percentual-maior-de-empregados-com-nivel-superior-que-a-media-nacional.html>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

serviços autônomos. Nas demais, estavam empregadas, em 2010, 2,1 milhões de pessoas. Isso de algum modo é preocupante, porque, embora ONG's e outros serviços do tipo estejam embasados na filantropia e no voluntariado, demonstra que de algum modo está-se diante de uma exagerada flexibilização e redução de gastos, bem a gosto capitalista, das normas trabalhistas.

Tais flexibilização e redução, contudo, não são tão solidárias ao trabalhador assim, pois, conforme nos diz Netto (2010, p. 149):

A diminuição nos gastos públicos que tem sido levada a efeito atinge especialmente a prestação dos serviços nas políticas sociais, numa tendência de refilantropização das manifestações da questão social. A transferência da responsabilidade pública para a sociedade civil vem envolta no discurso da solidariedade humana, mas que não apresenta qualquer solidariedade social com o trabalhador, através do pagamento de salários dignos e de proteção social.

Voltando ao estudo, ele também aponta uma feminilização nas FASFIL, pois as mulheres respondiam por 62,9% das ocupações assalariadas. É nas áreas da saúde (73,5% de mulheres) e da assistência social (71,7%) que a presença feminina é maior. Porém, a remuneração média das mulheres equivalia a 75,2% da remuneração média dos homens.

Internacionalmente, Calegare e Júnior (2009) nos lembram que, antes da Segunda Guerra Mundial, já havia organismos de ajuda precursores das modernas ONGs. Porém, foi no pós-guerra que a ajuda internacional proveniente dos setores sem fins lucrativos ganhou força, uma vez que houve uma crescente participação das ONGs no cenário internacional. Consequentemente, as ações dessas organizações passaram a ter maior espaço, reconhecimento, credibilidade e influências no cenário e políticas internacionais.

Já no Brasil, ainda de acordo com Calegare e Júnior (2009, p. 136), o termo ganhou especial relevo a partir da conferência Rio-92, junto a outros termos, “como desenvolvimento sustentável e outros que remetessem à participação social em torno da temática do desenvolvimento”. Entretanto, foi somente a partir da década de 1970 que passou a fazer parte do universo brasileiro. Com efeito, o termo ONG foi adotado no Brasil “mais por influência dos financiadores internacionais do que por uma tendência espontânea das organizações” (FISCHER; FALCONER, 1998, p. 14 *apud* CALEGARE; JÚNIOR, 2009, p. 36).

Ainda segundo Calegare e Júnior (2009, p. 136), outro motivo que garantiu a participação e crescimento das ONGs, especialmente no final da década de 1980, foi o status que esse segmento não governamental ganhou como uma clara oposição ao regime ditatorial entre as décadas de 1960 e 1980, passando a sinalizar um “novo espaço de participação cidadã”, em que supostamente haveria fortalecimento da sociedade civil.

Contudo, muito mais do que um segmento não governamental, o termo ONG passou a ser um intermediário para um novo espaço, que com o transcorrer do tempo veio a ser o precursor daquele que favoreceria à emergência do Terceiro Setor. Por fim, como já visto, o terceiro setor acabou absorvendo o termo ONG (CALEGARE; JÚNIOR, 2009).

3.3 Prós e contras do Serviço Social nas ONG's

Já se abordou a respeito da política de assistência social e o terceiro setor. Neste momento, vai-se abordar a inserção no terceiro de um profissional fortemente relacionado à Assistência Social: o assistente social.

Em nome de uma imparcialidade neste trabalho, é necessário que se relate que há muitas críticas a respeito do crescimento do serviço social no terceiro setor na últimas décadas, até previsíveis pelo que já foi visto até aqui. Embora a LOAS preveja no seu Art. 6º-B. a ação integrada e direta das proteções sociais ofertadas pela rede socioassistencial entre entes públicos e/ou pelas entidades e organizações de assistência social vinculadas ao SUAS, respeitadas as especificidades de cada ação (BRASIL, 1993).

De acordo com Netto (2010, p. 181):

(...) é importante observar que a proliferação de demanda do Serviço Social nesses locais está dentro de uma estratégia de desmonte das instituições públicas, com o Estado delegando à sociedade civil o cumprimento do que deveria ser atendimento universalizante, deixando a cargo das ONGs o acesso a pequena parcela da população que necessita dos serviços.

Silva (2008, p. 52) nos lembra que “o projeto neoliberal encontrou no ‘terceiro setor’ uma forma de responder às carências deixadas pelo Estado no atendimento às políticas básicas”. Decorrente da já referida possível falta de

fiscalização estatal, a população pode vir a receber atendimentos paliativos e pontuais, agravados pela baixa qualidade e falta de resolutividade em longo prazo.

A já vista ação do neoliberalismo nas políticas sociais e a consequente desresponsabilização do Estado e do Capital levou, como lembra Netto (2010, p. 181) a uma mudança, nas últimas décadas, também “na relação entre o Estado e as empresas de fins lucrativos e as organizações sociais não governamentais sem finalidade econômica”. Embora na teoria o terceiro setor apareça como parceiro do Estado, numa relação movida pela autonomia, solidariedade, parceria e democracia e que buscaria complementar serviços e atividades; ao mesmo tempo, dependem da intervenção estatal “para a sobrevivência, seja na forma direta de subvenções, seja na forma indireta, através de concessões tributárias e outros mecanismos da economia para seu favorecimento”.

Assim, concorda-se com Silva (2008, p. 54), que efetivamente “não existe uma parceria entre o Estado e a sociedade civil”, não nos moldes que se tem na modernidade. O que há na verdade é um contrato no qual o Estado repassa uma determinada verba às instituições, para que elas prestem o serviço à população.

As implicações disso vão desde a falta de qualquer acompanhamento ou avaliação desses serviços até corrupção, através de desvio de verbas e superfaturamento de serviços. Mais uma vez se reforça a questão de que o Estado minimiza suas responsabilidades e contrata a sociedade civil para executá-la.

Silva (2011, p. 06), embasada em Montaño (2007), lembra que, a respeito do financiamento estatal a atividades desenvolvidas por instituições do terceiro setor, é relevante o que ocorreu na gestão do governo de Fernando Henrique Cardoso, popularmente conhecido como FHC (1995 – 2003). Nesse governo, fortemente marcado pelo neoliberalismo, houve grandes investimentos do Estado nessa área. Embora se alegue que apenas se seguia o que constava na LOAS, em especial no Art. 6º-B., é gritante o fato que governo fez grande investimento no programa Comunidade Solidária, que coincidentemente era dirigido pela ex-primeira dama, “desviando dessa forma recursos de atividades de responsabilidade estatal para o terceiro setor”.

O parágrafo anterior no leva a uma problemática levantada por Montaño, (2003, p. 57) *apud* Netto (2010, p. 186-187):

O Estado, ao estabelecer “parceria” com determinada ONG e não com outra, ao financiar uma, e não outra, ou ao destinar recursos a um projeto e não a outro, está certamente desenvolvendo uma tarefa seletiva, dentro e a partir da política governamental, o que leva tendencialmente à presença e permanência de certas ONGs e não outras, e determinados projetos e não outros – aqueles selecionados pelo(s) governo(s).

A questão levantada aqui é quais os critérios que um governo leva em conta, a fim de que apoie esta ou aquela ONG? Essa escolha está atrelada a ideologias do governo ou às demandas apresentadas pela sociedade.

Outra influência do neoliberalismo, de acordo com Silva (2008, p. 51), é a valorização e, conseqüente adoção, da política empresarial, ou do “modo capitalista de pensar”, em setores públicos e instituições sociais. Na prática, isso faz com que a questão da assistência social seja deixada de lado, ante a necessidade de se adequar “às exigências de qualidade do mercado”, como se entidades e organizações de assistência social “fossem as empresas lucrativas, buscando os tão desejados selos de qualidade e certificações, pois, com isso, angariam respeito e notoriedade, tornando mais fácil conseguir parcerias privadas”.

Outro risco está ligado à perda da noção da política de Assistência Social como direito, a qual passaria a ter um critério cada vez menos universal e mais seletivo. Pensando empresarialmente, então, haveria públicos específicos a serem atendidos. Por exemplo, numa ação de distribuição de leite integral, quem seriam beneficiados: todos que buscassem através do leite uma vida mais saudável ou apenas aqueles dentro dos pré-requisitos alavancados pela ONG (NETTO, 2010).

Certamente, haveria ainda muitas outras críticas, porém concorda-se com Silva (2008, p. 54) que não se pode desconsiderar “que existam necessidades emergenciais à população e, enquanto não conseguimos concretizar nossa luta, as ações citadas possuem sua importância”. Assim, as críticas têm fundamentação e razão de ser, porém é muito fácil condenar algo sem apresentar uma alternativa viável. Por mais que seja desejada uma melhoria na Assistência Social como política pública, para que ela esteja pautada na universalidade e seja um efetivo direito, é inegável que há demandas sociais urgentes que necessitam ser atendidas.

Tais demandas, segundo Silva (2008, p. 54), explicam o porquê de os assistentes sociais, ainda que “com práticas comprometidas e engajamento político”, colocarem à disposição dessas instituições sua força de trabalho, “utilizando verbas

que provêm de parcerias com empresas privadas”, e ainda assim “conseguirem implementar um trabalho que visa ao resgate dos direitos cidadãos”.

O assistente Social, na luta pela efetivação dos direitos sociais, segundo Silva (2008) e Lobo (2013), também pode exercer importante papel dentro de ONG's, já que pode superar a visão limitada da realidade em que está inserido, para que haja a emancipação do sujeito e a sua inserção no aparato estatal.

Portanto, o assistente social ganha relevo nesta tensão. É necessário que, através das suas reflexão e análise crítica, o profissional do Serviço Social tenha em mente que antes de ser um funcionário do terceiro setor, ele é um assistente social. De modo que, o seu compromisso, antes de ser com a instituição, deve ser com a sua classe profissional e, acima de tudo, com a classe trabalhadora, para quem deve colocar à disposição seus conhecimentos teórico-metodológicos, técnico-operativos e ético-políticos.

Além disso, também deve lembrar que o seu trabalho é orientado por um projeto ético-político explicitado em documentos, como, por exemplo, o Código de Ética Profissional (CFESS 273/93), que norteia o exercício profissional. Assim, uma vez que o profissional venha a identificar alguma problemática social que ultrapasse a capacidade da entidade de Assistência Social, pode encaminhar o atendido até políticas públicas estatais, através de informações, encaminhamentos e outros meios. Desse modo, fornece meios ao usuário para que ele tenha um maior exercício da sua cidadania e reflita sobre o enfrentamento dos conflitos sociais.

Outra questão a se levantar, retomando a fala de Paula (2013, p. 97), é que enquanto que a história da Assistência Social no Brasil está alicerçada sob “primazia de entidades filantrópicas” guiadas pela “benemerência” e pela “caridade”, já se viu que o SUAS e a PNAS têm pouco mais de uma década. É um raciocínio simples perceber que não é de uma hora para outra que o Estado ganhará centralidade na universalização e garantia de direitos e de acessos a serviços sociais e com a participação popular. Assim, entidades como as ONG's existem e possivelmente continuarão a existir com menor ou maior participação.

Ainda segundo Paula (2013, p. 97-98) o desafio não significa suplantar o público pelo privado, mas “estruturar uma rede de serviços socioassistenciais que integre público e privado em torno de objetivos comuns”. Ou seja, “significa a imposição do desafio de se estabelecer papéis claros, em conformidade às

“funções” históricas de cada organismo no contexto do aprofundamento da democratização do Estado brasileiro”.

Assim como Silva (2008), reconhece-se também a importância do atendimento realizado pelas entidades de terceiro setor. Em muitos casos, o atendimento prestado por tais entidades e organizações só pode ser encontrado ali, por exemplo, o modo de trabalhar do CHAMA que atende mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade é único no estado do Ceará.

Lobo (2013, p. 09), embora se referindo a uma associação em particular de saúde, também aponta algo que bem pode ser levado a termos mais gerais, que é o fato de que “a instituição alcança o objetivo ao qual se dispõe, que é colaborar com a melhoria da condição de saúde da população a qual ela atende”. A mesma autora aponta que “100% das entrevistadas relataram facilidade na adesão ao tratamento, melhora na saúde e a não internação/reinternação”.

Há ressalvas quanto a esse assunto, pois entidades e organizações de assistência social, de fato, apresentam bons índices de efetividade; porém, lidam com parcelas reduzidas da população, muitas vezes, a nível municipal. Além disso, a bandeira da maior eficiência do setor privado também é levantada para que haja a completa privatização ou terceirização das políticas públicas de Assistência Social⁸.

Como lembra Silva (2008, p. 146), o terceiro setor não pode tornar-se “saída para tudo, pois os problemas sociais ou das outras áreas têm sua raiz na estrutura do sistema capitalista”. Sem dúvidas, o atendimento prestado nas entidades do terceiro setor pode se converter em exemplos a serem copiados e multiplicados pelo Estado. Contudo, as ações desenvolvidas devem ser a representação minimizada das políticas públicas e não a própria política pública privatizada ou a solução ao afastamento do Estado.

Ainda segundo Silva (2008, p. 146), não se pode haver a ideia, por exemplo, de que se o Estado realizou o repasse de verbas, então, espera-se das entidades “uma cobertura e amplitude que sua natureza não permite”. Certamente,

⁸ Embasados em Lima (2012, p. 51), entende-se que a Política Pública não está restrita apenas a ação estatal, havendo políticas públicas estatais e não estatais, havendo momentos históricos em que ambas convivem ou uma suplanta a outra. Assim, situa-se na abordagem multicêntrica, para a qual “o importante não é quem formula a política, que pode ser qualquer um, mas a origem do problema a ser enfrentado, esta é a sua caracterização fundamental. Assim uma política recebe o adjetivo de “pública” se o problema que tenta enfrentar é público”. Para um melhor entendimento dessa questão, cf. Lima (2012) que consta nas referências bibliográficas.

“não é possível e nem justo encarregá-las deste papel”. Pois se isso ocorre, de que modo há o alinhamento das ações privadas com as políticas públicas estatais?

Desse modo, o resultado do Estado que se exime do seu papel e das entidades e organizações de assistência social, movidas pelo ideário capitalista, é a sobrecarga das instituições e a queda na qualidade e a descontinuidade nos atendimentos (SILVA, 2008).

4 CENTRO HUMANITÁRIO DE AMPARO À MATERNIDADE (CHAMA)

4.1 O Município de Eusébio

Neste momento, delinear-se-á em algumas linhas uma apresentação a respeito do município em que se encontra instalado e funcionando o CHAMA. O município de Eusébio está localizado na região metropolitana de Fortaleza, e faz fronteira com os municípios de Fortaleza, Aquiraz e Itaitinga, além de possuir acessos rodoviários para as BRs 116 e 222, pelo anel viário e pela CE-040⁹.

O município vem se consolidando pelo seu desenvolvimento social e econômico, atraindo principalmente empresas da área de construção civil, comércio e serviços. Em 2014, o município tinha um PIB per capita de R\$ 49426.57. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 1 de 184. Já na comparação com cidades do Brasil todo, sua colocação era de 233 de 5570. Em 2015, tinha 54.3% do seu orçamento proveniente de fontes externas. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), em 2010, era de 0,701. A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 3.69 para 1.000 nascidos vivos

As escolas municipais contam com tempo integral, com atividades divididas entre a educação formal e a complementar, com esporte, lazer, cultura e reforço escolar. Na Saúde, foi criada uma rede completa, desde as Unidades Básicas, em 17 localidades, um Hospital de média complexidade, uma Policlínica de Especialidades Médicas, com 12 especialidades, um Centro de Especialidades Odontológicas, um Centro de Atenção Psicossocial, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), dentre outros equipamentos.

O município também administra o maior projeto de distribuição de renda do Ceará, o Renda Mínima. O benefício complementa os já recebidos do Governo Federal e é garantido pela dedicação do beneficiário de 100 horas de serviço voluntário, manutenção dos filhos na escola e direcionamento de 40% do valor do benefício para compra de alimentação no próprio município.

⁹ Dados extraídos de: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/eusebio/panorama>> e <http://www.eusebio.ce.gov.br/pagina_simples.php?titulo=Conhe%C3%A7a%20o%20Eus%C3%A9bio&pagina=cidade_conheca_eusebio>. Acesso em: 06 out. 2017.

4.2 O CHAMA

A instituição na qual foi possível realizar o estágio de Assistência Social se denomina Centro Humanitário de Amparo à Maternidade (CHAMA), e é uma instituição civil sem fins lucrativos situada no município de Eusébio, Ceará. Fundada em 10 de dezembro de 2011, a instituição nasceu de outra organização, por nome Vivenciar, a qual era uma comunidade terapêutica que atendia mulheres dependentes químicas.

Inicialmente, a promoção à saúde e ao autocuidado assistido no ciclo da gestação foi o marco conceitual e prático que levou a equipe do CHAMA a fazer visitas, orientações e apoio junto aos serviços básicos de saúde e assistência social, o que proporcionou a compreensão da amplitude dos problemas e evidências referentes ao mundo real das mulheres que enfrentam diversos obstáculos na fase gestacional. Durante esse período, foi idealizada a construção de um espaço para o acolhimento humanizado, com localização no município do Eusébio.

Esse espaço, a casa de acolhimento, onde atualmente se realizam as atividades de atendimento às gestantes e seus bebês, foi inaugurado em 2015, uma iniciativa inovadora no estado do Ceará. Desde a sua fundação, já foram atendidas e acolhidas 18 gestantes.

O centro objetiva o acolhimento, a proteção, o suporte emergencial e o acompanhamento da maternidade, tendo por público-alvo gestantes em situação de vulnerabilidade social ou suscetíveis de vários agravos relacionados ao uso/abuso de substâncias psicoativas, a fim de que seja garantido o direito à vida, através da preservação de uma gestação plena e sadia, por meio da redução de danos; proteção à maternidade; valorização do vínculo mãe e filho, restabelecimento dos vínculos familiar e comunitário; reinserção e promoção social; desenvolvimento de potencialidades, através de projetos de qualificação. E com esse fim, dispõe de uma infraestrutura confortável às mães e seus bebês, alimentação, higiene, acompanhamento pré-natal, atendimento psicossocial, cursos, capacitação e uma programação diária para compor a rotina das gestantes e parturientes.

Podem pedir auxílio ou serem encaminhadas — pela Rede de Saúde Pública, Postos de Saúde, Serviços de Assistência Social e Maternidades ou indicadas por qualquer pessoa — gestantes de qualquer faixa etária e tempo gestacional, acompanhadas de filhos pequenos (até seis anos) ou não, não importa

qual o endereço de moradia, desde que estejam inseridas em situação de vulnerabilidade social, por exemplo, miséria, situação de rua, fragilidade familiar, transtorno mental, violência doméstica, abuso sexual ou dependência química.

O tempo de permanência pode se estender desde a entrada da grávida até 6 dias após o parto. Durante esse período, a equipe social procura reinserir a mãe e o bebê no contexto familiar, através do resgate e fortalecimento dos vínculos e competências familiares, e/ou buscar programas assistenciais (Bolsa Família, Aluguel Social, BPC, Aposentadoria, etc.) que possam garantir a promoção dessa mulher e garantia de direitos da criança.

4.3 Equipe de Trabalho

O quadro laboral da instituição é composto por uma equipe multidisciplinar formada por profissionais de diversas áreas: Assistente Social, Psicólogo, Orientador em dependência química, parteira, manicure, artesã, etc., havendo tanto colaboradores contratados como profissionais voluntários e estagiários. O CHAMA trabalha com dois horários de funcionamento: as atividades de administração e de promoção são desenvolvidas de segunda à sexta-feira, de 08:00hrs às 17:00hrs; e o funcionamento das atividades desenvolvidas com as internas da casa de acolhimento é promovido em período integral.

O CHAMA também procura dividir suas áreas de atuação por ordem de importância. A primeira área é a proteção à vida e a maternidade saudável. Essa área está ligada ao atendimento e à recepção das gestantes, uma vez que todas elas que adentram apresentam alguma situação de vulnerabilidade social, que pode em maior ou menor grau colocar a vida dela ou do filho em risco.

Infelizmente, embora não sejam todas, não é baixo o número de grávidas que pedem auxílio à instituição em decorrência de dependência química, por isso essa se constitui como a segunda área de importância, na qual se trabalha com a conscientização dos perigos, a redução de danos e a reinserção social.

A terceira área de importância está relacionada aos direitos da mulher, a qual contempla a amamentação e parto natural, cuidados essenciais com o recém-nascido, crescimento e desenvolvimento na primeira infância, prática da cidadania e prevenção da violência doméstica; a quarta área está relacionada ao trabalho e renda e a quinta área à proteção social e segurança alimentar e nutricional;

A instituição entende que o verdadeiro desafio às mulheres que são atendidas não é apenas o período pré e pós-gestacional, mas a superação de situações traumáticas com as quais elas chegam à instituição e o seu retorno ao convívio familiar e social. Isso se dá devido ao fato de que quase todas as mulheres que pediram auxílio ou foram encaminhadas à casa de acolhimento fizeram-no por estarem em situação de grave risco à integridade delas e a dos seus filhos, e que após o período de permanência de algum modo estarão de volta a essa realidade.

Por isso, durante a estadia das gestantes no Centro, a equipe social busca reinserir mãe e bebê no contexto familiar e/ou buscar programas assistenciais (Bolsa Família, Aluguel Social, BPC, Aposentadoria, etc.) que possam garantir a promoção dessa mulher e garantia de direitos da criança.

Além disso, o CHAMA também procura alicerçar suas ações de benefício às gestantes e dos seus filhos em projetos nas áreas da saúde, educação, proteção social, segurança alimentar e nutricional, agroecologia, atividades socioculturais e educativas, direitos humanos, prática da cidadania e religiosidade.

Também tendo em vista o bem-estar e a qualidade de vida da mãe e do filho após a saída da instituição, a estadia das gestantes no Centro é seguida pela promoção da capacitação para atividades profissionais geradoras de emprego ou renda, por exemplo, curso de manicure, artesanato, bijuteria, trufa de chocolate, etc. Essas atividades teóricas e práticas são desenvolvidas pela equipe multidisciplinar, assim como profissionais convidados através dos projetos.

Ao início de cada semana, é feita a avaliação das atividades realizadas na semana pelos profissionais da instituição, e planejadas novas ações embasadas nos valores humanos aplicados nos projetos. Além disso, são realizadas formação psicossocial com os funcionários e avaliação dos projetos implantados com os gestores da instituição.

O projeto “Afeto de Mãe”, realizado às quintas-feiras, pela manhã, trabalha com a conscientização sobre a importância e benefício do parto natural e da amamentação exclusiva, através de roda de conversa semanal com a participação de doulas e parteira. Esse é um momento voltado para esclarecimentos, dúvidas e troca de experiências.

O projeto “Ciranda” trata-se da realização semanal de rodas de conversa, momento de partilha e orientação com as internas, acerca da dependência química,

relações sociocomunitárias, direitos da mulher, entre outros, realizado por profissionais da saúde, psicologia, social, etc.

Na área de alimentação e bem estar destacam-se dois projetos. O primeiro é o “Mama Chef”, que mensalmente oferta orientação nutricional e incentivo de hábitos alimentares saudáveis, assim como preparo de receitas nutritivas para gestantes, parturientes e bebês, realizadas por profissional da área alimentar.

O outro projeto é denominado “Farmácia Viva” e trata-se do manejo e cuidado de uma horta medicinal, com o objetivo de integrar as gestantes no cultivo da terra e cuidado com as plantas, assim como possibilidade de tratamento natural de algumas doenças.

Estimula-se também o cultivo de plantas medicinais encontradas na região, com a utilização correta das técnicas de manejo e a conscientização para preservação do Meio Ambiente, além de possibilitar acesso aos benefícios da flora medicinal às gestantes. Lembra-se que não se trata de automedicação, pois o intuito é mostrar que nem todos os problemas são resolvidos por meio de medicações. Assim, através do aconselhamento e da instrução de profissionais mostra-se o efeito benéfico da fitoterapia.

Quanto à área da estética e promoção da autoestima, existe o projeto “Beleza Pura”, o qual consiste em uma oficina de beleza realizada semanalmente, sempre às quartas-feiras à tarde, cujo foco está no resgate da autoestima feminina e reinserção social. O projeto também é voltado para a geração de renda, pois, além de proporcionar um tratamento de beleza, também dispõe de uma manicure profissional para capacitar e formar as internas.

O outro projeto voltado para a promoção do bem estar e autoestima é o “Clique de Vidas”, o qual é realizado trimestralmente, para o despertar da maternidade, fortalecimento do vínculo mãe e filho e resgate da autoestima feminina, através do registo fotográfico para confecção de book individual, realizado por profissionais do ramo da fotografia.

Os três últimos projetos a se destacarem são o “Mãe-Me-Quer”, que consiste em oficinas semanais, com atividades que englobam rodas de conversa, exibição de filmes, palestras e atendimentos individualizados, com foco na manutenção dos vínculos familiares e garantia de direitos de mãe e filho, realizado por profissionais da área assistência social; o projeto “Falando com Deus”, o qual ocorre aos sábados de manhã e foca no desenvolvimento da espiritualidade por

meio da realização de roda de leitura espiritual e a participação das internas, funcionários e familiares; e o último projeto, denominado “Mariana”, que se trata da realização, a cada terceiro domingo de cada mês, de rodas de conversa e dinâmicas, com foco no desenvolvimento de potencialidades, nova compreensão do ser humano e o significado do nascimento, com abordagem dos valores humanos através de profissionais de diversas áreas.

A partir do diagnóstico feito, percebeu-se a necessidade da implantação do Serviço Social no CHAMA, tendo em vista a garantia de direitos do público-alvo e inserção das gestantes nos programas assistenciais do governo. Desse modo, o Serviço Social atende a mulheres inseridas em situação de vulnerabilidade social, buscando o despertar da maternidade, com foco no fortalecimento dos vínculos sociofamiliares e comunitários.

O setor de Serviço Social da instituição é composto por uma assistente social e quatro estagiárias na mesma área. Dispõe de sala própria, para a realização dos atendimentos individuais e familiares, onde há computador e impressora para a confecção dos relatórios e ofícios.

O mesmo setor também desenvolve atividades individuais e em grupo, buscando o fortalecimento comunitário, através de ações de atendimentos individuais e familiares, garantindo os direitos sociais da mãe e filho. Além disso, as internas são orientadas a buscarem os programas assistenciais do governo, como Benefício Variável da Gestante, Bolsa Família, Aluguel Social, entre outros.

A profissional da instituição é formada em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará, responsável pelo setor de Serviço Social do CHAMA e supervisão das acadêmicas. Suas atividades na instituição consistem em abrir prontuário de atendimento; atendimento individual e familiar; estudo de caso; realização de atividades socioeducacionais; inscrição das beneficiárias nos programas, projetos e ações sociais; visita domiciliar e institucional; realização de reuniões sistemáticas; encaminhamento para os equipamentos sociais das redes de apoios do município de Eusébio; contato telefônico familiar semanal; observação e acompanhamento das aulas práticas dos projetos sociais; supervisão dos acadêmicos de Serviço Social; entre outras.

A respeito dos instrumentais do Serviço Social na instituição, esses são compostos por Ficha de Identificação, na qual são coletadas as informações necessárias referentes às internas e familiares; Ficha de Diagnóstico Social, a qual é

preenchida, no ato da admissão, com vistas ao conhecimento sociofamiliar e comunitário; Ficha de Atendimento Sociofamiliar, a qual é utilizada durante a realização do atendimento individual, buscando informações que deem subsídio para a compreensão da conduta social da gestante; Ficha de Evolução, e utilizada pela equipe multidisciplinar, como forma de analisar as evoluções psicossociais.

5 AS ADOLESCENTES GRÁVIDAS DO CHAMA

São muitas e variadas as problemáticas encaradas pelas mulheres e menores abrigadas no CHAMA, que vão desde a questão da situação de rua até a violência física, passando pelo uso de drogas, lícitas ou não.

Em muitas situações, há até mesmo o acúmulo de situações que levam e expõem essas grávidas à vulnerabilidade social, como, por exemplo, uma mesma pessoa pode sofrer pobreza, abandono, situação de rua, prostituição, uso de drogas, violência física, entre outras. Por isso, esta pesquisa deter-se-á em pelo menos duas: a questão do casamento de menores e a questão do uso de drogas.

5.1 Casamento de adolescentes do CHAMA

A priori, talvez seja estranho relacionar casamento e adolescentes que são atendidas pelo CHAMA. Entretanto, no período em que se atuou no CHAMA, constatou-se que muitas das adolescentes que vinham pedir auxílio e proteção à instituição tinham algum tipo de laço matrimonial. Mais uma vez ressalta-se que há casos e casos, porém na grande maioria das situações não há o mínimo de embasamento financeiro ou emocional para que ocorra uma união.

Falou-se em parágrafos anteriores que o casamento, com suas responsabilidades, está começando cada vez mais tarde, porém em contextos sociais mais pobres isso acaba não sendo verdade. Em tais situações, está-se falando de adolescentes inseridas em famílias muito pobres, que no máximo conseguem terminar o 2º grau, e com muito esforço. Além disso, normalmente em famílias muito grandes as adolescentes mais velhas acabam tendo que cuidar dos irmãos e irmãs mais novos, o que dificulta a sua regularidade nos estudos.

Outra problemática está relacionada à pobreza em que a adolescente se encontra. Já se fez referência à questão da família numerosa, muitas vezes, oriunda da falta de planejamento familiar. Então, a saída de casa o mais breve possível, a fim de aliviar as despesas de casa, é bem vinda pelos pais.

Assim, quando a adolescente engravida, os pais dela, não querendo arcar com a filha e com o neto a ser gerado, ainda que ela não tenha idade para legalmente casar, acabam aceitando que ela simplesmente se “junte”, como se diz na linguagem popular para a união estável.

A adolescente, por sua vez, sem o direito de estudar e trabalhar, sem vislumbrar uma carreira profissional e não desejada no lar paterno, só consegue encontrar no matrimônio uma porta de escape. Porém, a respeito de tudo isto, discutir-se-á de forma mais pormenorizada a partir deste ponto.

5.1.1 Legislação e esta modalidade de casamento

É de bom grado que se esteja amparado por alguma legislação, quanto ao casamento entre adolescentes, até mesmo para que se possa entender como o estado brasileiro se depara com essa questão. Muitas vezes, o casamento é encarado como uma mera formalidade ou uma celebração que serve para selar o compromisso entre duas pessoas. Contudo, aqueles que passaram por esse processo sabem que o casamento também está submetido a diversos requisitos e procedimentos previstos em lei.

Para se ter uma ideia disso, já no Art. 67, do Capítulo V, da Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, consta que é necessário aos noivos, ainda na habilitação para o casamento, que apresentem os documentos exigidos pela lei civil (Cód. Civil, art. 1525) e requeiram ao oficial do registro, do distrito de residência de um deles, que lhes expeça certidão de que se acham habilitados para se casarem. Tal processo de habilitação de casamento visa fazer com que os noivos demonstrem a capacidade civil e a eventual existência de impedimentos matrimoniais.

No tocante aos menores de idade, pela lei, os que ainda não possuem 16 anos são considerados inabilitados para o casamento, ou seja, não possuem idade núbil (art. 1517). Tal condição é consequência direta do art. 3º do Código Civil, uma vez que, de acordo com esse artigo, menores de 16 anos são considerados como absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil.

Contudo, existe uma brecha na lei, pois o Art. 1.520 permite tal matrimônio, todavia diante de duas situações excepcionais: necessidade de evitar imposição ou cumprimento de pena criminal ou em caso de gravidez, sendo necessária a apresentação de documentos que comprovem a gestação.

Todavia, a legislação se modifica com o decorrer do tempo. Então, como bem lembram as advogadas do Blog *Direito Familiar*, através da Lei nº. 11.106/2005, que revogou o artigo 107 do Código Penal, “considera-se como tacitamente revogada a hipótese de autorização de casamento para evitar imposição ou

cumprimento de pena criminal”¹⁰. Assim, na prática, a única possibilidade que fica de casamento de menores de 16 anos é no caso de gravidez.

Contudo, deve-se ter em mente de que ainda que a grávida seja menor de 16 anos e queira o casamento, é primordial que o magistrado faça uso de uma análise profunda e detida a respeito de que se o casamento corresponderá aos interesses da adolescente. A gravidez, por si só, não deve ser utilizada como pretexto para que se celebre um casamento, embora haja no senso comum a ideia de que a pureza e a honra da adolescente devem ser resguardadas.

Sem dúvidas, a preocupação da lei é, antes de mais nada, com a proteção e os interesses das crianças e adolescentes, assim, não é cabível que uma decisão judicial venha a impor a uma adolescente o ônus de futuros deveres matrimoniais, que ainda não sejam condizentes com suas condições e desenvolvimentos, ainda em formação bio-psico-social.

Acrescenta-se ainda a essa questão o art. 217-A do Código Penal Brasileiro, o qual considera como estupro de vulnerável “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 (catorze) anos”. Já a respeito daqueles que estão compreendidos na faixa etária entre de 16 e 18 anos, entende-se que podem se casar, desde que com a autorização de seus pais (art. 1517). Entretanto, se caso os pais, por algum motivo, não autorizem o casamento, pode ocorrer o que se chama de suprimento judicial de consentimento.

Esse tipo de suprimento é bem mais conhecido por ser exercido quando um dos cônjuges quer viajar ao exterior com os filhos e o outro não permite. Nesse caso, entra em ação o que dispõe o parágrafo único do art. 1631, que nos diz que no caso de haver divergências “entre os pais quanto ao exercício do poder familiar, é assegurado a qualquer deles recorrer ao juiz para solução do desacordo”.

Contudo, tal suprimento também se dá no casamento de pessoas entre 16 e 18 anos, pois tanto o art. 1517 garante que “se houver divergência entre os pais, aplica-se o disposto no parágrafo único do art. 1.631”, quanto o art. 1.519 nos diz que “a denegação do consentimento”, do casamento pelos pais “quando injusta, pode ser suprida pelo juiz”.

Desse modo, se o adolescente tem idade para contrair matrimônio e assim o desejar, mas um ou ambos os genitores não autorizam o casamento,

¹⁰ Disponível em: <<http://direitofamiliar.com.br/menores-de-idade-podem-se-casar/>>. Acesso em: 06 out. 2017.

nesses casos, o juiz, em sentença judicial, analisará a questão e autorizará o matrimônio, substituindo a autorização dos pais.

Se ocorrer, no caso de adolescentes menores de 16 anos, a mesma situação, ou seja, se um dos responsáveis legais se interpor ao casamento, o juiz também exercerá o mesmo suprimento. Contudo, nesse caso pode haver a possibilidade de se pedir cumulativamente o suprimento judicial de idade para o casamento e a outorga judicial de consentimento para idêntico.

O pedido é de reponsabilidade da própria pessoa menor de 18 anos, que deve estar representado por advogado ou pela Defensoria Pública que, por sua vez, deve pleitear a sua nomeação como curador especial do adolescente, já que há um conflito de interesses entre o seu cliente e seus representantes legais.

Mais uma vez se salienta a importância do cuidado que o magistrado deverá ter com sua decisão, uma vez que por um lado poderá estar confrontando o poder familiar e, por outro, poderá estar autorizando um matrimônio que é fruto de algum ato impensado, impulso ou paixão juvenil.

5.1.2 Casamento de Adolescentes em Números

A fim de que se possa entender em números a problemática do casamento na adolescência, recorre-se a duas reportagens do jornal cearense *Diário do Nordeste*, nas quais se tem dados sobre o número de casamentos de adolescentes do sexo feminino no nosso estado nos anos de 2014 e 2015.

Na primeira reportagem¹¹, toma-se ciência de que aproximadamente 7,5 mil adolescentes do sexo feminino de 15 a 19 anos contraíram matrimônio no estado do Ceará em 2014, segundo dados do relatório *Cenário da Infância e Adolescência no Brasil*. Esse é um documento de divulgação e responsabilidade da Fundação Abrinq e que faz um panorama da situação infantil no país.

Já que se falou da Fundação Abrinq, vai-se deter um pouco sobre essa organização¹². A Fundação Abrinq pelos Direitos da Criança e do Adolescente foi fundada oficialmente em 1990 pela Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos. Hoje, atua como uma organização sem fins lucrativos, cuja missão é a

¹¹ Reportagem do dia 21 de mar. de 2017 com o título: Ceará é o estado do NE com maior número de casamentos entre adolescentes de 15 a 19. Acesso em: 18 ago. de 2017.

¹² Síntese retirada do site da Fundação ABRINQ. Disponível em: <<https://www.fadc.org.br/sobrenos#>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

promoção da defesa dos direitos e do exercício da cidadania de crianças e adolescentes. Nas duas últimas décadas, a Abrinq mostra-se atuante quanto à defesa das crianças e adolescentes, especialmente por meio de comerciais televisivos, nos quais combate o trabalho infantil. A organização possui escritório em São Paulo (SP) e os seus programas estão organizados em três eixos: educação, proteção e saúde.

Regressando aos dados do relatório, na esfera estadual, o estudo da Fundação Abrinq aponta o Ceará como o estado nordestino com o maior número de matrimônios e o 4º nacionalmente falando, sendo que São Paulo, Minas Gerais e Paraná são os primeiros colocados.

Quanto ao nível municipal, de acordo com os dados obtidos entre 2004 e 2014, entre todos os municípios do Brasil, Fortaleza obteve o segundo lugar em relação ao número de matrimônios de pessoas pertencentes à faixa etária de 15 a 19 anos, perfazendo um total de 19.891 matrimônios, perdendo apenas para a cidade de São Paulo, com 52.835 matrimônios.

Já numa reportagem mais recente¹³, com dados de 2015, os quais estão presentes no relatório “*A Criança e o Adolescente nos ODS*”¹⁴; o Ceará ainda é o quarto estado brasileiro e o primeiro do Nordeste com o maior número de adolescentes com 19 anos ou menos casadas. A referida reportagem informa que existem 6.996 adolescentes no Estado com registro civil de casamentos, sendo 6.991 delas na faixa etária de 15 a 19 anos; as 5 meninas restantes são aquelas que ainda não completaram 15 anos de idade.

Ainda é reportado que as adolescentes que contraem tais matrimônios normalmente são provenientes de contextos social e familiar de grande vulnerabilidade social, nos quais prevalece a pobreza, a violência e a falta de proteção. Nessa reportagem, também há a entrevista da administradora executiva da Fundação Abrinq, Heloisa Oliveira, que chama a atenção ao fato que grande parte das brasileiras que hoje se casam antes dos 19 anos de idade são adolescentes que encontram no matrimônio um modo de escape a uma situação

¹³ Reportagem do dia 26 de jul. de 2017 com o título: Ceará é o 4º do Brasil em número de meninas casadas. Acesso em: 18 ago. de 2017.

¹⁴ Documento também publicado pela Fundação Abrinq e que analisa indicadores dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) relacionados à infância e à juventude. Disponível em: <<https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/crianca-adolescente-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

extrema de pobreza ou de mascarar e/ou cessar algum tipo de violência ou controle excessivo.

Assim, mais uma vez se confirma a ideia de que o casamento é visto como uma porta de escape contra os vários tipos de violências infringidas contra a adolescente, seja pela pobreza, seja pela própria família. Entretanto, a adolescente muda de casa, mas não escapa da vulnerabilidade social, e acaba sofrendo o mesmo, se não mais, que sofria na casa dos pais.

Ressalta-se que, até agora, tem-se lidado com casamentos oficialmente registrados, contudo o número de uniões estáveis sem nenhum registro é muito maior. Muitas vezes, a família prefere simplesmente fazer uma celebração de natureza religiosa e considerar o casal de adolescentes, ou apenas um adolescente, como oficialmente casado. Todavia, pela Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973, arts. de nº 72 a 76, até mesmo o casamento religioso deve ter seus trâmites legais a fim de que equivalha ao casamento civil.

5.1.3 O patriarcalismo

Então, uma vez que há a possibilidade de que o pai considere que o casamento vai ocasionar uma redução de despesas para a família, o acordo é firmado sem que a adolescente seja sequer ouvida. Também pode haver certa pressão do homem com a promessa de que tem a capacidade de proporcionar condições financeiras melhores para a adolescente, além de prometer e dar muitos presentes como dote à família.

Por outro lado. Quando há gravidez indesejada, geralmente ocorre o desejo das famílias de proteger e salvar a reputação de meninas. Ou seja, para que as filhas não fiquem mal faladas pela comunidade em que estão inseridas, muitos pais enxergam no casamento uma solução mais rápida e definitiva. É a ideia de que se o rapaz ou jovem “desonrou” a moça, é obrigação dele ter que casar com ela.

Também há entre as famílias mais pobres a ideia de que o casamento de uma filha também reduz os gastos da própria família. Muitas vezes, como já dissemos, a filha grávida é vista com maus olhos em casa, porque traz mais uma boca para alimentar para os avós, quando muitas vezes a família já é extensa e é sustentada com dificuldade. Assim, as famílias veem no casamento um meio de transferir o gasto que teriam com a adolescente para o futuro marido dela.

Pois bem, essas adolescentes conseguem muitas vezes escapar do lar paterno, contudo, não escapam do patriarcalismo. Saffioti (2004) aponta que a noção de patriarcado pode gerar violência contra as mulheres. Ainda de acordo com essa teórica, o patriarcado a priori pode ser encarado como uma relação privada, entre pai e filha ou marido e esposa.

Contudo, ele representa ainda uma estrutura de poder baseada tanto na ideologia quanto na violência, configurando um tipo hierárquico de relação, que de certa forma regula e invade fortemente nossa sociedade e representa, assim, uma relação civil. Na prática do cotidiano, o patriarcado concede direitos sexuais aos homens sobre as mulheres, praticamente sem restrição, tornando a mulher quase que uma posse que passa de pai para marido.

É fato que, na nossa sociedade tão marcada pelo patriarcalismo, a partir do momento em que uma mulher se une em matrimônio, espera-se que ela exerça alguns papéis na relação como cuidar dos afazeres domésticos, dos filhos, de agradar ao marido etc. Assim, as adolescentes veem-se, de um momento para outro, envoltas em novas responsabilidades, as quais ainda não estão preparadas físico-psicologicamente para atender, por exemplo, quer seja a demanda por uma vida sexual ativa, quer cuidar sozinha de uma casa.

Tal inabilidade pode carregar violência — em alguns casos física, mas na grande maioria verbal, quando não as duas — por parte dos maridos, que ensinados e moldados dentro dos padrões do patriarcado, exigem que suas esposas se comportem iguais às suas mães.

Outro ponto a destacar é a questão financeira. Quando o casamento se dá entre adolescentes, muitas vezes o adolescente não apresenta preparo nem requisitos para sustentar uma casa. Então, um ou os dois, e um possível filho, ficam dependentes financeiramente de algum familiar de um dos dois ou, então, são obrigados a passar fome e necessidade. Nem é preciso dizer que uma gravidez que ocorre num quadro de forte privação alimentar também é uma gravidez de alto risco.

Quando também ocorre a situação de que os homens experimentem o desemprego por muito tempo, eles também podem ser tomados, na grande maioria das vezes, pelo sentimento de impotência, pois não sabem como sair dessa incômoda situação. Além disso, o sentimento de impotência pode resultar também em impotência sexual, o que em muitos casos agrava em muito a relação marital.

Em muitos casos, os maridos acabam descontando toda a sua frustração na esposa. (SAFFIOTI, 2004).

Fatores negativos decorrentes de uma gravidez como, por exemplo, o desinteresse pelo estudo e a inserção precoce no mercado de trabalho, somados à estrutura do sistema educacional, principalmente na rede pública, contribuem para composição de um percurso fragmentado da vida escolar, tanto para mulheres quanto para homens (SAFFIOTI, 2004).

Porém, normalmente a mulher é muito mais atingida por esses impactos e mudanças. Embora o impacto atinja de algum modo o casal de adolescentes, normalmente é a mulher que tem de fazer maiores esforços para que mantenha um percurso escolar regular. Como já se viu, em muitos casos a evasão escolar é incentivada pelo agrupamento familiar e social, justificada pelas necessidades de cuidado e do sustento do filho e de um possível novo núcleo familiar.

Quando o casamento se dá sem um contexto em que o parceiro é mais velho do que a adolescente, uma pesquisa realizada por Rodrigues e Nakano (2007), por meio de publicações científicas nacionais e internacionais indexadas no período de 1993 a 2004, verificou que as adolescentes grávidas apresentam quase a mesma propensão a experimentar violência doméstica quanto as adolescentes que tenham parceiros de idade similar.

Em decorrência da diferença de idade, muitas vezes, a adolescente é vista como apenas um objeto ou posse do esposo, por isso, no seu pensamento, ele pode fazer o que bem entender da esposa, embora ela seja apenas uma adolescente. Além disso, normalmente o referido sentimento de impotência em homens que estão desempregados tende a ser pior em companheiros mais velhos, o que os leva a querer descontar a frustração na “esposa/posse”.

Adolescentes casadas com parceiros mais velhos também apresentam comportamentos de risco que podem afetar sua saúde e de seu recém-nascido, como a iniciação sexual antes dos 13 anos, menor probabilidade de estarem trabalhando ou matriculadas na escola, o uso de maconha nos últimos 30 dias, maior número de repetidas gestações planejadas e menor suporte social. Tais consequências tendem a se agravar quando as mães adolescentes com parceiros adultos mais velhos não moram com os pais ou outra pessoa adulta (RODRIGUES; NAKANO, 2007).

5.2 As drogas e as adolescentes grávidas

Neste campo, está-se tratando tanto com drogas lícitas como as ilícitas, ou seja, desde o álcool até a maconha, por exemplo. Um grande percentual das adolescentes que adentram o CHAMA, fazem-no, porque entendem, ou mesmo os familiares conseguem fazê-las entenderem, que o fato de fazerem uso inveterado de algum tipo de droga irá trazer alguma consequência negativa para ela e para a criança que espera. Por isso, mesmo que não tenha a mínima vontade de parar com o uso, as mães adolescentes fazem o esforço de procurar a instituição a fim de que consigam passar o período gestacional limpas de qualquer substância psicotrópica.

Esse possivelmente é o grupo mais crítico e preocupante atendido pelo CHAMA, quer seja de adolescentes quer seja de mulheres. Primeiro, porque a entrada na instituição não significa que elas querem parar de beber ou utilizar algum tipo de droga. É como se disse no início desta seção, a ideia é manter-se limpa pelo período de gestação, a fim de que a criança não venha sofrer danos.

Entre os estudos evocados por Rodrigues e Nakano (2007), observou-se que entre as gestantes adolescentes, 20.3% usaram maconha durante toda sua gravidez. Enquanto que 33.5% eram usuárias de várias drogas. O restante, 79.6%, não usou drogas ilegais durante a gravidez, porém, metade dessas eram ex-usuárias que pararam imediatamente antes ou durante o início da gravidez. As autoras chamam a atenção ao fato de que “o uso de droga ilegal estava associado com um aumento na incidência do consumo de cigarro e álcool, isolamento social, falta de moradia, violência doméstica e doença psiquiátrica” (p. 79).

Bertoni *et al.* (2009, p. 1358) nos alertam que:

(...) adolescentes que fazem uso de substâncias psicoativas engajam-se com maior frequência em práticas de risco, ou se esses jovens justificam e racionalizam a posteriori seus comportamentos de risco por causa do uso de psicoativos (“não sei direito, estava sob o efeito de drogas”).

Assim, muitas vezes pela desculpa de que não sabiam o que estavam fazendo, por causa do efeito das drogas, adolescentes acabam fazendo sexo sem preservativo, ficando expostas a DST's ou mesmo gravidezes indesejadas.

Por outro lado, sustentar um vício custa caro, portanto as adolescentes muitas vezes têm que se prostituir para que possam obtê-las. Nunes e Andrade

(2009, p. 46) lembram que “há associação entre o consumo de álcool, o uso de drogas ilícitas e o sexo sem preservativos”. Quando se depara com a problemática explorada pela própria Nunes e Andrade (2009), adolescentes em situação de rua, a situação ganha contornos mais dramáticos.

Nunes e Andrade (2009) também nos lembram que adolescentes em situação de rua, muitas vezes fugindo de uma realidade de violência física e sexual nos lares e/ou extrema pobreza ou expulsas do próprio lar, apresentam maior possibilidade de envolver-se com a prostituição e o consumo de drogas. Enquanto que a prostituição ajuda a adolescente a conseguir a droga, a droga faz esquecer, ainda que por um tempo, a dureza da vida. Bebês que vêm ao mundo nessas condições normalmente são doados ou então ficam sob a guarda de parentes.

Outro ponto a destacar é que não se está falando apenas da gestante adolescente, quando se está relacionado a gravidez e drogas, pois o pai também adentra nessa questão. O já citado estudo dirigido por Bertoni *et al.* (2009, p. 1357) nos aponta que os padrões de uso de drogas não diferem de forma significativa entre os sexos nas adolescência. “Meninos e meninas apresentam padrões de consumo de álcool (exceto para a faixa etária de 15-19 anos), cigarro e drogas ilícitas (que não a maconha) relativamente similares”.

De qualquer modo, a questão é problemática, quer seja apenas um deles, quer sejam os dois usuários. Dados da pesquisa de Rodrigues e Nakano (2007, p. 79) apontam que a “história de comportamento desviante e uso de substância eram mais comuns nas adolescentes violentadas e nos seus parceiros agressores”.

O que normalmente ocorre é que as adolescentes adentram em casamentos em que os companheiros já são usuários inveterados de substâncias entorpecentes. O que é mais um agravante no caso da violência, pois o homem sob o efeito de entorpecentes possivelmente irá agredir, sem nenhum controle, tanto a companheira quanto os próprios filhos. Outra consequência direta do uso inveterado de drogas do parceiro é a possibilidade de vir a tornar a companheira em uma viciada em substâncias entorpecentes ou bebidas alcoólicas.

Ainda podem ocorrer situações nas quais, a fim de que possa obter dinheiro para sustentar o próprio vício, o cônjuge chegue a obrigar a companheira a conseguir dinheiro emprestado com os familiares ou mesmo ou mesmo obrigue a menor a se prostituir. Claro que entram outros fatores nessa estatística, pois muitas vezes a adolescente não é agredida pelo companheiro estável, mas por um cafetão

que a explora sexualmente em troca de drogas ou por um traficante por falta de pagamento ou mesmo; quando em situação de rua, por outros viciados e por questões ligadas ao uso de drogas.

Rodrigues e Nakano (2007) também apontam que as gestantes usuárias de drogas apresentam menos assistência no pré-natal. A pesquisa de Veloso e Monteiro (2013) com adolescentes grávidas que faziam uso de álcool, em Teresina, Piauí, também confirma essa informação, pois quanto à assistência pré-natal, verificou-se baixo número de consultas (até 3), tornando-se fator de risco para o consumo de álcool durante a gestação, e o mesmo vale para o consumo de drogas.

O que ocorre é que a não adesão ao pré-natal dificulta tanto a identificação pelo profissional de saúde quanto uma possível intervenção sobre esse comportamento de risco durante a gestação por algum membro da família ou mesmo pelo próprio Estado. Então, a adolescente permanece por toda a gravidez, ou grande parte dela, fazendo uso de drogas lícitas ou ilícitas.

Possivelmente, sem o acompanhamento de um adulto, ou mesmo pela falta de vontade do adulto em acompanhar, a adolescente não trata com tanta seriedade o período gestacional, indo, portanto, procurar o auxílio médico apenas no momento de trazer ao mundo a criança.

Quando a problemática de isolamento social se torna mais dramática, ou seja, quando a adolescente, por vontade própria ou por imposição dos pais, sai de casa e vai morar nas ruas, isso também afeta drasticamente na assistência pré-natal. Confirmando essa informação, adolescentes moradoras de rua participantes de um estudo realizado por Nunes e Andrade (2009) revelaram que não fizeram acompanhamento pré-natal por medo de serem descobertas e internadas.

As adolescentes que fazem parte do estudo de Nunes e Andrade (2009) revelam uma faceta bem mais preocupante da questão da gravidez na adolescência e que se inserem entre as adolescentes em vulnerabilidade social que são atendidas pelo CHAMA: as adolescentes em condições de rua. Segundo Nunes e Andrade (2009, p. 46), os adolescentes, porque quanto a isso não há gênero, que estão em situação de rua e em vários bolsões de pobreza:

(...) tornam-se mais vulneráveis às doenças sexualmente transmissíveis - DSt/AIDS devido a vários fatores, como o uso e abuso de drogas lícitas (álcool, tabaco) e ilícitas (solventes, maconha, cocaína e seus derivados, entre outros), relações sexuais desprotegidas, dificuldade para aquisição

dos preservativos, violência doméstica e exploração sexual comercial, entre outros

Porém, uma hora a diferenciação de gênero sempre ocorre, pois é a mulher quem engravida e leva por nove meses a criança no ventre; é ela que tem a certeza que o filho é dela, pois quase sempre o pai se exime da responsabilidade e diz que a criança pode ser de qualquer um...; é ela o lado mais frágil da história, tanto quanto à violência quanto à questão da exploração sexual, etc.

Também prevalece o preconceito de que essas adolescentes são vítimas todos os dias, vistas por muitos como inferiores, ou quando não “perdidas”, o que acarreta mais um motivo para que se afastem dos programas assistências e de saúde, além do já referido medo de serem descobertas, denunciadas e internadas.

Voltando à questão das consequências que atingem uma gravidez sob o uso de drogas e sem o devido cuidado pré-natal, essas são muitas e atingem tanto as mães quanto aos filhos. Veloso e Monteiro (2013), em sua pesquisa que liga a gravidez na adolescência ao uso de álcool, apontam que a exposição ao álcool durante esse período apresenta à adolescente um maior risco de ir a óbito, além da incidência de diferentes agravos à sua saúde e ao curso da gestação.

Todavia, também há consequências prejudiciais ao recém-nascido. Veloso e Monteiro (2013, p. 08), do mesmo modo, apontam-nas “como malformações, baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e síndrome do alcoolismo fetal”. Como bem se sabe, todas as consequências listadas em relação ao uso de bebida alcóolica também podem ser estendidas ao uso de drogas ilícitas, como maconha e Crack.

Após se ter discorrido a respeito dessas duas problemáticas, é momento de deter-se, entre outros assuntos, nos relatos de experiências das adolescentes atendidas pelo CHAMA, as quais são fortemente marcadas por tais problemáticas.

6 RELATOS DE EXPERIÊNCIA DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS

Como já sabemos, as adolescentes grávidas atendidas no CHAMA têm a vulnerabilidade como um ponto em comum, envolvendo agressão física, fome, conflitos familiares, orfandade e drogas. A maioria foi abandonada pelos companheiros após a gravidez. Suas relações afetivas são conflituosas desde a convivência com a família e estendendo-se até o parceiro.

Porém, através de acompanhamento psicológico e ministração de cursos pela instituição, passam a ser orientadas a construir um recomeço, na busca de melhorias de vida para ela e seus bebês, seja na retomada dos estudos ou na reinserção no mercado de trabalho.

Não é fácil, muitas vezes, recontar ou relembrar fatos e histórias. Ainda mais, quando quem conta é uma adolescente e o relato está permeado de histórias tristes e traumatizantes de um passado recente. Por isso, contou-se com a colaboração das adolescentes, deixando que elas fizessem um relato espontâneo focado nos motivos que as trouxeram até o CHAMA, o que estão achando da estada e o que esperam do futuro. Além disso, teve-se o cuidado de omitir os nomes das adolescentes, os quais foram substituídos pela sigla formada pela letra “P” e um número.

O primeiro caso é de P1, a qual tem quatorze anos e chegou ao abrigo grávida de quatro meses. Sua vinda foi intermediada pelo Conselho Tutelar, cujos conselheiros relataram que P1 procurou por ajuda na instituição por estar sofrendo violência física por parte de suas tias e avó maternas, com as quais convivia.

A adolescente é órfã de pai e sua mãe sofre de problemas mentais. A adaptação no abrigo é boa, onde se destaca nos cursos oferecidos pela instituição. P1 recebe com regularidade a visita do pai da criança, o qual também é adolescente, e que ainda mantém o status de namorado da adolescente. Uma tia paterna e os sogros de P1 também a visitam com regularidade.

Quando questionada sobre o futuro, P1 pensa em produzir artesanato para vender. Demonstra também vontade de ir morar com sua tia paterna, já que ela a criou durante parte da infância. Embora seu namorado mostre interesse em morar com ela, a adolescente decidiu que viveria sozinha, planejando retomar os estudos e conseguir um emprego para sustentar a si mesma e a seu filho.

O segundo caso a se relatar é o de P2, a qual tem 16 anos e é casada. Ela tem um filho de 2 anos e está na segunda gravidez. Foi encaminhada ao CHAMA pelo Conselho Tutelar de um município vizinho, após prestar queixa na delegacia contra seu marido, que após fazer uso de drogas, espancou-a até que ela perdesse os sentidos. A convivência entre o casal, segundo a adolescente, era muito conturbada pelo fato de morarem com os sogros, pois esses assistiam aos maus tratos e nada faziam em seu favor. Após duas semanas na instituição, P2 deu à luz uma criança do sexo feminino.

O marido da adolescente paga a pensão alimentícia do filho mais novo e compareceu ao cartório para registrar a filha. A adolescente pretende morar com uma tia, quando for desligada do CHAMA, assim como voltar a trabalhar e a estudar, para que possa proporcionar um futuro melhor para seus filhos. Ela não revelou vontade de reatar o casamento, pois vê que o marido aprofunda-se cada vez mais no mundo das drogas, o que a leva a temer pela vida dela e de sua família.

Já a respeito do terceiro caso, P3 tem dezessete anos e está grávida pela primeira vez. Conflitos familiares entre ela e sua mãe foram o motivo para o Conselho Tutelar trazê-la para que ficasse sob os cuidados da instituição. Sua infância foi muita sofrida, pois passou fome e muitas privações, chegando até mesmo a pedir esmolas nos sinais de Fortaleza na companhia de seus irmãos.

A adolescente admite que já fez uso de drogas, como maconha e álcool. P1 apresenta um embasamento escolar mínimo, pois aos 17 anos sabe ler e escrever muito pouco, uma vez que sempre abandonava os estudos. A adolescente tem consciência de que é no retorno aos livros e ao trabalho que garantirá uma vida melhor para ela e para a criança a nascer.

O pai da criança ainda permanece como namorado da adolescente, porém ele tem envolvimento com drogas. P1 não apresenta muitas expectativas quanto ao relacionamento com o pai da criança, pois reconhece que não fez uma boa escolha em ter iniciado um relacionamento afetivo com alguém com um perfil assim, portanto, preferindo recomeçar sua vida apenas com a criança.

7 PERCEPÇÕES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL SOBRE O CHAMA

Embora seja importante o embasamento teórico de diversos estudiosos e teóricos, também nos interessa saber a opinião e impressão de quem está inserido no CHAMA e no terceiro setor. Por isso, pediu-se a opinião espontânea da equipe multiprofissional a respeito da atuação profissional no terceiro setor e do que eles pensam a respeito do próprio CHAMA.

Como dito anteriormente, a equipe é composta por diversos profissionais, como doulas, parteiras, psicólogas, artesãs orientadoras educacionais, assistentes sociais e estagiárias dos cursos superiores e outros. Assim como nos relatos das adolescentes, também se teve o cuidado de identificar os participantes por meio de siglas. Desse modo, apresenta-se agora uma síntese de alguns relatos obtidos com os profissionais da equipe multiprofissional sobre o CHAMA.

A1, assistente social, pontua que o CHAMA é um local onde mulheres são recebidas, acolhidas e desafiadas a conhecerem outras possibilidades em respostas às suas problemáticas. No Centro, elas aprendem a vencer vários tipos de adversidades. Aprendem, assim, inúmeras maneiras de como juntarem forças para se reerguerem e recomeçarem suas jornadas na vida.

D1, orientador educacional, considera o CHAMA como uma porta de salvação de vidas, pois através de sua atuação, a ONG tem salvado a vida de muitas mães e de seus bebês. Na organização, mulheres em situação de vulnerabilidade, que são muitas, passam a ser ajudadas a largar as drogas e as ruas. Muitas, que já tinham em mente o aborto, têm a chance de terem uma gravidez tranquila e podem, caso desejem, entregar seus filhos para a adoção. D1 considera o trabalho desafiador e que por muitas vezes segue na contramão do amparo governamental.

B3, psicóloga, ressaltou que o CHAMA é um projeto que já nasceu desafiando as circunstâncias. Ela observa com tristeza, em alguns momentos, as barreiras encontradas na burocracia brasileira. A proposta do projeto é para ela algo lindo, pois o carinho e a dedicação encontrados no CHAMA podem ser vistos e ouvidos nas narrativas das mães acolhidas, e também produzem mudança em vidas. Segundo ela, muitas pessoas conhecidas no Centro farão parte da sua vida.

Na observação de F1, parteira, o CHAMA é uma instituição que oferece um serviço muito especial, do qual o estado estava muito carente. A instituição

funciona internamente de maneira muito orgânica, com todos os profissionais envolvidos, com muito amor e com máxima dedicação. F1 ainda pontua que o CHAMA cumpre muito bem sua proposta de acolher, cuidar, orientar e encaminhar as mulheres que por ali passam. Entretanto, assim como nos outros relatos, ela constata um grande desafio nas relações externas com as prefeituras e outras instituições, pois seria necessário que houvesse mais parceira e mais validação da importância do CHAMA.

F1 acrescenta que, como pessoa e como voluntária, sente-se muito honrada e gratificada pela oportunidade de servir no CHAMA, por todo o ganho de experiência e principalmente pela chance de relativizar os próprios problemas.

B1 é psicóloga na organização e relata que o CHAMA é um projeto ímpar e de grande valia. Necessário, hoje e sempre, para acolher mães que estão em situação de vulnerabilidade, podendo ser a social, a econômica e a familiar. B1 ainda pontua que o projeto não é um disciplinador com um chicote na mão, ele é acolhedor, é amor, é escuta. Ela pontua que atua com assistentes sociais muito empenhadas em sua profissão. Cada uma faz a sua parte, mas o todo precisa de suas partes. E esse todo tem se transformado em um processo de transformação.

É possível enxergar na fala dos membros da equipe que existe uma grande carência em projetos governamentais que apoiem a causa de mulheres gestantes em estado de vulnerabilidade. Se houve um maior interesse pelo estado em amparar e atender pessoas nessa situação, muito mais vidas poderiam ser salvas e devolvidas à sociedade na busca de um recomeço.

Contudo, é possível ver que o trabalho do CHAMA é lembrado pelos órgãos estatais, no momento em que é necessário prover amparo às adolescentes. Viu-se nos relatos das três adolescentes que todas as três foram enviadas pelo Conselho Tutelar à instituição, o que mostra que o CHAMA possui participação efetiva em uma rede de enfrentamento e atendimento à questão da violência contra a mulher e adolescentes grávidas.

Desse modo, como já se pode observar, o projeto é interessante, porque cobre um vácuo estatal em relação a grávidas em situação de vulnerabilidade social. Certamente, o tempo passa e com ele novas formas de problemáticas e vulnerabilidades acabam surgindo, quando não se tornam mais evidentes. Todavia, em muitos casos, o Estado não consegue acompanhar essa perigosa evolução, daí a necessidade da efetiva união entre o público e o privado nas políticas públicas.

Claro que nada impede que o Estado tome em sua reponsabilidade políticas públicas iniciadas por entidades e organizações de assistência social.

Um ponto a ressaltar é quanto ao posicionamento do CHAMA contra a prática do aborto. Porém, as gestantes que adentram a instituição pretendem completar o período gestacional. Então, é feito um trabalho pela equipe multiprofissional, quanto a apresentar diversas possibilidades para a garantia da manutenção dos direitos sociais da mãe e da criança, além da possibilidade da adoção, como ressalta D1.

Outra coisa a ressaltar é o trabalho realizado com qualidade, efetividade e integração entre os profissionais da equipe multiprofissional. Já a respeito do Serviço Social, semelhante a Silva (2008), é possível perceber, por meio das mesmas falas, que o projeto ético-político profissional é expresso na busca pela qualidade do atendimento e na luta para o cumprimento dos direitos sociais. Assim, é possível entender o porquê do êxito da instituição na causa que defende, mesmo com todas as dificuldades encontradas.

Ditas essas coisas, passa-se ao último bloco de relatos. C1 é estagiária em psicologia e constata que, hoje, a sua visão é o oposto daquela com a qual iniciou o estágio. O acolhimento, em sua opinião, feito às meninas e mulheres marginalizadas é algo muito diferenciado, cuidadoso. C1 prossegue dizendo que as pessoas que antes eram esquecidas e estavam à margem da sociedade são ouvidas e trabalhadas no CHAMA. Nesse espaço elas aprendem a amar, a compreender e a serem compreendidas, passam a ter direito. C1 acrescenta que cresce e aprende dia a dia, tanto como pessoa quanto como profissional, e que levará consigo as experiências obtidas no CHAMA.

Já C2 é estagiária em Serviço Social e relata que, quando iniciou as atividades de estágio, tinha em mente uma visão fechada e crítica do terceiro setor em geral. Hoje enxerga o CHAMA como um ninho de opções e possibilidades para a atuação do Serviço Social. Em sua opinião, existe no Centro a oportunidade de ter-se um contato maior com o usuário. Em uma mesma pessoa há várias demandas. A articulação tem que ser ampla e isso é algo muito enriquecedor e desafiador.

Pode-se perceber o impacto positivo da experiência profissional nas carreiras dos membros da equipe, mostrando o quanto o período foi enriquecedor. As profissionais, assim como as das outras falas, também demonstram satisfação em exercer suas atividades profissionais dentro do terceiro setor.

Percebe-se também nas falas de C1 e C2, que há no terceiro setor mais possibilidades de executar projetos e utilizar o conhecimento teórico acumulado. Parece haver um entendimento a respeito do setor público, de que ele é, em muitos casos, marcado pelo excesso de burocracia, que dificulta o acompanhamento frequente às famílias. Assim, há um maior sentimento de liberdade, no terceiro setor, para que se proponham novos projetos e se dê continuidade às atividades.

A fala de C2 também revela que, no terceiro setor, também é possível exercer um maior papel de articulador social, pois em uma mesma pessoa acabam se encontrando várias demandas. Desse modo, a articulação para que haja a garantia dos direitos da mãe, como cidadã, tem que ser ampla, e esse processo acaba sendo muito enriquecedor e desafiador. Uma fala que exemplifica e explica isso é de uma das assistentes sociais que participam do trabalho de Silva (2008, p. 15):

Outra coisa importante na nossa área é exatamente isso, que você no mínimo conheça os recursos que tem o município, pra daí você poder falar em políticas públicas. Porque não adianta ficar sentado aqui falando, falando o que precisa, mas eu não tenha atuação fora daqui. Você tem um tempo aqui, mas a atuação sua tem que ser realmente mais lá fora, para trabalhar mesmo essa questão das políticas públicas, porque as pessoas daqui também serão beneficiadas. O meu olhar é sempre em termos de município e não só da entidade, porque as crianças estão por um tempo aqui, mas elas estão inseridas no contexto do município.

Ou seja, a atuação no CHAMA também leva as Assistentes Sociais a um maior conhecimento da política pública estatal, pois sabem que o CHAMA sozinho não pode suprir as demandas de mães e filhos, quanto à questão da proteção social básica e especial. Assim, como já se havia dito, a equipe social procura reinserir a mãe e o bebê no contexto familiar, através do resgate e fortalecimento dos vínculos e competências familiares, e/ou buscar programas assistenciais (Bolsa Família, Aluguel Social, BPC, Aposentadoria, etc.) que possam garantir a promoção dessa mulher e garantia de direitos da criança.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste trabalho foi compreender o atendimento prestado a adolescentes grávidas e, mais especificamente, o atendimento realizado em instituições do terceiro do setor, como, por exemplo, ONG's.

Já os objetivos específicos consistiram em estudar em linhas gerais a adolescência, apresentar algumas problemáticas sobre a gravidez na adolescência; apresentar o trabalho e as atividades desenvolvidas no CHAMA às mulheres e adolescentes grávidas; tratar sobre adolescentes grávidas em vulnerabilidade social; estudar a relação entre a política de Assistência Social e o terceiro setor, também apontando prós e contras do Serviço Social nas ONG's.

Por certo, a adolescência é uma fase de muitos conflitos e questionamentos, pois nem se é adulto, mas também não se é mais criança. E essa fase pode ser bem mais conflituosa quando uma jovem se depara também com a gravidez e a vulnerabilidade social. Muitas das adolescentes, que chegam ao CHAMA, fazem-no através do conselho tutelar local, por estarem em situação de vulnerabilidade, como fome, agressão física, abandono, orfandade, entre outros. O abandono por parte dos companheiros é algo comum em suas vidas. Contudo, aquelas cujos companheiros continuam ao seu lado, passam a trilhar, na maioria das vezes, um caminho de humilhação e patriarcalismo.

Uma gestação que chegou através da descoberta do sexo, gera na maioria das vezes mães revoltadas e/ou surpresas. Porém, as adolescentes também encontram na gravidez o sentimento de poder, de liberdade e até mesmo a quebra dos laços paternos com a gestação; pois se acham valorizadas socialmente, donas de si mesmo, perdendo o medo do mundo externo.

Embora sozinhas ou acompanhadas, foi possível ouvir e ver em seus relatos o desabrochar e crescimento no decorrer de cada gestação, de um amor que mudou pensamentos de aborto para opção de vida. Sentimentos que antes adormecidos e desconhecidos passam a ser despertados em uma adolescente grávida, ou mãe, chamando-a agora para novos compromissos e responsabilidades.

O trabalho que o abrigo realiza junto a essas jovens mães é o de ressocialização para a vida. Através do acolhimento, da escuta, da articulação para cada situação, novos caminhos e planos são traçados. Com amor e dedicação, uma equipe multiprofissional integrada e responsável torna a teoria em uma prática

reveladora e reconstrutora. Assim, embora o CHAMA tenha inúmeras limitações, o desejo de transformar e ajudar vidas é bem maior que as barreiras enfrentadas.

O Serviço Social inserido no CHAMA também consegue expressar seu projeto ético-político profissional através da busca pela qualidade do atendimento e na luta para o cumprimento dos direitos sociais dessas gestantes. Além disso, também há um maior conhecimento da política pública estatal de Assistência Social pelos próprios assistentes sociais, pois o CHAMA sozinho não pode suprir as demandas da proteção social básica e especial de mães e filhos, o que exige dos profissionais do Serviço Social uma maior articulação entre o público e privado.

Contudo, é triste o descaso que o Estado muitas vezes apresenta em relação à instituição. O que poderia ser realizado em um trabalho de união, torna-se, muitas vezes, competitivo ou encarado como um acúmulo de gastos extras ou problemas ao Estado. Assim, está-se diante de um grande desafio, que não consiste em suplantando o público pelo privado, mas estruturar uma rede de serviços socioassistenciais que integre público e privado em torno de objetivos comuns.

Assim, reconhece-se a importância do atendimento realizado pelas entidades de terceiro setor, pois, em muitos casos, tal atendimento por só pode ser encontrado ali. Por exemplo, o modo de trabalhar do CHAMA que atende mulheres grávidas em situação de vulnerabilidade e que é único no estado do Ceará.

Neste um ano de estágio, e agora exercendo atividades de voluntariado, tenho visto tanto vidas transformadas quanto mudanças radicais, e isso é impactante, pois adolescentes grávidas, que por muitos são vistas como “aborrescentes” irresponsáveis, são ouvidas, amadas e respeitadas. Muitas adolescentes que por aqui passaram, abraçaram as oportunidades que lhes foram oferecidas. E, de vez em quando, recebem-se notícias que as sementes aqui plantadas já estão frutificando em suas vidas.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, M. O trabalho do assistente social nas organizações privadas não lucrativas. In: **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ ABEPSS, 2009. p. 1-14. Disponível em: <<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/4UkPUxY8i39jY49rWvNM.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

BARONI, A.; CABRAL, F.; CARVALHO, L. **Menores de idade podem se casar?** 2017. Blog Direito Familiar. Disponível em: <<http://direitofamiliar.com.br/menores-de-idade-podem-se-casar/>>. Acesso em: 06 out. 2017.

BERTONI, N. *et al.* Uso de álcool e drogas e sua influência sobre as práticas sexuais de adolescentes de Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 25, n. 6, p.1350-1360, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600017>. Acesso em: 10 out. 2017.

BOCARDI, M. **Gravidez na adolescência: o parto enquanto espaço do medo**. São Paulo: Arte & Ciência, 2003.

BORSA, J. C.; FEIL, C. F. O papel da Mulher no Contexto Familiar: Uma breve Reflexão. In: **psicologia.com.pt**. v. 185. p. 1-12, 2008. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0419.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2017.

BRASIL. Constituição. **Constituição Da República Federativa do Brasil de 1988**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 10 out. 2017.

_____. Decreto-lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. **Código Penal**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm>. Acesso em: 06 out. 2017.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Secretaria especial dos direitos humanos; Ministério da Educação, Acessoria de Comunicação Social. Brasília: MEC, ACS, 2005.

_____. **Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil**. 2017. Elaborado por: Portal Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>>. Acesso em: 28 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher: Princípios e diretrizes**. Brasília: Editora Brasil Ltda, 2004. 82 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília: Ms, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Sexualidades e Saúde Reprodutiva: adolescentes e jovens para a educação entre pares. Saúde e prevenção nas escolas**. 2010. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/guia_sexualidade.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2015/2016: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti**. Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/12/2017-0135-vers-eletronica-final.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

_____. **Orientações técnicas sobre o PAIF (vol. 2): Trabalho social com famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral a Famílias - PAIF**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_2.pdf>. Acesso em: 02 out. 2017.

_____. Lei no 10.406, de 10 de janeiro de 2002. **Institui o Código Civil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm>. Acesso em: 06 out. 2017.

_____. Lei nº 6.015, de 31 de dezembro de 1973. **Dispõe sobre os registros públicos, e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6015compilada.htm>. Acesso em: 06 out. 2017.

_____. Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742compilado.htm>. Acesso em: 10 out. 2017.

_____. Lei nº 11108, de 7 de abril de 2005. **Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS**. Brasília. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm>. Acesso em: 10 out. 2017.

_____. **Saúde distribui meio bilhão de preservativos**. 2012. Elaborado pelo Portal Brasil. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/03/saude-distribui-meio-bilhao-de-preservativos>>. Acesso em: 14 set. 2017.

_____. UNFPA. (Org.). **Gravidez na Adolescência no Brasil**. 2013. Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Gravidez Adolescente no Brasil.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/Gravidez%20Adolescente%20no%20Brasil.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

CALEGARE, M.; SILVA JUNIOR, N. A “construção” do terceiro setor no Brasil: da questão social à organizacional. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 129-148, jun. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2009000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em : 10 out. 2017.

CAVASIN, S. ARRUDA, S. Gravidez na adolescência: desejo ou subversão? In: **Prevenir é sempre melhor – 99**. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde. 2000; p. 39-52. (Série prevenir é sempre melhor). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/157prevenir.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Código de ética do/a assistente social**: Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10ª ed. rev. e atual. Brasília: CFESS, 2012.

CORRÊA, M. Riscos obstétricos. In. MAAKAROUN, M. et al. **Tratado de adolescência**: um estudo multidisciplinar. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1991.

COUTO, B.; YAZBEK, M.; RAICHELIS, R. A Política Nacional de Assistência Social e o Suas: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil**: uma realidade em movimento. COUTO, B.; YAZBEK, M.; SILVA, M.; RAICHELIS, R. (Orgs). São Paulo: Cortez, 2010.

DIAS, A.; AQUINO, E. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 22, n. 7, p.1447-1458, jul. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010211X2006000700009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2017.

DN. Diário do Nordeste. **Ceará é o estado do NE com maior número de casamentos entre adolescentes de 15 a 19 anos**. 2017. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/online/ceara-e-o-estado-do-ne-com-maior-numero-de-casamentos-entre-adolescentes-de-15-a-19-anos-1.1724057>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

EUSÉBIO, Prefeitura de. **Conheça o Eusébio**. Disponível em: <[http://www.eusebio.ce.gov.br/pagina_simples.php?titulo=Conheça o Eusébio&pagina=cidade_conheca_eusebio](http://www.eusebio.ce.gov.br/pagina_simples.php?titulo=Conheça%20o%20Eus%C3%A9bio&pagina=cidade_conheca_eusebio)>. Acesso em: 06 out. 2017.

_____. **Eusébio apresenta experiência do projeto ASA em Brasília**. 2014. Disponível em: <<http://eusebio.ce.gov.br/eusebio-apresenta-experiencia-do-projeto-asa-em-brasilia/>>. Acesso em: 06 out. 2017.

_____. **Eusébio capacita novos integrantes do projeto Agente de Saúde Adolescente**. Disponível em: <

http://www.eusebio.ce.gov.br/noticias_detalhes.php?cod_noticia=704>. Acesso em: 06 out. 2017.

_____. **Projeto ASA apresentado na APRECE.** 2013. Disponível em: <http://www.eusebio.ce.gov.br/noticias_detalhes.php?cod_noticia=233>. Acesso em: 06 out. 2017.

_____. **Projeto Agente de Saúde Adolescente é destaque em relatório anual do Unicef.** Disponível em: <http://www.eusebio.ce.gov.br/noticias_detalhes.php?cod_noticia=1015>. Acesso em: 06 out. 2017.

FALCONER, A. **A Promessa do Terceiro Setor:** Um estudo sobre a construção do papel das Organizações Sem fins Lucrativos e de seu campo de gestão. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP-SP, 1999.

FROTA, A. Diferentes concepções da infância e adolescência: a importância da historicidade para sua construção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 7, n. 1, 2007.

FUNDAÇÃO ABRINQ. **A Criança e o Adolescente nos ODS.** Disponível em: <<https://observatoriocrianca.org.br/cenario-infancia/temas/crianca-adolescente-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel>>. Acessado em: 18 de ago. 2017.

_____. **Sobre Nós.** Disponível em: <<https://www.fadc.org.br/sobre-nos#>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

GENTILLI, R. (Org.). **Perfil profissional do assistente social no mercado de trabalho do Espírito Santo:** relatório final de pesquisa. CRESS - 17ª Região, Gestão 1996/1999, Vitória, 1998.

GOMES, R. et al. A visão da pediatria acerca da gravidez. **Revista Latino Americana de enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 408- 414, mai./jun.2002.

GUANABENS, M. et al. Gravidez na adolescência: um desafio a promoção da saúde integral do adolescente. **Rev Bras Educ Médica**, v. 36, n. 1 Supl 2, p. 20-4, 2012. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43918737/Teenage_pregnancy_a_challenge_for_compre20160320-1876-1pypnve.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1511480820&Signature=SiVihDEqvUcbCjytvjFpn%2B1OX3w%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DGravidez_na_adolescencia_um_desafio_a_p_r.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

IBGE. **Eusébio:** panorama. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/eusebio/panorama>>. Acesso em: 06 out. 2017.

_____. **FASFIL 2010:** associações sem fins lucrativos têm percentual maior de empregados com nível superior que a média nacional. 2012. Disponível em:

<<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/14326-asi-fasfil-2010-associacoes-sem-fins-lucrativos-tem-percentual-maior-de-empregados-com-nivel-superior-que-a-media-nacional.html>>. Acesso em: 03 nov. 2017.

JUNIOR, G.; NETO, F. **Gravidez na adolescência no município de Santana do Acaraú – Ceará – Brasil**: uma análise das causas e riscos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 01, 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/f3_gravidez.html>. Acesso em: 10 out. 2017.

LIMA, W. Política pública: discussão de conceitos. **Revista Interface (Porto Nacional)**, [S.l.], n. 05, nov. 2012. ISSN 2448-2064. Disponível em: <<https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/interface/article/view/370>>. Acesso em: 05 nov. 2017.

LIMA, C. et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v.4 n.1 Recife jan./mar. 2004.

LOBO, J. O Terceiro Setor e o Serviço Social: Empoderar ou Vitimizar?. **Revista Fafi@: Revista da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras**, 3ª edição, Vol. 3, Nº 3, Ano 3, p.1-12, 2012/2013. Disponível em: <<http://www.fescfafic.edu.br/revista/index.php/artigos/78-o-terceiro-setor-e-o-servico-social-empoderar-ou-vitimizar>>. Acesso em: 04 nov. 2017.

LYRA, J. L. L. **Paternidade adolescente**: uma proposta de intervenção. Dissertação de Mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

MADEIRA, V. **Ceará é o 4º do Brasil em número de meninas casadas**. Publicado em: *Diário do Nordeste*. 2017. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/ceara-e-o-4-do-brasil-em-numero-de-meninas-casadas-1.1794428>>. Acesso em: 18 ago. 2017.

MATHEUS, T. **Adolescência**: história e política do conceito na psicanálise. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007.

MONTAÑO, C. **Terceiro Setor e Questão Social**: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

MONTEIRO, C. et al. A violência intra-familiar contra adolescentes grávidas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s.l.], v. 60, n. 4, p.373-376, ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400002>. Acesso em: 10 out. 2017.

MORAES, G.; FERREIRA, M. **Gravidez na Adolescência**: a relação entre maternidade e paternidade frente à questão. 2011. 79 f. TCC (Graduação) - Curso de Serviço Social, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2011. Disponível em: <<http://www.catolica-es.edu.br/fotos/files/GRAVIDEZ> NA

ADOLESCENCIA - A RELACAO ENTRE MATERNIDADE E PATERNIDADE FRENTE A QUESTAO.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

MUNSLINGER, I. et al. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s.l.], v. 29, n. 3, p.357-363, 30 set. 2016. Fundação Edson Queiroz. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/4541>>. Acesso em: 10 out. 2017.

NETTO, E. **Profissão**: assistente social [online]. São Paulo: Editora UNESP; Cultura Acadêmica, 2010. Disponível em: <https://books.googleusercontent.com/books/content?req=AKW5QadvGdUySx6xsQi3h_L1o4o4lawujd8XHqOjBsnxcZpnx8mRu-Kgn7CLaJzCDX1tzQgDrUvN8pm9DEAB2yDsU--el78JHN-IGAI4BL1i68k383RN-n22fpMWsSPTDo9ml1g1unyuw31QMNJHoKLMlCEuGtAdCVwSySVbt-dacldundG0qlv3PumA7iOYv7v8s2sliank2hjEVgBCGSI9qdqnoSjsgw_2UJs-s0Bi19u3kCe6UOcqrjrbVvWpXLwR9_6GRybbOgmJd3q7NqfKWEzj12HRBw>. Acesso em: 10 out. 2017.

NÓBREGA, N. P. Maternidade na adolescência: alienação e reprodução. **Documenta**, III(6), 63-76, 1995.

NUNES, E.; ANDRADE, A. Adolescentes em situação de rua: prostituição, drogas e HIV/AIDS em Santo André, Brasil. **Psicologia & Sociedade**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.45-54, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822009000100006>. Acesso em: 10 out. 2017.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S.; FELDMAN, R. **Desenvolvimento Humano**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Mcgraw Hill, 2013. 800 p.

PARIZ, J.; MENGARDA, C.; FRIZZO, G. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. **Saúde e Sociedade**, [s.l.], v. 21, n. 3, p.623-636, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300009>. Acesso em: 10 out. 2017.

PAULA, R. Assistência Social: direito público e reclamável. In: CRUS, J. et al (Org.). **Coletânea de Artigos Comemorativos dos 20 Anos da Lei Orgânica de Assistência Social**. Brasília: Gráfica Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/20anosLOAS.pdf>. Acesso em: 03 out. 2017.

REIS, S. **A vivência de mulheres grávidas moradoras em uma instituição social e de saúde**. 2007. 135 f. Tese (Doutorado) - Curso de Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-23012008-140537/pt-br.php>>. Acesso em: 10 out. 2017.

REUNIÃO ANUAL DA SBPC, 65, 2013, Recife. **GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA**. MONTEIRO, Denise Leite Maia; VAZ, Raquel Ferreira. Recife:

SBPC, 2013. 7 p.7 f. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/65ra/PDFs/arq_2674_733.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

RIBEIRO, M. **Teorias Psicológicas do Desenvolvimento**. 2011. Disponível em: <http://unipvirtual.com.br/material/2011/licenciatura/teorias_psic_des/unid_1.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

RODRIGUES, R. Gravidez na Adolescência. **Nascer e Crescer**, Porto, v. 19, n. 3, p. 201, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542010000300021&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 set. 2017.

RODRIGUES, D.; NAKANO, A. Domestic violence and drugs abuse in pregnancy. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 60, n. 1, p. 77-80, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000100014&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 13 set. 2017.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. 1ª ed. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SALVADORI, A. et al. **A adolescência**. Disponível em: <<http://www.lite.fe.unicamp.br/papet/2002/el300c/seminario01.htm>>. Acesso em: 10 out. 2017.

SANTOS, S.; SCHOR, N. Vivências da maternidade na adolescência precoce. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 37, n. 1, p.15-23, fev. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102003000100005&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2017.

SCHOEN-FERREIRA, T. et al. Adolescência através dos Séculos. In: **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Abr-Jun 2010, Vol. 26 n. 2, pp. 227-234. Disponível em: <<http://www.repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/5810/S0102-37722010000200004.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 10 out. 2017.

SILVA, L. **O trabalho do assistente social no “terceiro setor”**: a superação das dificuldades e a construção de caminhos. 2008. 187 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://livros01.livrosgratis.com.br/cp071438.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2017.

SILVA, M. **Sexualidade e Gravidez na Adolescência**. 2011. 35 f. TCC (Graduação) - Curso de Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2011.

SILVA, A. et al. Fatores associados à recorrência da gravidez na adolescência em uma maternidade escola: estudo caso-controle **Cad. Saúde Pública**. 2013; 29(3):496-506

TAQUETTE, S. Quando suspeitar, como diagnosticar e como tratar doenças sexualmente transmissíveis na adolescência - Parte 1. **Adolesc Saude**. 2007; 4(2):6-1

TEIXEIRA, M.; CAMPOS, A. O CRAS Que Temos e o CRAS que queremos na percepção dos Assistentes Sociais e Gestores dos CRAS do município de Lages/Sc. Revista Gepesvida, Lages/, v. 2, nº. 2, p.76-86, jan. 2016. Disponível em: <<http://www.icepsc.com.br/ojs/index.php/gepesvida/article/view/118/63>>. Acesso em: 10 out. 2017.

TERENCE, A.; ESCRIVÃO FILHO, E. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais**. In: XXVI ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO - ENEGEP, 9 a 11 de 2006, Fortaleza - CE: ABEPRO; UFCE. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR540368_8017.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

TRINDADE, Z.; MENANDRO, M. Pais adolescentes: vivência e significação. **Estudos de Psicologia (natal)**, [s.l.], v. 7, n. 1, p.15-23, jan. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X2002000100003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 out. 2017>. Acesso em: 10 out. 2017.

TURATO, E. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNICEF. **For every child, a fair chance: the promise of equity**. UNICEF, 2015. Disponível em: <https://www.unicef.org/publications/index_86269.html>. Acesso em: 06 out. 2017.

VELOSO, L.; MONTEIRO, C. Prevalence and factors associated with alcohol use among pregnant adolescents. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, [s.l.], v. 21, n. 1, p.433-441, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000100020&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em : 10 out. 2017.

XIX Encontro de Psicologia e VI Científico de Pós-Graduação em Psicologia, 2006, São Paulo. **Gravidez precoce, gravidez não-planejada ou gravidez não desejada: eis a questão**. ROSA, Alcindo José et al. Disponível em: <http://www2.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/11_ALCINDO_JOSE_ROSA.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

YAZLLE, M. Gravidez na adolescência. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, [s.l.], v. 28, n. 8, p.443-445, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000800001>. Acesso em : 10 out. 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A – FOTOGRAFIAS DO CHAMA
Fotografia 1 — Dependências externas do CHAMA



Fonte: Arquivo Pessoal (2017)

Fotografia 2 — Refeitório e Sala de televisão



Fonte: Arquivo Pessoal (2017)

Fotografia 3 — Área de recreação para as crianças



Fonte: Arquivo Pessoal (2017)

Fotografia 4 — Dormitórios



Fonte: Arquivo Pessoal (2017)

Fotografia 5 — Sala da Coordenação



Fonte: Arquivo Pessoal (2017)

Fotografia 6 — Sala da Psicologia



Fonte: Arquivo Pessoal (2017)