

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
PROGRAMA DE MESTRADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL E
GESTÃO DE CIDADES

ROSIMERI DE SÁ BARRETO

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: uma experiência em Campos dos
Goytacazes/RJ

CAMPOS DOS GOYTACAZES
2010

UNIVERSIDADE CANDIDO MENDES
PROGRAMA DE MESTRADO EM PLANEJAMENTO REGIONAL
E GESTÃO DE CIDADES

Rosimeri de Sá Barreto

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: uma experiência em Campos dos
Goytacazes/RJ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades da Universidade Candido Mendes – Campus de Campos dos Goytacazes/RJ, para obtenção do grau de mestre em Planejamento Regional e gestão de cidades.

Orientadora: Prof.^a Elzira Lucia de Oliveira, D. Sc.

CAMPOS DOS GOYTACAZES
2010

ROSIMERI DE SÁ BARRETO

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: uma experiência em Campos dos
Goytacazes/RJ**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Planejamento Regional e Gestão de Cidades da
Universidade Candido Mendes – Campus de Campos dos
Goytacazes/RJ, para obtenção do grau de MESTRE EM
PLANEJAMENTO REGIONAL E GESTÃO DE
CIDADES

Aprovada em ____ de _____ de 2010

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Elzira Lucia de Oliveira, D. Sc.
Universidade Cândido Mendes

Prof.^a Denise Cunha Tavares Terra, D. Sc.
Universidade Cândido Mendes

Prof. Carlos Eugênio Soares de Lemos, D. Sc.
Universidade Federal Fluminense

**CAMPOS DOS GOYTACAZES
2010**

Dedico esse trabalho à minha família, em especial ao meu pai Raul (*in memoriam*), minha irmã Raniema e minha sobrinha e afilhada Luma pela compreensão e paciência, pelo tempo ausente e pelo companheirismo

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus em primeiro lugar, por me dar saúde, sabedoria e perseverança para atingir meus objetivos.

Agradeço à minha família, que a todo o momento se orgulhou de mim e me deu suporte e incentivo para que eu pudesse me ausentar neste tempo de estudo e pesquisa.

Aos amigos que me ajudaram de forma direta ou indireta nesta caminhada; às amigadas construídas por ocasião do presente Mestrado, e em especial a amiga Celina Márcia Ferreira Ribeiro Barreto de Almeida Rangel.

Aos professores do Mestrado em Planejamento Regional e Gestão de Cidades e todos os funcionários da Universidade Cândido Mendes, sobretudo àqueles com os quais pude ter mais contato e contribuíram para meu amadurecimento acadêmico e profissional.

À minha orientadora, Dr.^a Elzira Lúcia de Oliveira, pelo misto de competência e paciência com qual conduziu todo processo de construção da presente Dissertação, pelas orientações prestadas durante este percurso acadêmico, sempre de forma solícita e interessada.

Aos Diretores, Coordenadores, Equipe Técnica e funcionários do Centro de Referência e Tratamento da Criança e do Adolescente (CRTCA) e do Hospital dos Plantadores de Cana (HPC), pela confiança depositada e por possibilitar a abertura do campo para pesquisa, disponibilizando o acesso a documentação necessária.

Às adolescentes que se dispuseram a participar desta pesquisa.

RESUMO

A gravidez imprime várias mudanças na vida dos adolescentes. Os desdobramentos desse período se refletem na vida familiar, na decisão de continuar ou interromper a gravidez, no relacionamento com o pai da criança, na escolarização e no trabalho. Neste sentido, o contexto social no qual ocorre a maternidade e paternidade na adolescência é importante para a análise deste fenômeno. O presente estudo procurou analisar as características sociodemográficas e comportamentais das adolescentes grávidas, atendidas no Hospital dos Plantadores de Cana (HPC), entre os meses de janeiro de 2008 a junho de 2009 e no Centro de Referência e Tratamento da Criança e do Adolescente (CRTCA), no período de agosto a setembro de 2009, ambos no Município de Campos dos Goytacazes/Rio de Janeiro/Brasil. Ao estudar o perfil sociodemográfico e comportamental das adolescentes grávidas e de seus companheiros, buscou-se identificar associações entre essas variáveis e a ocorrência do evento, com vistas a melhorar o entendimento do fenômeno e, assim, fornecer subsídios para políticas públicas de saúde reprodutiva direcionadas aos adolescentes. O estudo também analisa o grau de escolaridade, conhecimento acerca dos métodos contraceptivos, impactos causados pela gravidez na adolescência, Intercorrência maternas e fetais provenientes desse evento; as motivações alegadas para a experiência sexual; o uso de serviços de saúde, entre outros. Os resultados permitiram concluir que a gravidez na adolescência, ainda, continua sendo um desafio para as políticas públicas, especialmente, as de educação e de saúde. Foi identificado que a grande parte das adolescentes grávidas possui apenas o Ensino Fundamental e que a gravidez se constituiu em causa principal da interrupção dos estudos. Foi pesquisado como o fenômeno da gravidez determinou a mudança da situação conjugal dessas jovens, ocorrendo, especialmente, entre os dezesseis e dezessete anos. Outro dado observado foi que a exclusão social em que estão inseridas ocasiona a falta de projetos de vida e aumenta a suscetibilidade de uma gravidez precoce. Concluiu-se que entender as características da adolescente grávida, é uma forma de avaliar e buscar prevenir este acontecimento, quando ele não é planejado, bem como buscar superar os desafios que ainda permanecem na implementação de políticas públicas voltadas a esse segmento.

Palavras-Chave: Adolescência, Gravidez, Perfil Sociodemográfico, Políticas Públicas.

ABSTRACT

Pregnancy prints several changes in the life of teenagers. Developments of that period reflected in family life, in the decision to continue or abort the pregnancy, in the relationship with the child's father, in school and at work. In this sense, the social context in which occurs the maternity and paternity in adolescence is important for the analysis of this phenomenon. The present study sought to analyse the socio-demographic and behavioral characteristics of pregnant adolescents, they were consulted in the *Hospital Plantadores de Cana* (HPC), between the months of January, 2008 to June 2009, and in the Centre of reference, and Treatment of children and adolescents (CRTCA), in the period August to September 2009, both in the municipality of *Campos dos Goytacazes/Rio de Janeiro/Brasil*. In the study of the socio-demographic profile and behavioral of the pregnant adolescents and their companions, it attempted identify associations between these variables and the occurrence of the event, with pretensions to get better the understanding of the phenomenon and, thus, supply subsidies for reproductive health public policies directed to teenagers. The study also analyzed the degree of schooling, knowledge of contraceptive methods, impacts caused by teenage pregnancy, maternal and fetal uneventful from that event; the motivations alleged sexual experience; the use of health services, among others. The results led to the conclusion that the teenage pregnancy still remains a challenge for public policies, especially the education and health. It was identified that the large proportion of pregnant adolescents has only the elementary school. The pregnancy was the primary cause of the interruption of studies. It was searched as the phenomenon of pregnancy has determined the conjugal situation change, young people, occurring especially, between sixteen and seventeen years of age. Other data observed was social exclusion in which they are incorporated that brings about the lack of life projects and increases the susceptibility of premature pregnancy. It was concluded that to understand the characteristics pregnant teen, it is a way to evaluate and seek to prevent this happening, when this is unplanned. Remain the challenges to be overcome as implementation of serious public policies and functional was gone back to that segment.

Keywords: Adolescence, Pregnancy, Sociodemographic Profile, Public Policy

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC	49
FIGURA 2: TAXA ESPECÍFICA DE FECUNDIDADE – BRASIL 2000-2006.....	50
FIGURA 3: NÍVEL DE ESCOLARIDADE DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC	51
FIGURA 4: SITUAÇÃO PROFISSIONAL DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC.....	51
FIGURA 5: GESTAÇÕES ANTERIORES DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC.....	52
FIGURA 6: NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ NATAL REALIZADAS PELAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC	52
FIGURA 7: TIPO DE PARTO REALIZADO PELAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC	54
FIGURA 8: INTERCORRÊNCIA FETAL ENCONTRADA NOS PARTOS DE ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC	57
FIGURA 9: INTERCORRÊNCIA MATERNA ENTRE AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC.....	59
FIGURA 10: DISTRIBUIÇÃO ETÁRIA DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA	63
FIGURA 11: ESTADO CIVIL DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA.....	64
FIGURA 12: PERMANÊNCIA NA ESCOLA DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA	64
FIGURA 13: MOTIVO PELO QUAL AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA PARARAM DE ESTUDAR.	65
FIGURA 14: NÍVEL DE ESCOLARIDADE DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA.....	65
FIGURA 15: RENDA FAMILIAR DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA	66
FIGURA 16: IDADE DA MENARCA NAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA	66
FIGURA 17: IDADE DA SEXARCA NAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA.....	67
FIGURA 18: FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE ORIENTAÇÃO SEXUAL SEGUNDO AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA.....	69
FIGURA 19: CONHECIMENTO SOBRE IDADE DE REPRODUÇÃO SEGUNDO AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA.....	69
FIGURA 20: USO ESPORÁDICO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS SEGUNDO AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA.....	70
FIGURA 21: PLANEJAMENTO DA GRAVIDEZ SEGUNDO AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA	71
FIGURA 22: USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS QUANDO ENGRAVIDOU SEGUNDO AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA.....	71
FIGURA 23: MOTIVO PARA TER RELAÇÃO SEXUAL SEGUNDO AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA.	72
FIGURA 24: IDADE DO PARCEIRO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA.....	73
FIGURA 25: REAÇÃO DO PARCEIRO COM A GRAVIDEZ SEGUNDO AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA ...	73
FIGURA 26: REAÇÃO DA ADOLESCENTE ATENDIDA NO CRTCA EM RELAÇÃO À GRAVIDEZ.....	73
FIGURA 27: SITUAÇÃO DA RELAÇÃO APÓS A GRAVIDEZ SEGUNDO AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA.....	74
FIGURA 28: PERCEPÇÃO DAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA SOBRE IDADE IDEAL PARA SER MÃE.....	74

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 PROPORÇÃO DE NASCIDOS VIVOS (%) POR IDADE DA MÃE SEGUNDO ANO – RIO DE JANEIRO 1998-2006	50
TABELA 2 RELAÇÃO TIPO DE PARTO POR NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ NATAL REALIZADO PELAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC	54
TABELA 3RELAÇÃO IDADE SEGUNDO O TIPO DE PARTO REALIZADO PELAS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC	56
TABELA 4 NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL POR INTERCORRÊNCIA FETAL NOS PARTOS DE ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC	57
TABELA 5 RELAÇÃO IDADE POR INTERCORRÊNCIA FETAL NOS PARTOS DE ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC	59
TABELA 6 RELAÇÃO IDADE POR INTERCORRÊNCIA MATERNA ENTRE ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC.....	60
TABELA 7 RELAÇÃO NÚMERO DE CONSULTAS POR INTERCORRÊNCIA MATERNA ENTRE ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC	61
TABELA 8 RELAÇÃO TIPO DE PARTO POR INTERCORRÊNCIA MATERNA ENTRE AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC	62
TABELA 9 RELAÇÃO INTERCORRÊNCIA MATERNA E INTERCORRÊNCIA FETAL NOS PARTOS DE ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC	62
TABELA 10 RELAÇÃO TIPO DE PARTO POR INTERCORRÊNCIA FETAL ENTRE AS ADOLESCENTES ATENDIDAS NO HPC	63
TABELA 11 RELAÇÃO IDADE DA MENARCA/IDADE DA SEXARCA ENTRE AS ADOLESCENTES DO CRTCA	67
TABELA 12 RELAÇÃO ENTRE IDADE E MOTIVO DA RELAÇÃO SEXUAL ENTRE ADOLESCENTES ATENDIDAS NO CRTCA.....	72

LISTA DE SIGLAS

AIDS	- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANEP	- Associação Nacional de Estudos e Pesquisa
ASFLUCAN	- Associação Fluminense dos Plantadores de Cana
BEMFAM	- Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar no Brasil
CEBRAP	- Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CF	- Constituição Federal
CIPD	- Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento
CLAM	- Centro Latino-Americano em Sexualidade e Direitos Humanos
CREMESP	- Conselho Regional de Medicina de São Paulo
CRTCA	- Centro de Referência e Tratamento da Criança e Adolescente
DATASUS	- Empresa de processamento de dados do sistema único de saúde
DHEG	- Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DINSAMI	- Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	- Estatuto da Criança e do Adolescente
FMC	- Faculdade de Medicina de Campos
HPC	- Hospital dos Plantadores de Cana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LOAS	- Lei Orgânica da Assistência Social
MEC	- Ministério da Educação e Cultura
MPAS	- Ministério da Previdência e Assistência Social
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PAISM	- Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNDS	- Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PROSAD	- Programa de Saúde do Adolescente
SIM	- Sistema de Informações Sobre Mortalidade
SINASC	- Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos
SUS	- Sistema Único de Saúde
UNESCO	- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	- Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNFPA	- Fundo da População das Nações Unidas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2.	FAMÍLIA E SEXUALIDADE NO CONTEXTO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	15
2.1	A ADOLESCÊNCIA E SUAS DEFINIÇÕES	15
2.2	ADOLESCÊNCIA E COMPORTAMENTO SEXUAL.....	18
2.3	A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS	25
3	GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: POLÍTICAS PÚBLICAS, DIREITOS E DESAFIOS.....	32
3.1	PROBLEMATIZANDO A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	38
4	METODOLOGIA E RESULTADOS	47
4.1	A METODOLOGIA UTILIZADA	47
4.2	OS CAMPOS ESTUDADOS.....	48
4.3	OS RESULTADOS ENCONTRADOS NO HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA.....	49
4.4	OS RESULTADOS ENCONTRADOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA E TRATAMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	63
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75
	REFERÊNCIAS	78
	ANEXOS	90

1 INTRODUÇÃO

“Nada é mais importante do que criar um ambiente no qual as pessoas sintam que fazem uma diferença. Não há como se sentir bem em relação ao que você está fazendo sem acreditar que está fazendo uma diferença”
(Jack Stack)

A questão da gravidez na adolescência surge nas sociedades urbano-industriais no decorrer das últimas décadas, como eixo de análise onde são enfatizadas a repercussão da liberação e de novos comportamentos na área da sexualidade e da vida reprodutiva, deste segmento populacional.

A gravidez na adolescência tem sido tratada como problema de saúde pública no Brasil e, associada às características sociodemográficas de suas protagonistas, se constitui também como um problema social. Na área de saúde, foi adotada uma atitude normativa em torno da gravidez na adolescência, produzindo-se um discurso de que gestação, nessa faixa etária, seja um evento "precoce", sendo assim considerada gestação de alto risco, por comprometer a saúde da adolescente e do seu filho. Em que pese as implicações biológicas, familiares, emocionais, econômicas e jurídico-sociais apontadas por diversos estudos, pode-se acreditar que, possivelmente, as implicações sociais suplantem, em causas e efeitos, o risco biológico.

O presente estudo teve como objetivo analisar as características sociodemográficas e comportamentais das adolescentes grávidas, atendidas no Centro de Referência e Tratamento da Criança e do Adolescente¹ (CRTCA) e no Hospital dos

¹ O Centro de Referência e Tratamento da Criança e do Adolescente (CRTCA), localizado na Rua Barão de Miracema, n. 326, Centro – Campos dos Goytacazes/RJ, funciona como referência para o atendimento interdisciplinar para crianças e adolescentes no Município. Conta com diversas especialidades médicas e equipe multiprofissional.

Plantadores de Cana² (HPC), no Município de Campos dos Goytacazes/RJ. Buscou-se identificar associações entre as variáveis sociodemográficas e a ocorrência do evento com o intuito de melhorar o entendimento do fenômeno e, assim, fornecer subsídios para políticas públicas de saúde reprodutiva direcionadas aos adolescentes.

Devido à multiplicidade de variáveis que cerca o fenômeno da gravidez na adolescência, esta pesquisa teve como estratégia metodológica identificar o perfil sócio-demográfico e comportamental de um grupo de gestantes adolescentes. Foram entrevistadas cem adolescentes, em acompanhamento pré-natal no Centro de Referência e Tratamento da Criança e do Adolescente gerenciado pela Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes, no período compreendido entre agosto a setembro de 2009. As entrevistas foram individuais e privativas, com roteiro previamente elaborado, buscando identificar: contexto sócio-familiar e econômico, condições de moradia, trajetória escolar, profissional, afetivo-sexual, gravidez e seus impactos na família e no relacionamento com parceiro, além das repercussões da maternidade na adolescência.

Foram ainda analisados quinhentos e cinquenta e um prontuários de gestantes adolescentes, que foram internadas para a resolução da gestação no Hospital dos Plantadores de Cana – HPC, entre os meses de janeiro de 2008 a junho de 2009. Tal pesquisa foi desenvolvida no período de agosto a outubro de 2009.

A motivação para estudar o tema, veio do exercício diário da profissão, como médica ginecologista e obstetra, trabalhando em serviço público, inclusive com gestantes adolescentes.

Por vezes no exercício da profissão, foi preciso buscar conhecimentos em outras áreas para responder as demandas e indagações que surgiam cotidianamente. Consoante a isso, a possibilidade de desvendar, compreender e analisar o mundo da adolescente; as suas angústias, os seus sonhos, as suas frustrações e suas dúvidas é um desafio ao exercício profissional.

O que se percebe, neste contato quase diário, é que apesar da existência dos projetos e programas voltados para a saúde do adolescente, muito ainda é necessário avançar em relação aos serviços de atendimento à gravidez na adolescência. Neste sentido, para um profissional da área médica, entender essa realidade viabiliza a proposição de ações mais eficazes e necessárias na área de saúde pública.

² O Hospital dos Plantadores de Cana (HPC), localizado na Avenida José Alves de Azevedo, n. 337, Centro – Campos dos Goytacazes/RJ, atualmente funciona como unidade de referência municipal em Ginecologia e Obstetrícia de alto risco, para atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Contudo, o profissional de saúde não pode ignorar as múltiplas variáveis que integram o arcabouço analítico da questão: políticas públicas, reprodução social e saúde pública.

A gravidez na adolescência tem sido abordada e é foco de preocupação para a saúde pública, não apenas pelo risco biológico. O evento pode contribuir para o aumento da pobreza, do gasto público em saúde e assistência social, da evasão escolar, do subemprego, da desestruturação familiar e, neste sentido, o risco de morte (biológico) acaba sendo suplantado pela implicação social a que estão submetidas as adolescentes.

No capítulo 2, através do tema “**Família e Sexualidade no contexto da Gravidez na Adolescência**” se estabelece o diálogo acerca da família e da adolescência, enfocando as suas definições e apresentando como as mudanças sociais e culturais influenciam no comportamento sexual.

O capítulo “**Gravidez na Adolescência: Políticas Públicas, Direitos e Desafios**” enfoca a problematização da gravidez na adolescência e sua interface com as políticas de saúde pública e social, apresenta as estratégias utilizadas para a sua resolução, tais como a criação de programas específicos e de leis garantidoras de direitos aos adolescentes e os desafios que ainda precisam ser superados.

O capítulo “**Metodologia e Resultados**” apresenta a metodologia utilizada e o desenvolvimento da pesquisa, o público alvo e discute-se os resultados da pesquisa.

Nas considerações finais são sinalizados os pontos julgados relevantes para subsidiar ações de saúde pública para esse segmento populacional.

2. FAMÍLIA E SEXUALIDADE NO CONTEXTO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

*“Começo a conhecer-me. Não existo.
 Sou o intervalo entre o que desejo ser e os outros me fizeram,
 Ou metade desse intervalo, porque também há vida...
 Sou isso, enfim...
 Apague a luz, feche a porta
 E deixe de ter barulhos de chinelo no corredor.
 Fique eu no quarto só com o grande sossego de mim mesmo.
 É um universo barato”
 (Álvaro de Campos)*

2.1 A ADOLESCÊNCIA E SUAS DEFINIÇÕES

A análise em torno da adolescência subentende a compreensão de uma pluralidade de definições, dentre as quais são consideradas as mudanças biopsicossociais, emocionais, cognitivas e sociais, que o adolescente vivencia. Tomando-se por base o critério biológico, o início da adolescência coincide com o início da puberdade, compreendendo a faixa etária dos nove aos treze anos, porém, considerando o aspecto psicossocial esta fase pode ser estendida, não sendo possível determinar idades específicas.

Philippe Ariès (2006), afirma que o termo adolescência, no século XVIII, estava associado com a fase da infância, uma vez que a puberdade, a infância e a adolescência ocupavam uma mesma categoria, e que as palavras “*puer*” e “*adolescens*” são originárias do latim e atribuídas as mais variadas etapas da juventude antes de ser considerado adulto. Deste modo, Ariès (2006) sinaliza que somente no século XIX ocorreu a separação entre infância e adolescência como etapas distintas e com características próprias do desenvolvimento dos indivíduos e, foi a partir do século XX que a adolescência foi introduzida como uma categoria privilegiada de análise.

Freud no início do século XX definia a adolescência como o período que se instalava posteriormente à puberdade, quando as mudanças visando à maturidade sexual já ocorreram. As modificações dessa fase revelam no corpo as transformações e mudanças orgânicas que têm por objetivo a reprodução da espécie humana. Esse processo orgânico se concretiza por meio das modificações e ações hormonais, que despertam no adolescente o interesse pela sexualidade, e assim, ao testá-la, a gravidez passa a ser um risco implícito (BASTOS, 1992).

A construção histórica conceituando o adolescente e seu papel na sociedade vem sendo discutida há mais de um século. Na atualidade, percebe-se que as mudanças corporais têm ocorrido cada vez mais precocemente, o que evidencia a adolescência como uma das fases mais subjetivas e, por isso, mais complexa de se entender (JOVER; NUNES, 2005).

Calligaris (2000) define a adolescência como um período no qual o indivíduo já conseguiu assimilar os valores da sociedade; que o corpo já chegou a uma determinada maturação, mas, ainda não é reconhecido como um adulto. Não é capaz de assumir os papéis sociais inerentes à vida adulta, necessitando de orientação para enfrentar a transição para a vida adulta.

As definições são variadas. Alguns autores definem a adolescência considerando as características biológicas, outros consideram a maturidade psicossocial. Tentando uma definição mais homogênea, o Ministério da Saúde (2005) estabelece que o início da adolescência é marcado pela puberdade, que introduz os primeiros indícios de maturação sexual. Neste sentido, a adolescência é considerada a etapa da vida "compreendida entre a infância e a fase adulta, vivenciada por um denso processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 7). Essa afirmação é consensual na cultura ocidental contemporânea. Pode-se dizer, então, que o conceito de adolescência, apresentado pelo Ministério da Saúde, envolve:

...um processo amplo de desenvolvimento biopsicossocial. A puberdade constitui uma parte da adolescência caracterizada, principalmente, pela aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, evolução da maturação sexual.

A puberdade é um parâmetro universal, ocorrendo de maneira semelhante em todos os indivíduos; já a adolescência é um fenômeno singular caracterizado por influências socioculturais que vão se concretizando por meio de reformulações constantes de caráter social, sexual e de gênero, ideológico e vocacional (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 8).

Em que pese as mais variadas conceituações, instituições como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde consideram a adolescência o período que compreende a segunda década da vida – de 10 a 19 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Já o Estatuto da Criança e do Adolescente, em seu artigo segundo, considera adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade.

No aspecto legal, considera-se adolescente o indivíduo com idade ente 12 e 18 anos, que é o conceito adotado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, em que os adolescentes passaram a ser sujeitos de direitos perante a sociedade. Entretanto, encontra-se uma diferença entre a faixa etária fixada pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e pela Organização Mundial da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Contudo, neste trabalho, foi adotado o conceito de adolescente da Organização Mundial da Saúde e do Ministério da Saúde de 10 a 19 anos.

Outros fatores devem estar associados à definição dessa fase da vida, pois, apenas a idade, não é suficiente para caracterizá-la. Campos (2000) enfatiza que a adolescência pode ser identificada por intermédio de processos psicológicos nos quais as reações do jovem às suas mudanças físicas e a resolução de sua identidade pessoal estão envolvidas. Diz ainda que, para a maioria das pessoas, essa fase compreende o período entre 11 e 21 anos.

Complementando tais definições, Amazarray et al. (1998) sugerem que a adolescência consiste em um período onde o indivíduo encontra-se sob total dependência social e econômica da família. A associação do período da adolescência e da juventude à noção de irresponsabilidade, crise, desordem social, é que demanda atenção especial pelo poder público. Contudo, nas análises relacionadas às características da adolescência, tem-se que levar em conta possíveis situações de riscos associadas a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e até mesmo biológicos a que muitos adolescentes estão expostos. Os próprios autores não chegam a um consenso em relação à definição da adolescência, no que diz respeito à idade, para que possa demonstrar maturidade biopsicossocial para o enfrentamento da vida dita “adulta”.

Segundo Costa (1997), o adolescente deve ser considerado como um sujeito diante da construção de sua identidade pessoal, sexual e afetiva, vivenciando um período repleto de transformações compreendido entre as fases de transição entre o ser criança e o ser adulto.

Em nossa cultura, a passagem para a vida adulta é um verdadeiro enigma. A adolescência não é só uma moratória mal justificada, contradizendo valores cruciais como o ideal de autonomia. Para o adolescente, ela não é só uma sofrida privação de reconhecimento e independência, misteriosamente idealizada pelos adultos. É

também um tempo de transição, cuja duração é misteriosa (CALLIGARIS, 2000, p.18).

As mudanças que a sociedade vem passando nas últimas décadas, se refletem nas mais variadas organizações sociais e familiares. Em que pese a diversidade dos arranjos domiciliares e familiares da sociedade contemporânea a família constitui-se em um grande referencial na vida do adolescente. Ela é o primeiro agente socializador e desempenha funções de organização básica da socialização e da sexualidade. Neste sentido, suas características e peculiaridades influenciam diretamente no desenvolvimento e comportamento emocional e sexual do adolescente.

No período da adolescência os questionamentos são aflorados, há uma série de dúvidas relacionadas a regras, limites, valores, religiosidade, e isso, muitas vezes, impulsiona uma tensão no ambiente familiar, pois, geralmente, os pais sentem dificuldade e despreparo em lidar com essa nova situação em suas vidas. Por outro lado, na busca de estabelecer relações com os que os compreende, a identificação do adolescente com seus amigos se torna mais constante.

Observa-se que vários avanços no contexto familiar estão ocorrendo, como exemplos significativos pode-se citar: a aceitação da sexualidade dos adolescentes, o sexo antes do casamento e também a gravidez na adolescência. Basta fazer a comparação com algumas décadas atrás, quando o fato de perder a virgindade era motivo de desonra para a adolescente e a família, além de, na maioria das vezes, culminar com sua expulsão da casa dos pais. Portanto tabus, inibições e estigmas estão diminuindo, e a atividade sexual entre adolescentes, aumentando.

2.2 ADOLESCÊNCIA E COMPORTAMENTO SEXUAL

Pensar as mudanças ocorridas no comportamento sexual dos adolescentes requer uma reflexão das transformações sociais e institucionais, ocorridas na sociedade no período da Modernidade. Giddens (1991) assinala que na idéia de modernidade tem-se inerentemente um contraste com a tradição. Contudo enfatiza que:

(...) A tradição não é inteiramente estática, porque ele tem que ser reinventada a cada nova geração conforme esta assume sua herança cultural dos precedentes. A tradição não só resiste á mudança como pertence a um contexto no qual há, separados, poucos marcadores temporais e espaciais em cujos termos a mudança pode ter alguma forma significativa (GIDDENS, 1991, p. 44)

Giddens (1991) relata que nenhum conceito é estático, portanto sempre sofre mudanças de acordo com o *locus* no qual estão inseridos, as mudanças de interpretação ocorrem de acordo com os interesses sociais, políticos e econômicos de uma sociedade. Baseados nessa afirmação pode-se verificar que muitos aspectos da sexualidade, que são vivenciados na atualidade, refletem resquícios da tradição. Apesar dos avanços tecnológicos, do poder exercido pela mídia, da iminente sociedade do consumo, tão presentes na realidade do adolescente, constata-se que muitas concepções falsas ou erradas sobre sexo e sexualidade ainda permanecem presentes na atualidade.

Os tabus e preconceitos fazem com que as pessoas, e principalmente os adolescentes, evitem buscar informações sobre sexo, sexualidade de pessoas especializadas, o que pode acarretar sérias conseqüências para a saúde. Para muitos pais, há um conflito muito grande no momento em que precisam dialogar com seus filhos sobre sexualidade, muitas vezes não sabem como agir. Dessa forma, acabam dando muita liberdade aos filhos ou até mesmo privando-os das coisas prazerosas da vida (ALMEIDA, 2009).

A permissividade, a mudança de vários valores sociais, os reflexos da vida contemporânea nas relações familiares, a autonomia dos adolescentes, a busca por identidade independente e revolucionária faz com que, na sociedade atual haja uma ambiguidade de sentimentos e provoque variadas reações dos pais frente ao comportamento e a sexualidade do adolescente. A liberação sexual reivindicada pelos adolescentes que demonstram maturidade física e biológica para executá-las não vem atrelada a maturidade psicossocial e econômica para enfrentar as suas conseqüências, entre as quais destaca-se a gravidez.

A identidade é, portanto, um processo de negociação constante cujo desafio é viver tecendo a trama da continuidade. Se a certeza escapa, a necessidade de se tornar reflexivo e aprendente torna o presente um momento de *máximo* encanto, em que a identidade se faz aqui e agora e na experiência (SOUZA, 2004, p. 56).

A adolescência é a possibilidade de se relacionar com os mais variados questionamentos interiores e exteriores – tão presentes neste período da vida – e viver em uma sociedade onde existe certa permissividade e que simultaneamente, ainda é regida pelos valores morais, restringindo a sua atividade sexual. Com isso, constata-se que, ao mesmo tempo em que a sociedade proíbe com tabus, regras, tradição e preconceito, a mídia a todo momento estimula a sexualidade, por intermédio da erotização do estereótipo adolescente. Ou seja, da mesma forma que o sexo é visto como natural na adolescência pela sociedade, a gravidez nesta fase é considerada como imprópria nos dias atuais.

Das mudanças ocorridas no comportamento da sociedade em relação à sexualidade talvez o que chame mais a atenção seja a forma com que as famílias lidam com a sexualidade dos filhos. Se aos jovens de gerações passadas a sexualidade plena era aceita com a consumação do casamento, na sociedade atual incorporou-se com naturalidade as relações sexuais entre jovens como comportamento aceitável e até esperado. Atualmente, influenciadas por fenômenos como a violência ou até mesmo como sinônimo de modernidade, é comum às famílias aceitarem e até incentivarem que seus filhos/filhas tragam seus/suas namorados/namoradas para dormir em casa. Desse modo, essa intimidade antes conquistada com o casamento ou com a saída da casa dos pais, não é vista hoje, pela maioria dos jovens, como mais uma aspiração a se alcançar com a condição de adulto (PEREIRA, 2007, p. 28).

Na adolescência a sexualidade ganha amplitude nas relações cotidianas, os sentimentos são vividos com enorme intensidade e o adolescente, inexperiente, sem maturidade, muitas vezes, não sabe como lidar com ela. Por isso, a sexualidade deve ser considerada como importante dimensão de todas as etapas da vida, envolvendo satisfação, afetividade, prazer, saúde etc. Em geral, é traduzida pelos adolescentes como uma gama de descobertas, experimentações e vivência de liberdade, possibilitando a realização de sua independência e de práticas próprias da juventude (ONU, 2003 apud MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Pode-se afirmar que foi com a ampliação da definição de saúde pela OMS, estabelecendo que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade” (CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2006, p. 41), que novos conceitos foram inseridos em relação à saúde da criança, à saúde da mulher, e à saúde materno-infantil. Neste sentido, como fruto dos debates travados pelo Movimento Feminista, no ano de 1977, o Ministério da Saúde, lançou o Programa de Saúde Materno Infantil, que incluía a prevenção das gestações consideradas de alto risco, entre as quais as gestações nos extremos da vida, ou seja, na adolescência e acima dos 35 anos. Esse marco contribuiu para a visão da gravidez na adolescência como um problema de ordem biológica. (CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2006).

A partir dessa nova concepção, a saúde reprodutiva passou a fazer parte da agenda das políticas públicas. Foi na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD), realizada no Cairo em 1994, que ocorreu uma mudança na visão das políticas populacionais. A partir de então, as ações passaram a ter como principal objetivo a defesa das premissas de direitos humanos, bem-estar social, igualdade de gênero, planejamento familiar para as questões de saúde e dos direitos reprodutivos e sexuais. Neste contexto, os direitos sexuais partiriam da premissa de que a sexualidade deve ser exercitada em todas as fases da vida de forma responsável, sem que a liberação social se torne motivo de problemas sociais e

de saúde pública, como os homossexuais e a AIDS, os adolescentes e a gravidez (CORRÊA; JANNUZZI; ALVES, 2006).

O conceito de direitos sexuais foi desenvolvido muito mais recentemente do que aquele de direitos reprodutivos. Na verdade, seus conteúdos continuam a ser elaborados e refinados, na medida em que a utilização do termo amplia-se na esfera política e na sociedade. Melhor elaboração e maior precisão dos direitos sexuais implicam grande complexidade, na medida em que definem prerrogativas e limites em relação às práticas sexuais, pois levantam questões no campo das identidades, assim como no que diz respeito à definição de parâmetros para a ingerência do Estado numa esfera tão íntima da vida humana (CORRÊA; PARKER, 2004 apud CORRÊA; JANUZZI; ALVES, 2006, p. 50).

Entre os adolescentes, as prerrogativas e limites em relação às práticas sexuais estão se definindo cada vez mais. A liberação sexual dos adolescentes tem sido incorporada pela sociedade, porém ainda não se conseguiu desvincular, de forma efetiva, o sexo da procriação – mesmo que esta seja indesejada nesta população. Pensar a sexualidade como um processo que surge na adolescência é pensar num contexto que envolve desejos, descobertas, sentimentos etc., portanto esse assunto não pode ser ignorado ou adiado, devendo ser elaborado, discutido e construído.

Assim, é importante que o adolescente receba informações que contemplem uma adequada educação sexual, para que aprenda a cuidar de sua saúde reprodutiva e da do seu parceiro(a). Espera-se também que tenha condições de discutir sobre sua sexualidade, superando seus medos, anseios e dúvidas, entendendo as implicações que a liberação sexual impõe nesse universo social, histórico e cultural, dito mundo moderno e globalizado.

Observa-se, ao longo da história, que o conceito de prevenção sempre foi considerado como obrigação e função da mulher. Até os métodos contraceptivos, em maioria foram desenvolvidos para o sexo feminino. Se a maternidade adolescente não era acompanhada de uma paternidade adolescente e mesmo assim recaiam sobre a adolescente a responsabilidade da prevenção na atualidade os problemas tendem a aumentar, pois a paternidade adolescente vem se tornando uma realidade.

No debate sobre adolescência e sexualidade a questão da gravidez se apresenta, como um problema muito sério, pois se considera que a gravidez provoca a interrupção de um processo de crescimento e amadurecimento, resultando em perdas de oportunidades. A adolescência é uma fase propícia à escolarização, ao início da preparação para a vida profissional e até mesmo ao exercício da sexualidade, desde que praticada de forma responsável, desvinculada da reprodução, pois ela deve ser exercida como forma de prazer, satisfação e não como apenas com o objetivo da procriação e perpetuação da espécie.

Oliveira (1998, p. 1) indica em seu estudo que uma complexa “rede de fatores faz com que a gravidez na adolescência ofereça um grau elevado de implicações para a mãe e para a criança, especialmente as de classes populares”.

Brandão também identificou diferentes argumentos na análise da questão e paralelo a isso apresentou alguns elementos que podem estar relacionados à gravidez: “a já mencionada situação de risco da gravidez precoce (e conseqüências), a incapacidade psíquica dos jovens para criar os filhos, o nexa com situações de marginalidade social e econômica, como também, as estratégias de inserção social e/ou no mundo dos adultos” (BRANDÃO 2003 apud DIAS; AQUINO, 2006, p. 1448).

A gravidez imprime várias mudanças na vida de adolescentes, cujos desdobramentos se refletem na vida familiar, na decisão de continuar ou interromper a gravidez, no relacionamento com o pai da criança, na escolarização e no trabalho. Neste sentido, o contexto social e familiar no qual ocorre a maternidade e a paternidade na adolescência é importante para a análise deste fenômeno. Um dos fatores que merece destaque é a aceitação da gravidez da adolescente por sua família.

Lima et al (2004) sinalizam que os mais diversos sentimentos surgem para a família diante da descoberta de uma gravidez na adolescência, como os de revolta, abandono e aceitação do inevitável. A família, diante da situação, pode agir de forma impensada, como expulsar a adolescente de casa, induzir ou exigir que a adolescente aborte, ou assuma a gravidez, impondo ou não, o casamento ou a união estável. Nessa situação, em geral, é a própria família que arcará com o ônus principalmente financeiro.

Embora se observe que, se para muitas adolescentes a gravidez pode apresentar-se como um sentimento de realização e felicidade por ter sido desejada, para outras pode representar tristeza, medo, insegurança e até mesmo desespero, pois, a gravidez não estava nos seus planos e a responsabilidade pela maternidade recai totalmente sobre elas. Vê-se assim que a opção de ser ou não mãe transforma-se num momento de peculiar dificuldade de decisão, que envolve uma série de fatores, o que muitas vezes acaba se configurando na opção pelo aborto (SOUZA et al, 2001).

O aborto torna-se, então, a única saída para estas adolescentes e, neste desafio, elas arriscam suas próprias vidas, quando decidem interromper a gravidez utilizando-se de quaisquer recursos que tenham à mão. Esta decisão muitas vezes é vivida de forma solitária e clandestina, ou sobre pressão dos parceiros ou familiares. O sentimento de abandono não significa necessariamente que sejam deixadas sozinhas, mas sim porque o parceiro e familiares são os primeiros a propor o aborto, sem maiores indagações. Por ser proibido, o aborto leva a pressões psicológicas e sociais muito grandes, sendo carregado de medo, culpa, censura, vergonha, e estas

adolescentes ainda enfrentam o desprezo, a humilhação e o julgamento dos profissionais de saúde (SOUZA et al, 2001, p. 44).

Neste sentido, torna-se relevante observar a recorrência do fenômeno da gravidez na adolescência nas famílias em que as mães também engravidaram quando ainda adolescentes, demonstrando, assim, certa circularidade deste evento. Segundo dados da pesquisa GRAVAD³:

52,5% das jovens mães declaram que suas próprias mães tiveram o primeiro filho também antes dos vinte anos de idade, enquanto, ao contrário, a maioria das jovens não-mães (67,8%) afirmou que suas respectivas mães experimentaram a maternidade após esta faixa etária (DIAS; AQUINO, 2006, p.1452).

Oliveira (1998, p. 6) salienta ainda que “a visão romântica de que o sexo acontece sem esperar engloba a questão de que seria falta de romantismo mostrar desejo de fazer sexo por prazer”. Essa seria uma forma de conformação da adolescente e, também de aceitação dos pais diante da gravidez na adolescência.

Outro aspecto ressaltado por Oliveira (1998) é a falta de informação da adolescente sobre seu corpo e sobre o seu ciclo reprodutivo, que, aliado ao que se denominou na Psicologia de “pensamento mágico infantil”⁴, leva a adolescente sentir-se imune à gravidez. O pensamento mágico é fundamental na decisão sobre continuar a gestação ou abortar.

Esse pensamento é uma das causas da demora da decisão sobre a continuidade ou não da gravidez. Enquanto o tempo vai passando o aborto vai se tornando inviável e a prevenção de problemas obstétricos, que podem ocorrer nesse tipo de gravidez, mais difícil. É como se a adolescente tivesse a certeza de que "se pensasse bem forte a gravidez iria embora". O receio, muitas vezes fundamentado, da reação dos pais e o não-atendimento de suas necessidades específicas pelo Serviço de Saúde, decorrentes das grandes mudanças biológicas, psicológicas e sociais pelas quais está passando, seriam outros motivos que levariam a adolescente a "esconder" o maior tempo possível sua gravidez (OLIVEIRA, 1998, p. 58).

³ A pesquisa GRAVAD consistiu numa investigação interdisciplinar, visando compreender os fenômenos da gravidez e da parentalidade na juventude, bem como de suas conseqüências como parte das trajetórias biográficas e sociais. Estudo multicêntrico realizado em Salvador, Rio de Janeiro e Porto Alegre, mediante estratégias metodológicas quantitativas e qualitativas, envolvendo 4.634 jovens, homens e mulheres, com idade entre 18 e 24 anos (27,2% homens e 52,8% mulheres). O período de realização foi 2001-2002. Pesquisa realizada pelo Programa de Estudos em Gênero e Saúde (Musa); Instituto de Saúde Coletiva/UFBA; Instituto de Medicina Social da UERJ e Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Está sistematizada e apresentada no livro “O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros”, organizado por Maria Luiza Heilborn; Estela M. L. Aquino, Michel Bozon, Daniela Riva Knauth, publicada pela Editora Fiocruz e Garamond, em 2006.

⁴ O pensamento mágico ao qual se refere Oliveira (1998) é a idéia que tudo vai se resolver de forma mágica, isto, na verdade, não está acontecendo. A autora afirma que este pensamento é constantemente reforçado pela mídia, quando mostra casos de gravidez na adolescência resolvidos de forma quase mágica como queda de escada, ou outros acidentes domésticos. Além disso, não divulgam de forma realista as conseqüências negativas da gravidez nessa idade.

Vê-se, também, que muitas adolescentes encontram na gravidez uma forma de agressão ou punição aos pais por não lhe darem a atenção e carinho desejados. Em outros casos, a ausência de relações afetivas fortes no interior de sua família e de envolvimento com seus problemas, faz com que a adolescente experimente um sentimento de abandono e transfira para o namorado toda a sua carência. Isso possibilita o estabelecimento de relações mais intensas e um envolvimento cada vez maior, sem noção dos riscos físicos e emocionais. Assim a atividade sexual é vista pelas adolescentes como forma de demonstração de sentimentos como amor, carinho e atenção, a que, muitas vezes, o parceiro não responde com o mesmo sentimento (OLIVEIRA, 1998).

Outro desdobramento que envolve a gravidez na adolescência está relacionado à relação com o parceiro. Percebe-se, que algumas famílias aceitam a gravidez e acolhem a adolescente, sem que haja cobranças para que a mesma se una ao namorado. Outras, não.

Unir-se ao pai da criança não raro significa submeter-se à sua família. A adolescente paga um preço por "ter sua dignidade recuperada", mesmo que apenas parte dessa, através dessa união. Sua família (e, muitas vezes, a própria adolescente) vê o arranjo matrimonial com alívio e gratidão e a família do pai aceita o "muito obrigado", o que deixa implícito o débito, colocando-se em posição privilegiada de impor suas condições perpetuando-se a situação de inferioridade a que a jovem se vê exposta (OLIVEIRA, 1998, p. 52).

Em relação à paternidade, também são encontradas mudanças substantivas. Diversas pesquisas sobre essa temática apresentam a observação que jovens mães e pais começam a trabalhar mais precocemente se comparados aos que não tiveram filhos nessa etapa da vida. Muitos rapazes deixam o estudo para trabalhar. Essa atitude muitas vezes traz frustrações, e se coloca como obstáculo para alcançar os objetivos antes sonhados. A dificuldade financeira, especialmente pela ausência de capacitação, impede a organização da vida familiar, o que muitas vezes, faz com que a união se dissolva rapidamente. Os adolescentes percebem que permanecem dependentes de suas famílias e, muitas vezes optam por retornar a viver com seus pais, para que assim possam realizar seus projetos e, com isso, a mãe adolescente tem que ser assumida por sua família ou seguir sozinha sua trajetória após o abandono do parceiro.

Estudo tais como os de Caputo e Bordim (2008); Lima et al (2004) revelam associações significativas entre gravidez na adolescência e baixa escolaridade dos pais. O trabalho de Oliveira (1998, p. 52) afirma que “a falta de informação agrava-se nas adolescentes em condições socioeconômicas mais baixas, somando-se ao fato de que, para

muitas dessas mulheres com poucas opções de vida, a chegada de um filho é considerada “natural”, como se estivessem cumprindo o seu papel na sociedade de perpetuação da espécie.

Entretanto, Dias e Aquino (2006) ressaltam que diversos estudos sobre situação educacional do adolescente que vivencia a gravidez, apresentam à necessidade de cuidar e sustentar o filho como justificativa para a evasão escolar. Contudo, as autoras puderam constatar que, na atualidade, tem sido comum a interrupção da escolarização antes da ocorrência da gravidez, especialmente, nos contextos sociais mais empobrecidos. “Fatores como o desinteresse pelo estudo, a inserção precoce no trabalho para ajudar na renda familiar e a estrutura do sistema educacional, principalmente na rede pública, contribuem para composição de um percurso fragmentado da vida escolar, tanto para mulheres como para homens” (DIAS; AQUINO, 2006, p. 1450)

2.3 A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS

Os estudos de Bessa (2007), Roudinesco (2003), Neiverth e Alves (2002), entre outros, apontam que o papel da mulher na sociedade se transformou ao longo do tempo e, junto a essas transformações, a gravidez na adolescência, sempre esteve presente na história, embora não se constituísse um problema. Era comum um histórico de gestação num segmento populacional que hoje, neste início de século XXI, seria considerada criança ou adolescente. Crianças eram submetidas a uma vida matrimonial e reprodutiva antes mesmo de abandonarem a boneca.

Em que pese o histórico de função reprodutiva passiva, sucessivas gerações de mulheres, por influência de acontecimentos econômicos, políticos e culturais, vêm imprimindo mudanças comportamentais significativas que derrubaram tabus e desenharam um novo papel para a mulher na sociedade.

Na Antiguidade, os contratos de casamento eram firmados quando a menina estava com idade entre os 13 e 14 anos. No auge do Império Romano, a expectativa de vida não alcançava os 25 anos de idade, e em decorrência disso a idade média ao casar era de 14 anos. Logo, a fecundidade precoce exercia um importante papel na perpetuação da espécie. Nesse período, as mulheres iniciavam a vida sexual logo após a menarca, e os homens, assim que seus instintos sexuais e sua capacidade de fecundar fossem despertados (COSTA, 1998).

A identificação do amor materno como natural e benéfico à sociedade foi inserida por meio dos discursos políticos e filosóficos, no final do século XVIII, na Europa. Naquela época a maternidade era vista como um sacerdócio, uma função nobre, embora permeada de dor e sofrimento. Esta valorização da maternidade surgiu como um antídoto contra uma total inexistência de sentimento de amor materno e indiferença à alta mortalidade infantil vigente na época. Havia um tratamento diferenciado entre os diversos filhos, considerado como natural e, muitas mulheres, se recusavam a amamentar (BADINTER, 1985).

Em seus estudos, Badinter (1985) ressalta que este movimento recebeu primeiramente a cooperação das mulheres burguesas, sendo difundido, em seguida, para as demais camadas sociais com o decorrer do tempo. Nesse contexto, o aleitamento passou a ser aceito como prova do amor materno, negando a visão anterior de animalidade e obstáculo à emancipação feminina. O casamento era naturalmente reconhecido como uma clausura doméstica e a extensão do trabalho materno expandia-se além do período gestacional. A mãe, além da concepção tinha a responsabilidade pela educação dos filhos, como também por qualquer desvio de conduta na vida deles. Desde esta época até os dias atuais, observa-se que a responsabilidade da contracepção tem se recaído, em maior parte, sobre a mulher.

No Brasil, no final do período colonial, as meninas que apresentavam o status de moça, na idade de 14 ou 15 anos, já eram consideradas passíveis à consolidação de alianças matrimoniais entre famílias (DADOORIAN, 2001).

Neste sentido, Cavasin (2007), assinala que a idade compreendida entre os 12 e os 18 anos não assumia o caráter de transição de ciclo de vida da infância para a vida adulta como é recomendado pelos organismos internacionais e nacionais de proteção à infância e à adolescência. Como afirma Dadoorian (2001) compreendia o período em que as meninas eram educadas para o casamento, quando, supostamente seriam boas reprodutoras. A adolescência era ignorada.

A contribuição da religião não pode deixar de ser inserida neste contexto, principalmente o papel desempenhado pela Igreja Católica na reprodução deste modelo de mulher, concebida como aquela que nasceu para procriar, sujeito de completa submissão ao homem. No Brasil, por volta do século XIX, uma sociedade patriarcalista foi moldada, ancorada na figura masculina que dominava as relações, cabendo à mulher a procriação e submissão no ambiente familiar (SOUZA, 2002).

Percebe-se, assim que a visão do fenômeno da gravidez na adolescência além de estar associada a fatores físicos, psíquicos e biológicos, está também diretamente relacionada a interesses econômicos hegemônicos em cada época, fatores religiosos, culturais entre outros

que conformam o modelo de sociedade. Todavia, é notório considerar que a sociedade é dinâmica, e esses mesmos fatores, provocam mudanças de comportamento e valoração dos eventos podendo levar à inversão total dos valores ao longo de tempo e gerações. Assim, o que era considerado como uma função praticamente obrigatória para as mulheres passa a ser repercutido nos tempos modernos como problema social e de saúde pública (SOUZA, 2002).

É no período de transição do século XIX para o século XX que algumas mudanças começam a surgir, abrindo-se uma brecha para o início do que pode ser considerada a liberação feminina, uma vez que as moças tiveram a oportunidade de se libertar da vigilância paterna, mas, em contrapartida, a fim de garantir um bom casamento, elas começam a se vigiar e conter seus impulsos sexuais.

Na década de 20 do século passado, a virgindade possuía um real valor para os pais, tendo, além das atribuições morais, implicações práticas, pois podia ser barganhada para conseguir um bom casamento, que beneficiasse toda a família da noiva. “A virgindade era um ‘cristal’ que não devia ser quebrado à toa” (FONSECA, 1997, p. 529 apud NEIVERTH; ALVES, 2002, p.231).

Este padrão de “moça de família” esperava-se por parte das jovens de famílias burguesas ou de classe média. Tal como nos dias atuais à mulher pobre cabia um papel diferenciado, antagônico àquele ditado pela tradicional família burguesa. O papel de “rainhas do lar” não cabia às mulheres pobres, pois, na maioria das vezes, não tinha a presença do chefe de família provedor, sendo elas próprias as principais responsáveis pelo sustento da família e também pelos serviços domésticos (NEIVERTH; ALVES, 2002).

No período que compreende a última década dos anos 1800 e as primeiras décadas dos anos 1900, a industrialização brasileira começa a transformar as estruturas sociais firmadas nos papéis masculinos e femininos. As mulheres já tinham possibilidade de desempenhar uma atividade profissional no mercado de trabalho, com isso ocorre uma grande mudança no papel tradicional de mãe, esposa e, ainda, em relação ao sexo. Contudo, a resistência da inserção da mulher no mercado de trabalho vinha da própria família. Os pais consideravam que o futuro garantido para as filhas estava em um bom casamento, por isso, era mais vantajoso que fossem educadas para tal e não para trabalhar em indústria (NEIVERTH; ALVES, 2002).

É certo que industrialização causou profundas alterações no modo de vida brasileiro que, até o início do século XIX, era mais caracteristicamente rural, sendo a família considerada dentro do modelo patriarcal, com um comando exercido pelo pai, que tinha poder sobre seus dependentes, agregados e escravos, habitava a casa grande e dominava a senzala (NEIVERTH; ALVES, 2002, p. 230).

A partir dos anos 1950, é notório no Brasil, o fortalecimento da classe média. As oportunidades educacionais e profissionais eram abertas a homens e mulheres em virtude de crescentes urbanização e industrialização. A conjugação desses dois processos revolucionou todas as estruturas: nos discursos políticos falava-se em democracia e participação; as informações, o lazer e o consumo eram bens de mais fácil acesso aos brasileiros; o ritmo de vida nas cidades, diverso daquele do campo, diminui as diferenças entre homens e mulheres. Neste contexto, as práticas sociais do namorar e da intimidade familiar também tem suas estruturas abaladas (BASSANEZI, 1997 apud NEIVERTH; ALVES, 2002).

Mesmo considerando os avanços desse período, ainda permanecia latente a diferenciação dos papéis femininos e masculinos, continuando imutável uma moral sexual e, ainda que crescente, o trabalho feminino era visto meramente como uma complementação do salário do homem, a quem cabia o lugar de chefe da família e provedor.

De acordo com Bassanezi (1997 apud NEIVERTH; ALVES, 2002, p. 233) as jovens nos anos 50 eram classificadas como moças de família e moças levianas, no que dizia a respeito de namoro, casamento e virgindade.

Nesse tempo, já estava fora de moda contrair matrimônio apenas pela vontade dos pais, sem afeto. Para casar as moças tinham que conhecer rapazes, fazendo com que a preocupação da sociedade recaísse na educação voltada para o seu autocontrole, o que servia como espécie de guia que mostrava como elas deveriam se comportar para serem consideradas de família e não levianas, evitando-se a companhia destas últimas, sob pena de não conseguirem casamento, ou seja, as amizades eram extremamente seletivas (NEIVERTH; ALVES, 2002, p. 233).

Também, conforme a educação para o autocontrole, não era recomendável para a reputação de uma jovem usar roupas muito ousadas e sensuais, sair com vários rapazes, ser vista em lugares escuros ou em situação que sugerisse intimidades com um homem, sendo prejudicial para seus planos de casamento ter fama de *leviana*, *namoradeira*, *vassourinha* ou *maçaneta* (que passa de mão em mão), enfim, de garota fácil, pois poucos homens aceitavam a idéia de contraírem matrimônio com uma moça deflorada por outro, ou seja, a virgindade continuava representando uma necessidade, pois indicava a pureza das mulheres (NEIVERTH; ALVES, 2002, p. 5).

Entre os anos 1960 e 1990 os padrões comportamentais vigentes passaram por profundas modificações, alavancadas pela organização do movimento feminista a partir da segunda metade da década de 70, que inclui na pauta de discussões várias modalidades de relacionamentos afetivo-sexuais e os estereótipos de gênero prevalentes na sociedade (NEIVERTH; ALVES, 2002).

A luta pelos direitos reprodutivos e pela sexualidade, bandeiras defendidas pelo movimento feminista, abriram caminho para as mudanças dos papéis sociais pré-determinados para homens e mulheres na sociedade. Era um direito da mulher escolher o número de filhos e

a idade para gerá-los. As mulheres se libertaram do fardo reprodutivo e foram à luta, lotaram os bancos escolares e ocuparam seus lugares no mercado de trabalho (ROUDISNESCO, 2003).

Roudisnesco (2003) afirma que com os novos direitos as mulheres desenvolveram um grande protagonismo na sociedade e na família. Nesse contexto, uma série de estudos desenvolvidos na época tornou possível separar o "feminino" do "materno" e discriminar sexo (biológico) e gênero (costumes sociais). E, com isso a questão da sexualidade feminina, que era algo totalmente reprimido, se libertou.

A eclosão do movimento feminista promoveu a diminuição das desigualdades em relação aos sexos, rompeu com os valores relacionados à família no que diz respeito à dinâmica conjugal e concedeu liberdade do exercício da sexualidade para ambos os sexos fora dos parâmetros de uma relação opressora. Culminou ainda na proliferação de novos arranjos conjugais com a ampla aceitação do divórcio e também da maternidade voluntária fora do casamento (HEILBORN, 1998).

Acrescentam-se ainda as contribuições de Merrick e Berquó (1983), e da BEMFAM⁵, entre outros que reforçam que o processo de industrialização, urbanização, promoveu um aumento dos níveis educacionais da população em geral, e da mulher em particular, aliados à entrada da mulher no mercado de trabalho foram decisivos na redução do tamanho das famílias.

...nas décadas de 70 à 90 pode ser observado um aumento na proporção das mulheres que participam do sistema educacional, principalmente no ensino de 2º e 3º Graus. Segundo a autora, em 1989, dentre os 36,6 milhões de estudantes tendo 5 anos ou mais de escolaridade, 51,4% são mulheres, revelando uma porcentagem ligeiramente superior à dos homens. Isto trouxe reflexos na quantidade e qualidade de sua inserção no mercado de trabalho, fazendo com que elas, que representavam cerca de um quinto da mão-de-obra nacional empregada em 1970, superassem um terço do total de trabalhadores, em 1990 (ROSEMBERG, 1994 apud NEIVERTH; ALVES, 2002, p. 234).

A inserção da mulher no mercado de trabalho associado à conquista do direito reprodutivo estabelece uma nova estrutura familiar. Bessa (2007) afirma que ao ser incorporada ao mundo do trabalho fabril a mulher passou a ter uma dupla jornada de trabalho, produzindo reflexos na organização familiar, no papel da mãe e, conseqüentemente, reduzindo a fecundidade. Além disso, o aumento da expectativa de vida da população e o

⁵ A BEMFAM (Bem-Estar Familiar no Brasil) é uma organização não-governamental brasileira, de ação social, sem fins lucrativos, fundada em 1965. Focada nas necessidades da população, realiza ações voltadas para o desenvolvimento social local. Sua base está na defesa dos direitos humanos, na promoção da educação e da assistência em saúde sexual e reprodutiva (SSR).

prolongamento da escolarização favoreceram as mudanças nos papéis sociais, relacionadas à emancipação feminina.

Devido à introdução da mulher no mundo profissional, surge um novo padrão de família, bastando dois ou apenas um filho para tornar o casal realizado, e embora o papel de mãe continue sendo muito valorizado, a família pequena é vista socialmente como ideal (NEIVERTH; ALVES, 2002, p. 234).

Essas mudanças provocam o rompimento dos padrões até então, aceitáveis de virgindade e namoro, e essa nova realidade afeta, consideravelmente, a sexualidade das adolescentes.

Essas mudanças também atingiram as concepções de virgindade e namoro, que, por sua vez, estão ligadas ao comportamento sexual das adolescentes, determinando o índice de gravidez não programada na adolescência.

Dados de diferentes trabalhos mostram que a gravidez na adolescência é um tema que preocupa a sociedade brasileira como um todo, sendo um fenômeno que ultrapassa as fronteiras do país, recebendo atenção da Organização Mundial de Saúde (NEIVERTH; ALVES, 2002, p. 234).

Dessa forma, os aspectos que envolvem a maternidade vem passando por transformações contínuas nos últimos anos, fruto da evolução dos processos sociais e da globalização econômica que passaram a difundir novos padrões de comportamento e de consumo. A evolução das tecnologias reprodutivas tanto no âmbito contraceptivo quanto conceptivo, são exemplos concretos da possibilidade de definição e segurança referente à realização da maternidade.

Baseado nas formulações de Reis (1998) e corroborando com as assertivas de Giddens (1993), no final do século XIX ocorre a queda do poder patriarcal que possibilita maior controle da mulher sobre a criação de seus filhos e a acentuação da correlação positiva entre a maternidade e a feminilidade, é possível verificar que, na atualidade, o dilema surge em torno de ser ou não ser mãe.

Essas mudanças, especialmente no âmbito familiar, estão interligadas com as relações de gênero com o surgimento dos novos modelos de sexualidade, com os novos arranjos familiares, com o novo papel da mulher na representação familiar e na sociedade. Neste novo contexto a maternidade está intimamente relacionada a um fenômeno social influenciado pelas desigualdades sociais, raciais e étnicas, e de gênero (GIDDENS, 1993).

A diversidade que marca a organização das famílias pode também ser identificada nas diversas concepções, que, ao longo da história, buscaram conceituar a família a partir das diferentes disciplinas e dimensões.

A concepção e a constituição das famílias foram problematizadas e complexificada: redefinição dos papéis da mulher e da criança na organização familiar, a freqüente constituição de novas famílias (recasamentos), famílias monoparentais, famílias sem filhos, famílias de formação homossexual (CARVALHO, 1997).

Porém, mantiveram-se, em larga escala, os princípios que nortearam a constituição da família moderna de definição burguesa e os sentidos afetivamente atribuídos nesta nova concepção de família: fortalecimento do sentido “privado”, e núcleo de socialização e cuidados.

De acordo com Bilac (1997), as recentes mudanças nos modelos e constituições familiares são importantes e criam diferentes “*status*” familiares, novos papéis que muitas vezes ainda não dispõem de nomeação e classificação em nossas estruturas tradicionais de parentesco, visto que são estabelecidos os mais variados arranjos familiares que vão além do modelo nuclear hegemônico.

É importante considerar o conjunto de mudanças que compuseram os modelos de família que referenciam a sociedade brasileira apresentando suas características historicamente recuperadas.

Segundo Medina (1990), as mudanças ocorridas no modelo de família nuclear burguesa propiciaram o estabelecimento de diferentes modelos de família, que muitas vezes entrecruzam-se nas configurações familiares encontradas hoje. Um modelo tradicional e um modelo de transição, que didaticamente podem ser separados, mas não existem de maneira pura na sociedade.

A emergência da sociedade industrial distanciou o ideal descrito da mãe cuidadora, zelosa, que se dedicava em tempo integral à sua prole, para o novo modelo de maternidade em que a mulher se divide entre ser mãe e suas atividades profissionais, mas nem por isso negligencia suas atribuições maternas.

As famílias, a partir dos anos 90, tornaram-se mais efêmeras e heterogêneas. Assumiram uma variedade de formas e arranjos, e exigiram revolucionárias mudanças conceituais e jurídicas.

Reis (1998) assinala que desde meados dos anos 1940 o fenômeno da maternidade adolescente constituía tema de preocupação da saúde pública e objeto de interesse generalizado. Entretanto foram os anos 1960 que imprimiram importantes determinações do pensamento e do posicionamento da saúde pública acerca da maternidade e gravidez das adolescentes, contudo, muito ainda é necessário avançar na garantia de ações que sejam eficazes, e não estigmatizadoras desse fenômeno ainda tão presente na atualidade.

3 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: POLÍTICAS PÚBLICAS, DIREITOS E DESAFIOS

*“Se fossem escolher entre alternativas, as decisões seriam fáceis.
Uma decisão inclui a seleção e a formulação de alternativas”
(Kenneth Burke)*

A questão da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos, nos últimos 20 anos, tem preocupado diversos setores da sociedade: os movimentos sociais, a academia e os governos. Esse fato tem sido relacionado a fatores como o crescimento e desenvolvimento da população, liberação sexual e a garantia de acesso aos serviços proporcionados às mulheres, homens, crianças e adolescentes. Neste contexto, é que adquire *status* mundial a questão de saúde pública (OLIVEIRA; LYRA, 2008).

No quinto relatório anual do *State of the World's Mothers*, publicado em 2004, com dados coletados entre 1995 e 2002, Mayor destacou que 13 milhões de nascimentos (um décimo de todos os nascimentos do mundo) são de mulheres com menos de vinte anos e que mais de 90% destes nascimentos ocorrem nos países em desenvolvimento, onde a proporção de parturientes com menos de vinte anos varia de 8% no leste da Ásia até 55% na África (CHALEM et al., 2007, p. 177).

Na literatura sobre o tema é recorrente a concordância de que a liberação sexual contribuiu para o aumento da gravidez na adolescência. O suposto problema é advindo de uma combinação de fatores, entre os quais, a falta de conhecimento do próprio corpo pelas adolescentes associado ao livre exercício da sexualidade, redução da idade da menarca, ou seja, a quebra dos tabus, não veio acompanhada de educação sexual (BUENO, 2001, FÁVERO; MELLO, 1997).

A gravidez na adolescência não se constitui como um fenômeno novo no cenário brasileiro. Nos dias atuais é possível afirmar que os índices de adolescentes grávidas têm reduzido, especialmente pelas ações de políticas públicas implantadas. Contudo, o que se

verifica é que seu início vem ocorrendo cada vez mais precocemente e, por isso, continua, ainda, sendo motivo de preocupação pelos danos sociais e psicológicos que acarreta.

Deste modo nos estudos sobre gravidez na adolescência, é possível observar que a exposição a que as adolescentes se submetem, tanto no aspecto biológico quanto no aspecto psicossocial, sempre são consideráveis. Sendo assim, pensar nos fatores que prevalecem e nas conseqüências deste fenômeno faz com que haja uma aproximação da abordagem adolescente grávida em detrimento da gravidez na adolescência. Além dos trabalhos de cunho eminentemente quantitativo, é comum a abordagem qualitativa que busca aprofundar as motivações de ordem emocional, cultural e social que envolve o fato.

É fato que existe consenso sobre o risco biológico tanto para a parturiente adolescente quanto para o recém nascido. Entre os riscos para a parturiente destacam-se a hipertensão arterial, o parto prematuro e ainda a morte decorrente do parto e fatores associados. Ao conceito, citam-se a maior probabilidade de prematuridade, com conseqüente internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e baixo peso. Gestantes adolescentes também estão mais expostas aos riscos do abortamento. Devem-se lembrar também os prejuízos emocionais e psicológicos decorrentes tanto da gravidez bem sucedida quanto de uma gravidez mal sucedida (SANTOS, MARTINS; SOUSA, 2008).

Entre as motivações de cunho biológico, vários estudos têm levantado à questão da continuada precocidade da menarca, que segundo estudos adiantou cerca de quatro meses por década durante o século XX (MARSHAL; TANNER, 1969 apud VITALLE; AMÂNCIO, 2001).

Os fatores de risco biológicos da gravidez na adolescência, conforme salienta Ivana Souza (2002), entre outros, podem ser evitados ou minimizados com o devido acompanhamento pré-natal, com a participação de equipe interdisciplinar, realizado de maneira contínua e, de preferência, com início imediato à notícia da gestação precoce.

Entre os fatores psicológicos que aumentam a exposição à gravidez entre os adolescentes está a idéia de imunidade que os mesmos têm sobre si – o chamado “pensamento mágico”. Analisando por esse viés, é possível perceber que, como em geral os adolescentes não têm uma vida sexual organizada, esse chamado pensamento mágico interfere negativamente no cotidiano desse segmento, fazendo com que eles não sintam necessidade de utilização dos métodos contraceptivos e quando o fazem, não raro, o fazem de forma incorreta.

A utilização de métodos contraceptivos não ocorre de modo eficaz na adolescência, e isso está vinculado inclusive aos fatores psicológicos inerentes ao período, pois a

adolescente nega a possibilidade de engravidar e essa negação são tanto maior quanto menor a faixa etária; o encontro sexual é mantido de forma eventual, não justificando, conforme acreditam, o uso rotineiro da contracepção; não assumem perante a família a sua sexualidade e a posse do contraceptivo seria a prova formal de vida sexual ativa (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 1979. ZELNICK; KARTNER, 1979. MCANARNEY; HENDEE, 1989. STEVENS-SIMON et al., 1996 apud VITALLE; AMANCIO, 2001, p. 1).

Fatores intrafamiliares, baixa auto-estima e alocação do tempo livre também podem induzir a busca da maternidade precoce em substituição a outras carências que o indivíduo esteja sentindo.

Em que pese o fato de as mulheres que engravidaram na adolescência não viverem com o pai do bebê, estudos como o de Cruzeiro et al. (2008), entre outros, sinalizam que muitas adolescentes engravidam para sair de casa e, supostamente, melhorarem de vida. Outras acreditam que o estado de gravidez faz com que sejam mais respeitadas na comunidade.

A falta de apoio e afeto da família, em uma adolescente cuja auto-estima é baixa, com mau rendimento escolar, grande permissividade familiar e disponibilidade inadequada do seu tempo livre, poderiam induzi-la a buscar na maternidade precoce o meio para conseguir um afeto incondicional, talvez uma família própria, reafirmando assim o seu papel de mulher, ou sentir-se ainda indispensável a alguém (CAMPOS, 2000 apud VITALLE; AMÂNCIO, 2001, p. 1).

Em geral, os estudos verificam certa circularidade na ocorrência do evento, ou seja, as adolescentes que experimentam o início da atividade sexual na mais tenra idade ou que vivenciam a gravidez na adolescência, geralmente estão repetindo a trajetória materna neste sentido (DAVIS, 1989 apud VITALLE; AMÂNCIO, 2001. DAVIS, 1989).

Heilborn et al. (2006) ressaltam que apesar de a gravidez na adolescência estar constantemente associada à pobreza não significa que ela seja sua determinante e nem mesmo que contribua para sua perpetuação.

Nesse sentido, duas questões presentes na discussão deste tema referem-se a observação de que a gravidez na adolescência representaria um modo típico de transmissão intergeracional da pobreza. Destaca-se ainda que a ocorrência da gravidez na adolescência seria um limitante às oportunidades de escolarização e de qualificação profissional, obstaculizando as possibilidades de sucesso profissional e oferecer melhores condições de vida aos seus filhos. Contudo, verifica-se que nos países subdesenvolvidos a maior proporção de gravidez precoce acontece após o abandono dos estudos (STERN; GARCIA, 1999, p. 4 apud HEILBORN et al., 2006).

Neste sentido, Campos (2000) ressalta, que a convivência em estruturas familiares deterioradas poderia induzir a jovem a buscar na maternidade uma família própria como forma de aumentar a auto-estima e adquirir respeito na sociedade, uma vez que o ambiente familiar não lhe possibilita nenhuma perspectiva de um futuro melhor.

Famílias desestruturadas existem em todas as camadas sociais, entretanto, em geral, é na pobreza que elas encontram ambiente fértil para se reproduzirem. São nos espaços da pobreza onde mães adolescentes geram mães adolescentes. Nesses espaços, a aspereza da vida obriga grande parte das mulheres a serem as únicas provedoras do sustento da casa. Essa afirmação pode ser corroborada ao analisar os resultados de uma pesquisa realizada no ano de 2002, em Pelotas/RS:

Outro achado importante desta investigação foi a relação significativa entre virgindade e família biparental, ou seja, composta por pai e mãe. (...) uma investigação com puérperas adolescentes revelou que não ter pai efetivamente presente, especialmente do ponto de vista afetivo, é um fator de risco à sexualidade precoce. Estão relacionados a este resultado, provavelmente, o fato da mãe ficar sobrecarregada com o sustento e a educação quando o pai é ausente e a falta da figura paterna que deve propiciar ao jovem o ingresso na realidade das regras sociais. Este conjunto de fatores analisados reforça a importância da família na formação do adolescente e da presença parental como fator de proteção aos comportamentos de risco (CRUZEIRO et al., 2008, p. 122-123)

Alguns estudos apontam a relação de causalidade entre pobreza e gravidez, contudo, acredita-se, que como em outros problemas sociais e de saúde pública, não existe uma só causa nem uma só direção da causalidade. Existe um intrincado conjunto de fatores que se entrelaça e se interrelaciona. Dessa forma, políticas públicas de prevenção, apoio e acompanhamento da adolescente grávida não podem ignorar nenhuma das dimensões que envolvem o fenômeno, sejam eles originados na família, nas condições sociais da adolescente, na falta de informação e escolarização entre outros.

Dresser (1993 apud OLIVEIRA, 1998) alega que o abandono da escola é, quase sempre, a única saída para a jovem mãe, seja em função de uma dependência de moradia e alimentação para ambos (mãe e filho) que pressupõe a troca por trabalho doméstico ou por necessidade de se sustentar sua prole. É comum, essa mãe, por dificuldade de acesso a uma creche pública, depender do apoio familiar para os cuidados do bebê durante a jornada de trabalho, complicando ainda mais essa delicada situação na qual se encontra.

Quando não conseguem esse apoio familiar, não raro destinam parte de seus poucos vencimentos a outra mulher que cuidará de seu filho durante essa jornada. No fim do dia, ir à escola diante desse contexto torna-se uma tarefa impossível de ser cumprida. Jovens oriundas de famílias com maior poder econômico e que aceitam a

gravidez podem vislumbrar a possibilidade de completar seus estudos e retomar seu projeto de vida (OLIVEIRA, 1998, p. 4).

A heterogeneidade social deve estar em pauta, pois, o efeito do mesmo fenômeno sobre grupos sociais distintos imprime trajetórias diferenciadas sobre o mesmo.

Entre os grupos sociais mais favorecidos, observa-se um prolongamento da juventude com o aumento do tempo de estudo, a manutenção da coabitação com os pais e a aquisição tardia de autonomia material (BRANDÃO et al., 2001 apud AQUINO et al., 2003, p. 387).

Contudo, independentemente do fenômeno da gravidez:

Nas classes populares, a juventude tende a ser mais breve com a interrupção precoce dos estudos e inserção (ainda que precária) no mercado de trabalho, sem que seja atingida uma autonomia plena, em decorrência da precariedade das condições de vida (HEILBORN et al., 2002 apud AQUINO et al., 2003, p. 387).

Em geral, quando essa temática é exposta, o pensamento que surge é a falta de orientação sexual na educação brasileira, seja ela pública, privada ou mesmo familiar, mas, o problema pode ser muito mais complexo.

No campo da saúde reprodutiva, a idade na primeira relação sexual tem sido utilizada como um indicador de início da vida sexual. Em relação a esse aspecto, alguns estudos indicam uma tendência de diminuição da idade de início da vida sexual da população feminina. Essa redução indica que as mulheres estão iniciando a vida sexual cada vez mais cedo e que, portanto, a contracepção e a prevenção das DST/AIDS são desafios a serem enfrentados desde o seu início. Nesse sentido, avaliar o uso de preservativo na primeira relação sexual, a consistência do seu uso nas relações sexuais nos últimos 12 meses e o uso na última relação sexual permite revelar, ainda que de maneira fotográfica, as características principais relacionadas ao seu uso (MINISTERIO DA SAÚDE, 2008, p. 159).

Uma pesquisa realizada por Santos, Martins e Sousa, no período de julho a dezembro de 2006, com todas as pacientes que tiveram partos em um Hospital Terciário Universitário de Maranhão, alocando-as em dois grupos: adolescentes (10 a 19 anos) e adultas (20 a 34 anos), num total de 1.978 pacientes, verificou que 25,4% dos partos envolveram adolescentes. Algumas semelhanças foram observadas neste grupo: baixo nível escolar, ausência de companheiro, início tardio do acompanhamento pré-natal e conseqüente número reduzido de consultas (SANTOS; MARTINS; SOUSA, 2008).

Entre alguns números apresentados na referida pesquisa ressalta-se que as adolescentes com baixa escolarização (menos de sete anos de estudo) corresponderam a 26% do total de adolescentes comparadas com 16,4% entre as adultas, e o número de adolescentes analfabetas foi considerado baixo – 0,2% do total das mulheres pesquisadas.

É relevante ressaltar pontos que comprometem todo o ciclo de vida da adolescente nessa situação. A relação com os estudos e a escola pode ser mudada, se não está estudando, dificilmente retornará e das que ainda estão estudando, muitas param por causa da gravidez.

Pode-se indagar em que medida a ausência de uma perspectiva profissional futura, associada à uma escolaridade errática, fomentam a reincidência de gravidez na adolescência e/ou a impermeabilidade relativa de suas trajetórias anticoncepcionais frente à experiência da primeira maternidade. Diante dessas condições, nem uma eventual gestação na adolescência, nem sua reincidência, são encaradas como problemas contra os quais elas devem se prevenir. Em contraste, o caráter mais consistente das perspectivas profissionais e dos percursos escolares das mulheres das classes médias pode funcionar como antídoto contra eventuais gravidezes na adolescência (HEILBORN et al., 2002, p. 41).

Não será a ordem dos acontecimentos que determinará o sentido da causalidade e, assim, a escola deve ser considerada como *locus* privilegiado de discussão e educação permanentes da sexualidade, com objetivo de manter a adolescente na escola sem intercorrência de gravidez. O que possibilitaria que essas adolescentes acumulassem capital humano e qualificação para se inserirem no mercado de trabalho, de forma vantajosa. Ao transitarem para a vida adulta, ocupando um espaço no mercado de trabalho, seria mais fácil assumir as responsabilidades familiares.

Contudo é inegável que a ocorrência da gravidez na adolescência vem crescendo e, independentemente dos determinantes que a ocasionam, o fenômeno deve ser estudado. Reis (1998) salienta que foi especialmente a partir da década de 60, que essa temática ganhou um novo olhar da saúde pública, momento em que os estudos centraram-se na adolescente grávida, através da análise de suas percepções, das implicações sociais e relacionais; abandonando um pouco o enfoque na gravidez na adolescência enquanto mero problema médico.

Esta mudança de orientação, ao deslocar o interesse da gravidez para a figura da adolescente, permitiu que se colocasse um ponto final nas estéreis discussões a respeito dos supostos agravos médico-biológicos que seriam inerentes à gravidez e ao parto das adolescentes. Deste momento em diante, a atenção da saúde pública passou a ser dirigida à mulher adolescente inserida num contexto econômico, de valores culturais, sociais etc (REIS, 1998, p. 119).

O autor atribui um caráter alarmista ao pensamento da saúde pública na década de 60. Observou-se em vários títulos de trabalhos científicos a denominação de “epidemia” de adolescentes grávidas, contrariando evidências empíricas, inicialmente nos Estados Unidos e posteriormente em outros países desenvolvidos, de um abrandamento da taxa de gravidez das adolescentes.

A despeito destas evidências empíricas, o que se depreende de mais significativo, neste período, é o fato de que a adolescente grávida, enquanto fenômeno humano, superdeterminado e coletivo, passaram a se ver, no pensamento da saúde pública, atribuída dos qualificativos de 'enfermidade', 'doença' e 'epidemia' (REIS, 1998, p. 120).

A problemática inerente a gravidez na adolescência denota que mesmo as campanhas de prevenção de AIDS acerca do uso da camisinha não tem surtido o efeito desejado, pois se os adolescentes fizessem uso de tal método diminuiria, conseqüentemente, o número de gravidez na adolescência (OLIVEIRA, 1998).

3.1 PROBLEMATIZANDO A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Através de uma retomada histórica acerca das ações de políticas públicas voltadas à saúde da mulher é possível verificar que a questão da gravidez na adolescência vem merecendo destaque nas ações governamentais há algumas décadas. Foi a partir da década de 80, fruto das garantias estabelecidas pela Constituição Federal, que a saúde da mulher passou a ser debatida substancialmente, especialmente no que diz respeito à saúde materno infantil. A maioria dos programas tinha como objetivo principal adequar o número de filhos a atual conjuntura, de forma a não interferir nos modelos de reprodução social.

Desde as décadas de 1960 e 1970, em virtude dos movimentos sociais a favor da liberdade sexual, observou-se uma crescente desarticulação do sexo com o casamento, especialmente com o advento da pílula anticoncepcional, que favoreceu a emergência de um comportamento sexual feminino mais liberal. Entretanto, junto aos adolescentes tal liberdade não teve a prevenção como aliada, o que muitas vezes culmina com uma gravidez que na maioria das vezes é inoportuna, mas, raramente é indesejada.

Até a década de 1980 atribuíam-se o desconhecimento dos métodos contraceptivos como causa da gravidez na adolescência, tal afirmação hoje já não mais se sustenta. Contribuiu para tal a rápida proliferação da AIDS, tornando métodos como camisinha (condom) objeto de campanhas nacionais, por meio dos diversos canais de comunicação, escolas, programas de saúde, etc (ARAÚJO, 2007).

No ano de 1983, buscando protestar contra a visão adotada em relação à saúde da mulher, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa propôs a ruptura do enfoque da mulher e sua reprodução como foco centralizado na

medicina, e passou a olhar a mulher com uma visão holística, associando a sua conjuntura social, econômica e psicológica à Medicina (CANESQUI, 1987, OSIS, 1994, 1998).

Segundo o Ministério da Saúde (1984), o objetivo do PAISM era atender a mulher em sua integralidade, considerando as peculiaridades de cada etapa da vida, porém, enfatizando a prevenção e o controle às doenças mais presentes nessa população. Por isso, as áreas de atuação do PAISM foram divididas em grupos baseados nas fases da vida da mulher, a saber: assistência ao ciclo gravídico puerperal: pré-natal (baixo e alto risco), parto e puerpério; assistência ao abortamento; assistência à concepção e anticoncepção; prevenção do câncer de colo uterino e detecção do câncer de mama; assistência ao climatério; assistência às doenças ginecológicas prevalentes; prevenção e tratamento das DST/AIDS e assistência à mulher vítima de violência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1984). Vê-se assim que, a esta época, ainda não existia entre as ações propostas pelo PAISM um atendimento específico às adolescentes.

De acordo com Osis (1998) o PAISM constituiu-se como um Programa em que, pela primeira vez, o Estado brasileiro propôs explicitamente e implantou – embora de modo parcial – ações que contemplavam a regulação da fecundidade. Essa política não atende especificamente a adolescentes, mas todas as mulheres, englobando ações relacionadas ao planejamento familiar, ao pré-natal e ao aleitamento materno.

Foi considerado como programa pioneiro no cenário mundial no atendimento à saúde reprodutiva das mulheres obedecendo à definição da Organização Mundial de Saúde, em 1988, sendo ampliado e consolidado na Conferência do Cairo em 1994, e em Beijjing, no ano seguinte (RAVINDRAN, 1995 apud OSIS, 2008; BARZELTO; HEMPEL, 1990 apud MARCHI, 2003; ALCALÁ, 1995 apud OSIS, 2008). Além disso, constituiu-se como essencial para a criação da atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, pois, por intermédio da análise de seus avanços e retrocessos que esta foi formulada.

Além da significância do PAISM na garantia da saúde sexual e reprodutiva é possível observar também os avanços alcançados com a implantação do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), em 1989.

Pode-se afirmar que a adolescência passou a fazer parte do interesse das políticas públicas a partir de 1985, definido pela Organização das Nações Unidas, como o Ano Internacional da Juventude. No mundo inteiro foram criadas iniciativas com o intuito de averiguar as necessidades sociais dos jovens que seriam as futuras gerações de adultos no terceiro milênio. Sendo assim, esta etapa da vida deveria ser reservada prioritariamente para a

dedicação dos estudos de modo a capacitar o jovem para o ingresso em melhores condições no mercado de trabalho (SABÓIA, 1998 apud HEILBORN et al. 2003).

O PROSAD, criado pela Portaria n. 980/GM de 21/12/1989, de acordo com a deliberação do Ministério da Saúde é dirigido a todos os jovens entre 10 a 19 anos e tem como característica o enfoque preventivo e educativo, visando garantir aos adolescentes o acesso à saúde por meio de ações multiprofissionais, intersetoriais e interinstitucionais. Prioriza como objetivo a formulação de uma política nacional para a adolescência e juventude a ser desenvolvida nos níveis federal, estadual e municipal (BRASIL, 1996).

O Programa estabeleceu como linhas de ação prioritárias: implantar o PROSAD em todos os Estados; apoiar treinamentos de recursos humanos e de adolescentes multiplicadores de saúde; dar assessoria técnica aos estados; estimular a criação de centros de referências para a saúde do adolescente; elaborar, imprimir e distribuir material normativo e educativo; apoiar eventos que pudessem fomentar o interesse e melhorar a qualidade da atenção ao adolescente; estimular pesquisas em serviço e aquelas que visem compreender as atitudes e comportamento de jovens frente à sua saúde; participar de eventos, reuniões, grupos de trabalhos, conselhos, comitês etc, relativos à saúde integral do adolescente; disponibilizar o acesso a métodos de avaliação e acompanhamento da assistência prestada ao adolescente em todos os níveis do SUS (BRASIL, 1996).

Diante do conceito trazido pela Constituição de que "saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação", abandonou-se um sistema que apenas considerava a saúde pública como dever do Estado no sentido de coibir ou evitar a propagação de doenças que colocavam em risco a saúde da coletividade e assumiu-se que o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais, além da prestação de serviços públicos de promoção, prevenção e recuperação. A visão epidemiológica da questão saúde-doença, que privilegia o estudo de fatores sociais, ambientais, econômicos, educacionais que podem gerar a enfermidade, passou a integrar o direito à saúde. Esse novo conceito de saúde considera as suas determinantes e condicionantes (alimentação, moradia, saneamento, meio ambiente, renda, trabalho, educação, transporte etc.), e impõe aos órgãos que compõem o Sistema Único de Saúde o dever de identificar esses fatos sociais e ambientais e ao Governo o de formular políticas públicas condizentes com a elevação do modo de vida da população (SANTOS, 2005).

No ano de 1996 aconteceu a revisão do PROSAD para que suas diretrizes pudessem ser executadas em áreas prioritárias de crescimento e desenvolvimento, entre elas: sexualidade, saúde bucal, mental, reprodutiva, saúde escolar, prevenção de acidentes, violência e maus tratos e família (BRASIL, 1996).

Outro marco importante de ser ressaltado é o referente às garantias estabelecidas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069 de 13 de Julho de 1990.

(...) o ECA constitui hoje – não obstante algumas limitações – uma das legislações mais avançadas no nível mundial em termos de proteção dos direitos de crianças e adolescentes, a leitura do Estatuto fornece princípios capazes de orientar uma política social de prevenção e contenção do fenômeno em nosso país (AZEVEDO, 1997, p. 318).

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA prevê o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Substituiu o regime anterior que era pautado na Lei n. 6.697, de 10/10/1979 (Código de Menores – já revogado), que se restringia somente a crianças e adolescentes em situação irregular. O Estatuto da Criança e do Adolescente passa a reconhecer, todas as crianças e adolescentes, como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais, com o compromisso dos cumprimentos internacionais assumidos na Convenção Internacional dos Direitos da Criança das Nações Unidas, que regulamenta o artigo 227 da Constituição Federal de 1988.

O Estatuto não destituiu da criança e do adolescente o direito a inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a identidade, autonomia, os valores e as idéias, o direito de opinião e expressão, de buscar refúgio, auxílio e orientação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O Estatuto da Criança e do Adolescente assegura, em capítulo próprio, o direito à saúde, garantido prioritariamente por meio do Sistema Único de Saúde, o atendimento médico, farmacêutico e outros recursos para tratamento e reabilitação; garantia da promoção de programas de assistência médica e odontológica para prevenção dos agravos do segmento infanto-juvenil e permanência dos pais ou responsáveis junto com a criança e adolescente em casos de internações (BRASIL, 2005).

No artigo primeiro a lei trata sobre a proteção integral à criança e ao adolescente e no artigo segundo define, para a aplicabilidade da lei, quais os intervalos etários considerados como criança e adolescente: “Considera-se criança, para os efeitos desta lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos e, adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade” (art. 2º, ECA, 1990).

No artigo terceiro estendem-se à criança e ao adolescente todos os direitos fundamentais garantidos à pessoa humana, assegurando: “(...) por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade” (art. 3º, ECA, 1990).

No artigo quarto fica claro que a responsabilidade não é privilégio e dever somente da família ou do poder público, mas, também da comunidade e da sociedade em geral.

Este artigo enfoca a tônica que as crianças e adolescentes são de fato sujeitos de direitos e dotados de absoluta prioridade em relação à saúde e à educação, sendo de responsabilidade do cumprimento de tais atitudes, a família, a sociedade e o Estado (MATO GROSSO, 2001).

Em seu parágrafo único especifica os serviços nos quais as crianças e adolescentes tem garantia de prioridade, entre os quais: primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias; preferência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública; primazia na formulação e na execução das políticas sociais públicas. E, ainda, destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas voltadas à proteção da infância e da adolescência.

Neste sentido, as entidades governamentais deveriam priorizar os investimentos em políticas públicas para melhorar as condições de vida de crianças e adolescentes

No artigo quinto é explicitado a proteção contra a negligência, exploração e outras formas cruéis de violência, prevendo a punição segundo a legislação vigente qualquer atentado, por ação ou omissão. Já no artigo sétimo, o texto deixa claro que a proteção à vida e à saúde deve ser facilitada por políticas sociais públicas, “(...) mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência” (art. 7º, ECA, 1990).

O artigo oitavo assegura atendimento pré e perinatal por meio do Sistema Único de Saúde – SUS e especifica nos parágrafos 1º, 2º e 3º: o direito de acesso aos diferentes níveis de atendimento; de ser atendida, preferencialmente, pelo mesmo médico que acompanhou o pré-natal e o direito de receber do Poder Público, no caso de necessidade, apoio alimentar para si e para a nutriz.

O Estatuto da Criança e do Adolescente determina a participação da comunidade em Conselhos de Direito e Tutelares que devem zelar pelo cumprimento dos direitos dos adolescentes, incluindo o direito à saúde (BRASIL, 2005). Para que isso possa funcionar é necessário que a comunidade tenha consciência de cidadania e possa, quando necessário, exigir que essas entidades cumpram o seu papel; se não for assim, as normas que foram criadas, existirão, mas, os seus cumprimentos e a sua funcionalidade não estarão garantidas.

Uma das estruturas que funcionam com guardiãs e garantidoras desses direitos é o Conselho Tutelar. Ele tem poder para requisitar serviços públicos às autoridades competentes;

atender e aconselhar adolescentes e seus responsáveis; e encaminhar ao Ministério Público notícia de fato que constitua lesão ao direito do adolescente e expedir notificações quando verifica o descumprimento do Estatuto e, ainda, assessorar o Poder Executivo local na elaboração da proposta orçamentária podendo pleitear junto à Justiça da Infância e da Juventude, direitos como a ausência ou insuficiência de ações e serviços de saúde, de assistência social e de atendimento educacional básico (BRASIL, 2005).

Ao conceito estabelecido a partir do ECA, crianças e adolescentes, como sujeitos em estágio particular de desenvolvimento, encontram-se subjacentes definições dos deveres e direitos da família junto aos mesmos. O conceito de família previsto no ECA permite apreender a família como espaço de contradições e conflitos e não mais como espaço natural de cuidado e proteção, posto que esta legislação prevê obrigações e limites para a organização familiar no que diz respeito a crianças e adolescentes, sendo previstas sanções, como a Suspensão ou Perda do Poder Familiar em caso de crueldade, violência ou opressão praticados pela família.

O Estatuto apresenta como dever da família, da comunidade, da sociedade e do Estado garantir a priorização e a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes – o que significa avanço conceitual quanto à compreensão da infância e adolescência frente à tradicional cultura adultocêntrica da sociedade.

(...) dever da família, comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária (art. 4º, ECA, 1990).

O ECA constitui-se referência para a apreensão das questões que envolvem a família como lócus de desenvolvimento da criança e adolescente (a qual deve ser avaliada à luz da possibilidade de conflitos) e, para que se fundamente, em todos os níveis de atuação social, a proteção integral de crianças e adolescentes.

Outra referência na garantia da saúde dos adolescentes é a Lei Orgânica da Saúde - Lei n. 8.080, de 19/09/1990, que estabelece a saúde como garantia do bem estar físico, mental e social do cidadão e cria o Sistema Único de Saúde (SUS) tem como objetivos: a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômico e social, a redução de riscos de doenças e outros agravos; e a execução de ações de promoção, proteção e

recuperação da saúde, integrando as ações assistenciais como as preventivas, de modo a garantir às pessoas a assistência integral à sua saúde (BRASIL, 2005).

Os Municípios, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), pelo mecanismo da descentralização das ações, proporcionam aos gestores locais o poder de decisão sobre as diversas políticas de atendimento, inclusive à Criança e ao Adolescente. Por intermédio do atendimento municipalizado, houve a integração de diversos setores para promover a articulação de políticas de atenção a essa população, de acordo com a sua realidade local (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde ao introduzir o marco legal da saúde dos adolescentes teve como objetivo demonstrar os instrumentos legais de proteção do pleno exercício de seu direito fundamental à saúde, em âmbito nacional e internacional, fundamentados pela Constituição Federal de 1988, no artigo 227. Esse artigo adota os princípios aprovados pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em 1989, que passou a reconhecer os adolescentes como sujeitos de direito e não objeto de intervenção da família do estado ou da sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

O modelo de atenção básica para a criança e o adolescente foi reformulado a partir de 1988 gerando um modelo articulado e descentralizado, objetivando prioridade ao atendimento e integração da criança e do adolescente.

Assim como a Lei Orgânica da Saúde, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) - Lei n. 8.742/1993 – que regulamenta o Direito Constitucional (art. 203 da CF), merece destaque. Esta lei assegura que o serviço social do estado, independente da contribuição, garante proteção especial à adolescência e ao amparo aos adolescentes carentes.

Tem-se ainda a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n. 9.394, de 20/12/1996, que estabelece a Elaboração do Plano Nacional de Educação em colaboração com os Estados, e Distrito Federal e Municípios, restabelecendo ao Conselho Nacional de Educação, funções normativas e de supervisão e torna obrigatório o tema Educação para Saúde, devendo o mesmo ser tratado de forma transversal, por todas as áreas e incluir a questão do tópico orientação sexual como estratégia, a fim de reduzir a gravidez indesejada, a AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez na adolescência.

E ainda, de acordo com o Código de Ética Médica publicado pelo CREMESP (2007), os artigos 11º, 48º, 67º, 102º e 103º, garantem a adolescente o sigilo durante as consultas desde que sejam consideradas capazes de avaliar, entender, se posicionar e se conduzir diante das situações; veta ao médico o exercício da autoridade, de forma a limitar o direito de decidir sobre si mesma e seu bem estar, inclusive sobre o fator anticoncepção. O

atendimento médico à adolescente tem que ser diferenciado, de acordo com as normativas do PROSAD, contando com ambiente próprio, material didático de fácil entendimento, acesso fácil a exames e medicações. Não apenas as condições clínicas devem ser analisadas, mas, também, o lócus psicossocial no qual o adolescente está inserido. As questões de sexualidade e contracepção devem ser tratadas, pelos profissionais médicos, de forma séria e respeitosa.

Verifica-se, com as formulações legais acima expostas, que várias têm sido as tentativas do governo brasileiro em garantir a criação e implementação de políticas públicas de saúde que considerem adolescentes e jovens como sujeitos de direitos, cidadãos capazes de tomar decisões responsáveis, visando à sua saúde e a prevenção de fenômenos que possam lhe causar danos.

Porém reconhece-se que do período de promulgação do ECA até o presente momento muitos desafios ainda persistem para a compreensão, implementação e garantia de seus princípios e direitos instituídos. Essa realidade reproduz-se na família, comunidade, sociedade e no poder público, e representa desafios ainda a serem superados para o reconhecimento da cidadania de milhares de crianças e adolescentes na sociedade brasileira.

Na busca de consolidação das ações voltadas à saúde do adolescente, o Governo Federal, lançou estrategicamente a Caderneta do Adolescente visando, assim, apoiar os adolescentes no processo da autodescoberta e oferecer atendimento médico e informativo de forma contínua a essa população. Nela, temas como cuidados essenciais com o corpo, desenvolvimento e crescimento humano, prevenção em saúde e dicas de como evitar doenças, são abordados.

A caderneta traz ainda informações relacionadas a responsabilidade, sexualidade, direitos e deveres, dicas de saúde, avaliação da estatura e da massa corpórea, pressão arterial, alimentação saudável, imunização, puberdade, dupla proteção, sexo seguro, higiene bucal e projeto de vida.

Contudo, grandes desafios ainda se encontram presentes no âmbito da saúde pública, especialmente o relacionado ao acesso aos serviços básicos. Em geral os atendimentos oferecidos ainda não contemplam toda a demanda dessa população. O fator cultural também se faz presente, uma vez que esse segmento populacional, em geral busca o atendimento médico na perspectiva curativa.

Especificamente pensando a sexualidade um grande desafio é o que diz respeito ao aborto, uma vez que, quando a gravidez ocorre de forma indesejada, este pode apresentar-se como sério problema de saúde. Até hoje é grande o índice de atendimentos e mortes maternas, especialmente entre adolescentes pobres, provenientes de abortos clandestinos.

Torna-se necessário avançar em ações que contemplem a garantia da qualidade e a intensificação de serviços que desenvolvam a atenção ao abortamento.

Neste sentido, conclui-se que seria um equívoco achar que é possível encontrar as soluções que atendam a todas as demandas inerentes à questão da gravidez na adolescência. Contudo, considera-se que tão ou mais importante do que apresentar o que se faz e propor o que fazer, é revelar como pensam as adolescentes e quais são as suas representações e expectativas, nesse momento peculiar de suas vidas. Esta é a proposta do próximo capítulo, onde será apresentado o desenvolvimento e os resultados da pesquisa de campo realizada com as adolescentes grávidas no Município de Campos dos Goytacazes.

4 METODOLOGIA E RESULTADOS

*"Saber e não fazer... ainda não é saber.
Provérbio Zen.*

Neste capítulo são apresentados o percurso e os resultados da investigação conduzida neste trabalho. Neste caso, a ação investigativa, mais do que apresentar um perfil sociodemográfico, permite o planejamento de ações públicas qualificadas que possibilitem o enfretamento e facilitem a intervenção dos profissionais envolvidos com o fenômeno da gravidez na adolescência.

4.1 A METODOLOGIA UTILIZADA

O trabalho empírico utilizou-se de duas estratégias metodológicas. A primeira consistiu de pesquisa documental em 551 prontuários das adolescentes que foram internadas para a resolução da gestação no Hospital dos Plantadores de Cana (HPC) entre janeiro de 2008 a junho de 2009, transformado em banco de dados, que será utilizado na análise da pesquisa. Essa foi desenvolvida no período de agosto a outubro de 2009.

O estudo destes prontuários teve como objetivo a obtenção das informações sobre as características sociodemográficas das adolescentes e ocorrências médicas no decorrer da gestação, durante ou após o parto. Estas fichas foram disponibilizadas pela direção do referido Hospital

A segunda estratégia, realizada no período de agosto a setembro de 2009, consistiu de 100 entrevistas estruturadas⁶ a adolescentes em acompanhamento pré-natal no Centro de Referência e Tratamento da Criança e do Adolescente (CRTCA).

⁶ Ver questionário no ANEXO 1

As entrevistas foram individuais e privativas, buscando identificar: contexto sociofamiliar e econômico, condições de moradia, trajetória escolar, profissional, afetivo-sexual, gravidez e seus impactos na família e no relacionamento com parceiro, além das repercussões da maternidade na adolescência.

Para verificar as características sociodemográficas e a existência de associação entre as diversas variáveis estudadas, os dados foram consolidados e tabulados. Os dados dos prontuários de atendimento e das entrevistas semi estruturadas foram digitalizados e analisados por meio do aplicativo SPSS 14 for Windows. Para construir o perfil desse grupo de adolescentes grávidas em Campos dos Goytacazes/RJ, foi realizada uma análise descritiva das variáveis de interesse por meio de frequências simples e cruzadas.

4.2 OS CAMPOS ESTUDADOS

O Hospital dos Plantadores de Cana (HPC) é uma entidade sem fins lucrativos da Associação Fluminense dos Plantadores de Cana – ASFLUCAN. Foi fundada em 1941 como uma unidade de saúde do Departamento de Assistência Social da ASFLUCAN, com o objetivo de prestar assistência de saúde à comunidade canavieira do Norte e Noroeste Fluminense, notadamente aos fornecedores de cana e suas respectivas famílias, bem como aos empregados rurais e dependentes destes.

No ano de 1969, o Hospital dos Plantadores de Cana (HPC) estabeleceu convênio com a Faculdade de Medicina de Campos (FMC), para que seus alunos pudessem desenvolver o ensino prático. Este convênio foi ratificado em 1973 e perdura até os dias atuais, bem como os demais convênios que se seguiram com outras Faculdades e Entidades com a mesma finalidade. No ano de 1983, foi firmado convênio com os Ministérios da Educação e Cultura e da Previdência Social (MEC/MPAS), possibilitando que o Hospital dos Plantadores de Cana, passasse a atender toda a comunidade em geral, indistintamente. Este convênio reconheceu o HPC como Hospital de Ensino e teve a sua Residência Médica reconhecida pelo MEC.

O HPC é considerado uma das principais casas de saúde de Campos dos Goytacazes e da Região. É um dos pilares fundamentais da sustentação do SUS, que representa 85% do seu atendimento. É referência em assistência materno-infantil para o norte e noroeste em gestação de alto risco, colaborando como elemento importante na redução do índice de mortalidade materno-infantil na região.

O Centro de Referência e Tratamento da Criança e do Adolescente (CRTCA) é um órgão municipal que foi criado com o objetivo de oferecer, de forma multidisciplinar, assistência à saúde da criança e adolescente no Município de Campos dos Goytacazes. Atua com diversas especialidades médicas e equipe multiprofissional. Tem uma equipe específica para o atendimento à adolescente grávida, composta por médicos ginecologistas e obstetras, assistente social e psicólogo.

4.3 OS RESULTADOS ENCONTRADOS NO HOSPITAL DOS PLANTADORES DE CANA

Considerando a distribuição etária das adolescentes, verificou-se que a idade média da gravidez foi de 16,47 anos. A FIG. 1 demonstra que 21% das adolescentes que deram à luz no HPC, tinham dezesseis anos, 27% tinham dezessete e 28,7% tinham dezoito anos. Esse percentual expressivo de adolescentes, entre dezessete e dezoito anos, pode sugerir que essa gravidez tenha sido planejada, visto que, nessa faixa etária, em geral, as adolescentes já apresentam certa maturidade e conhecimento acerca da saúde sexual e reprodutiva.

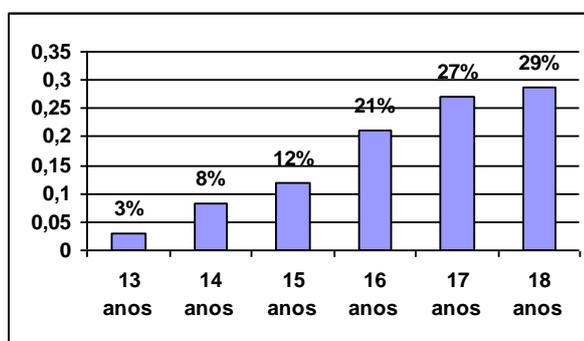


FIGURA 1: Distribuição Etária das Adolescentes Atendidas no HPC
 FONTE: PRONTUÁRIOS

A FIG. 2, por sua vez, apresenta funções das taxas específicas de fecundidade para o Brasil e mostra que a fecundidade vem caindo em todas as idades, inclusive no grupo etário entre quinze e dezenove anos.



FIGURA 2: Taxa Específica de Fecundidade – Brasil 2000-2006.

FONTES: ESTIMATIVAS: IBGE/PROJEÇÕES DEMOGRÁFICAS PRELIMINARES

DADOS DIRETOS: MS/SVS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS

As novas prioridades que a vida moderna exige, tem contribuído para a estabilização, e até mesmo redução, do número de gravidez. No mundo globalizado de hoje, em que as mulheres têm que se qualificarem para se tornarem competitivas no mercado de trabalho, a maternidade tem sido cada vez mais adiada. Inclusive se perpetua o dilema de ser ou não mãe. Mesmo nas classes populares mais empobrecidas, não se tem observado proles numerosas, bastando um ou dois filhos para se satisfazerem.

Entretanto, note-se na TAB. 1 que no Estado do Rio de Janeiro, a proporção dos nascidos vivos de mães com idade abaixo de catorze anos, manteve-se estável entre 1998 a 2006 e os nascidos vivos de mães, com idade entre quinze e dezenove anos, tem apresentado queda gradual ao longo do período. Em contraste, o percentual de nascido de mães com idade superior a vinte e cinco anos apresenta leve aumento no período. Corroborando assim com alguns estudos que assinalam que as prioridades da vida moderna tem se instituído na sociedade, deixando a gravidez como projeto a ser desempenhado, numa fase mais tardia da vida, principalmente a partir da terceira década.

Tabela 1
Proporção de nascidos vivos (%) por Idade da mãe segundo Ano – Rio de Janeiro 1998-2006

Ano	Menor de 14 anos	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 anos e mais	Total
1998	0,8	20,8	29,3	24,0	15,9	7,4	1,7	0,1	100,0
1999	0,8	20,4	29,6	24,1	15,6	7,7	1,7	0,1	100,0
2000	0,8	20,3	29,5	23,7	15,7	8,0	1,9	0,1	100,0
2001	0,8	20,0	29,7	23,5	15,8	8,1	2,0	0,1	100,0
2002	0,8	19,3	30,0	23,7	15,7	8,2	2,0	0,1	100,0
2003	0,8	18,6	29,8	24,3	16,2	8,1	2,1	0,1	100,0
2004	0,8	18,2	29,3	24,6	16,5	8,3	2,2	0,1	100,0
2005	0,8	18,3	28,6	24,9	16,7	8,4	2,2	0,1	100,0
2006	0,8	18,3	27,7	25,3	17,0	8,5	2,3	0,2	100,0

FONTES: MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE NASCIDOS VIVOS (SINASC)

No que se refere à escolaridade constatou-se que a maioria das adolescentes tem seu grau de instrução concentrado no ensino fundamental (EF) – 25% estão concentradas na sétima série, como pode ser observado na FIG. 3. Sendo assim, é possível concordar que a maternidade precoce tem sido identificada como um fator de afastamento e de dificuldade nos estudos.

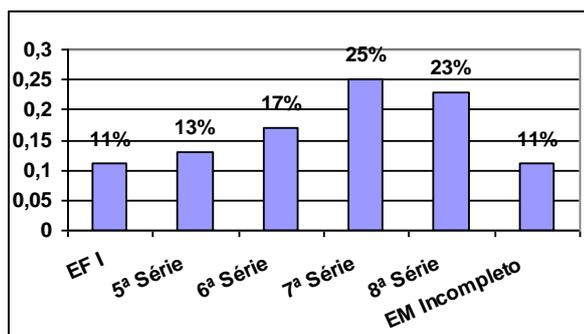


FIGURA 3: Nível de Escolaridade das Adolescentes Atendidas no HPC
 FONTE: PRONTUÁRIOS

A chegada do filho exige uma carga de cuidados que a adolescente tem que desempenhar e, assim, os estudos acabam reservados a um segundo plano.

Paralelo à escolarização, outro elemento que compõe o processo de educação e de emancipação dos jovens, desde a adolescência, refere-se ao trabalho. Especialmente nas camadas mais empobrecidas, frequentemente, o trabalho começa cedo, em virtude da necessidade de se complementar a renda familiar. Neste sentido, a situação profissional, como pode ser observada na FIG. 4, revela que 65% das adolescentes não estão inseridas no mercado de trabalho. Entretanto, há que relativizar, pois, o trabalho no Brasil é regulamentado a partir dos dezesseis anos, podendo ser antecipado para catorze anos na condição de aprendiz, porém nesses dois casos a permanência na escola é pré-requisito.

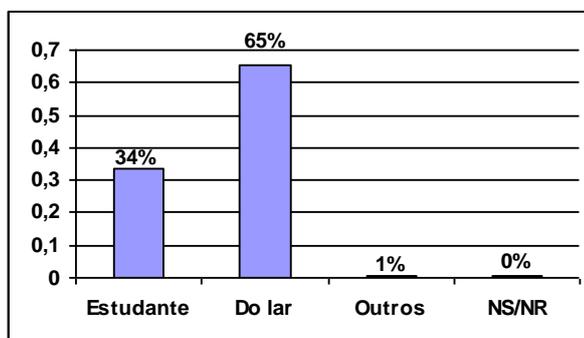


FIGURA 4: Situação Profissional das Adolescentes Atendidas no HPC
 FONTE: PRONTUÁRIOS.

É possível afirmar que 85% das adolescentes estavam passando por sua primeira gestação, conforme expresso na FIG. 5, seguidos de um percentual expressivo (10%) que já se encontravam na sua segunda gestação e com filhos, entretanto 4% estavam na sua segunda gestação porem abortaram anteriormente.

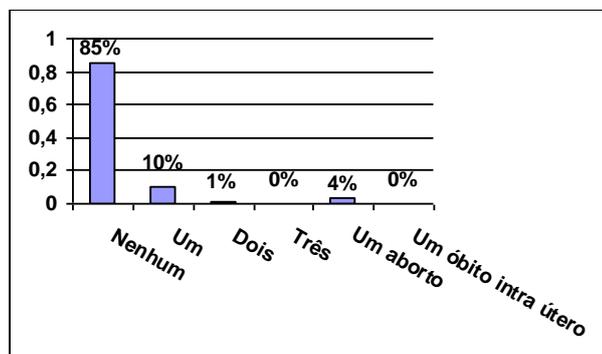


FIGURA 5: Gestações Anteriores das Adolescentes Atendidas no HPC

Fonte: PRONTUÁRIOS.

Observou-se que, em geral, a adolescente grávida falha em buscar assistência pré-natal e, em função disso, pode-se aumentar os riscos de complicações antes e após o parto, tais como pré-eclâmpsia, anemia e obesidade. A gestante adia o pré-natal porque a relação familiar é conturbada, e contar que está grávida para mãe, namorado e aguardar a aceitação deles é um processo demorado. Às vezes quando a complicação já está instalada é que a adolescente tem que ir, em caráter de emergência, para a maternidade e, somente a partir dessa situação é que a família se conscientiza da necessidade de realização do pré-natal. No início os pais se eximem da responsabilidade legal que guardam sobre as adolescentes, com o discurso de que se são “adultas” para engravidar já tem condições de se “virar” sozinhas.

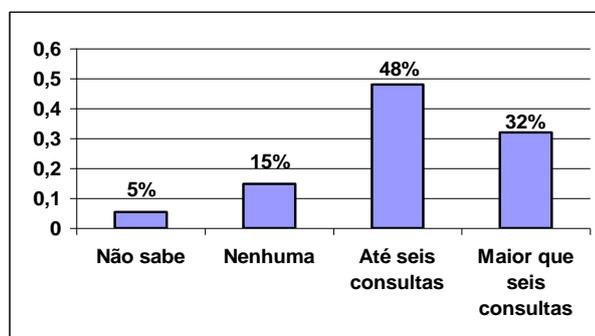


FIGURA 6: Número de Consultas Pré Natal Realizadas Pelas Adolescentes Atendidas no HPC

Fonte: PRONTUÁRIOS

Constata-se que a falta de acompanhamento na assistência pré-natal, ou a sua irregularidade, por si só, é um fator de risco para a gestante e o recém-nascido. O Ministério da Saúde considera adequado o acompanhamento pré-natal em que a paciente realiza seis ou mais consultas.

Verificou-se na FIG. 6, que a maior parte das adolescentes realizou um número de consultas pré-natal adequado. Contudo, é importante destacar que, não só número de consultas é fator importante para se identificar patologias da gestação, mas, a precocidade em que iniciam ao pré-natal, sendo esta de fundamental importância no diagnóstico de doenças que podem evitar o abortamento precoce e o parto prematuro. Muitas vezes, é possível observar a realização de seis ou mais consultas, porém em uma fase da gravidez mais avançada em que complicações já estavam instaladas e por isso a frequência ao pré-natal é maior.

A questão pré-natal ainda sofre impacto em relação ao acesso a rede pública, em que muitas vezes pelo fator idade, a adolescente enfrenta diversos empecilhos na realização de exames. Isso, ora se apresenta, por exemplo, pela burocracia da falta de documentos para a realização dos exames, ora pela carência financeira; pelos obstáculos oriundos da construção de um novo contexto familiar e ainda pelos gastos que o acompanhamento pré-natal pressupõe.

As políticas públicas existentes neste sentido ainda estão longe de se tornarem eficientes. Em geral os serviços ditos especializados no atendimento da adolescente grávida não atendem à demanda, pois são serviços de localização central, e não atendem comunidades da periferia, onde o impacto deste fenômeno é maior. Além disso, quando se recorre às alternativas de políticas públicas existentes (jurídicas e de serviço social), estas se deparam com a morosidade, não atendendo a urgência da gravidez.

Sendo assim, é necessário por parte dos profissionais médicos, especialmente do serviço público, não só um engajamento científico, mas, um olhar holístico para esta adolescente grávida, que é um ser biológico, inserido em diferentes contextos sociais, econômicos e psicológicos.

Observa-se, na FIG. 7, que o maior percentual foi de parto normal (46%), porém foi possível observar um percentual expressivo entre as adolescentes, de realização de cesáreas (43%). Esse é um dado intrigante se considerarmos as campanhas maciças em prol do parto normal no âmbito da saúde pública. Contudo, pode ser reflexo da realização inadequada do acompanhamento pré-natal e de complicações que a gestação nesta idade pode apresentar como a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), que obriga a

interrupção da gestação por via cesariana; o parto prematuro, com ruptura precoce da bolsa das águas (amniorrex), que também colabora para o aumento deste fator, além da própria estrutura física de adolescentes que propicia o desencadeamento de parto distócico⁷.

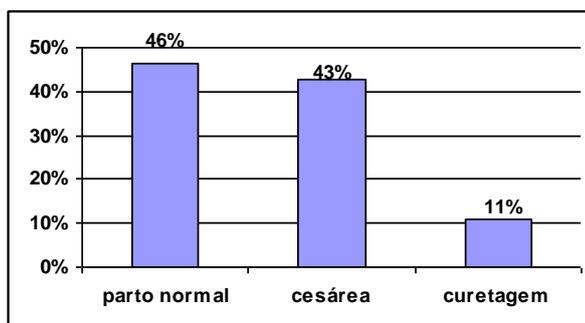


FIGURA 7: Tipo de Parto Realizado Pelas Adolescentes Atendidas no HPC

FONTE: PRONTUÁRIOS

A análise da tabela 2 se inicia pela observação de que é elevado o percentual de curetagem (90,19%) em adolescentes, em grande parte devido aos abortamentos precoces acontecerem até a décima segunda semana de gestação. Entre todos os 90,19% partos por curetagem foi verificado que as adolescentes não haviam realizado nenhuma consulta médica.

Entretanto, observando os dados referentes ao percentual de partos normais (21,29%), vê-se que este foi elevado também entre as pacientes que não realizaram consultas pré-natal, talvez, pelo fato de que a maioria das gestações transcorre sem problemas. Porém quando os problemas ocorrem, um pré-natal bem feito faz todo o diferencial sobre o binômio materno-fetal. Nesse sentido, vale ainda ressaltar que o acesso a saúde ainda é fator para a inserção tardia ao pré-natal.

Tabela 2

Relação Tipo de Parto por Número de Consultas Pré Natal Realizado Pelas Adolescentes Atendidas no HPC

CONSULTAS	VALORES ABSOLUTOS				VALORES RELATIVOS			
	Tipo de Parto				NORMAL	CESÁREA	CURETAGEM	TOTAL
	NORMAL	CESÁREA	CURETAGEM	TOTAL				
0	59	6	46	81	21,29	2,69	90,19	14,70
1	9	4	3	16	3,24	1,79	5,88	2,90
2	14	10	0	24	5,05	4,48	0	4,35
3	32	18	0	50	11,55	8,07	0	9,07
4	31	26	1	58	11,19	11,65	1,96	10,52
5	28	30	0	58	10,10	13,45	0	10,52
6	34	24	0	58	12,27	10,76	0	10,52
7	25	41	0	66	9,02	18,38	0	11,97
8	19	24	0	43	6,85	10,76	0	7,80
9	26	40	1	67	9,38	17,93	1,96	12,15
Total	277	223	51	551	100	100	100	100

FONTE: ELABORADA A PARTIR DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS – 2009

⁷ É o parto anômalo, que transcorre patologicamente perturbado em sua dinâmica, mecanicamente embaraçado ou tendo o gravame de intercorrência imprevisível.

As curetagens são notadas entre as adolescentes com números mínimos de consultas, em geral, devido ao fato de os abortamentos precoces ocorrerem em até doze semanas de gestação; após verifica-se que com quatro consultas tem-se um percentual de (1,96%) devido aos abortamentos tardios que ocorrem em torno de vinte semanas de gestação.

O aparecimento de curetagem (1,96%) em pacientes que realizaram nove consultas pré-natal se justifica por ser um possível procedimento realizado após o parto para retirada de restos placentários e não por abortamentos.

A análise desta tabela se apresenta de forma variada, devido às demandas individuais, principalmente na população adolescente, em que grupos que realizaram sete, oito, nove consultas pré natal, acima do número mínimo recomendado pelo Ministério da Saúde que é de seis consultas, obtiveram porcentagem maior de resolução por cesarianas 18,39%; 10,76%; 17,94%. Neste sentido, esta opção pode ser explicada através da detecção de complicações da gestação que deverão ser solucionadas através da interrupção por cesarianas, ou ainda, devido à gestação que já chegou ao limite de espera e que precisa ser resolvida, pelo fato da paciente não ter entrado em trabalho de parto.

Na TAB. 2 é possível observar que o número de consultas pré-natal não interferiu na diminuição do parto cesárea, ao contrário, isso pode indicar que muitas vezes esse elevado número de consultas ocorre em função de algum problema que esteja ocorrendo durante a gestação como, por exemplo, a Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), e, portanto, demanda maiores cuidados, implicando na necessidade de maior número de consultas, tendo às vezes, que se recorrer à interrupção da gravidez por via cesariana. Torna-se importante ressaltar que a adolescência por si só já estabelece um fator de risco que muitas vezes sugere a realização do parto cesáreo para garantir a saúde e bem-estar da mãe e da criança.

A análise da relação entre o número de consultas por tipo de parto realizado segue as altas taxas de cesariana praticadas no país. Tais dados se confirmam com os observados no Relatório Final da PNDS – 2006, onde foram encontrados 44% dos partos cirúrgicos, sendo esta taxa maior nas regiões Sudeste (52%) e Sul (51%). Além disso, os percentuais de partos cirúrgicos em mulheres com doze ou mais anos de estudo (83%) e no sistema de saúde privado ou suplementar (81%) foram extremamente elevados.

Na análise da TAB.3 é possível observar que apesar de maiores os valores de parto normal (256), os altos índices de cesarianas (235 ou 42,6% do total de partos estudados) tem superado aos recomendados pelo Ministério da Saúde no qual, apenas 25% do total de partos realizados sejam através de cesarianas.

Tabela 3
Relação Idade segundo o Tipo de Parto Realizado Pelas Adolescentes Atendidas no HPC

VALORES ABSOLUTOS					VALORES RELATIVOS			
Tipo de Parto								
Idade	Normal	cesárea	curetagem	Total	Normal	cesárea	curetagem	Total
13	11	5	0	16	4,30	2,13	0,00	2,90
14	19	23	4	46	7,42	9,79	6,67	8,35
15	30	26	10	66	11,72	11,06	16,67	11,98
16	54	51	11	116	21,09	21,70	18,33	21,05
17	80	54	15	149	31,25	22,98	25,00	27,04
18	62	76	20	158	24,22	32,34	33,33	28,68
Total	256	235	60	551	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: ELABORADA A PARTIR DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS – 2009

Pode-se observar que há uma relação crescente entre a idade e a utilização da cesariana como forma de resolução da gestação, entretanto, nos extremos treze a quinze anos a intervenção e cuidados da família em participar do pré-natal é mais intensa, enquanto que dos quinze aos dezoito anos já é dado a adolescente a autonomia de adulto de participar do pré-natal sozinha, pois devido a circularidade que este evento vem se impondo ao longo da história, a maioria das mães destas adolescentes já eram mães nesta idade e, por isso, não acham necessária tanta intervenção da família.

É interessante observar que aos quinze anos o percentual de curetagem realizado (16,67%) se apresenta maior que o percentual dos outros procedimentos realizados nesta idade (11,72% de parto normal e 11,06% de parto cesariano), tal fenômeno se repete aos dezoito anos onde se vê 33,33% de curetagem.

Maiores análises não foram feitas quanto às causas deste fenômeno, devido as implicações éticas e legais envolvidas.

Diversos estudos apontam que meninas que prosseguem a gravidez podem ter complicações, desde aborto espontâneo até outras que são decorrentes do estado gravídico, do parto ou puerpério, dentre elas a prematuridade, seguida da hipóxia fetal que está relacionada ao baixo apgar⁸ no primeiro momento. Nesta pesquisa tais intercorrências não tiveram grande expressividade, conforme pode ser observado na FIG. 7.

⁸ Índice utilizado para avaliar a vitalidade do recém nascido.

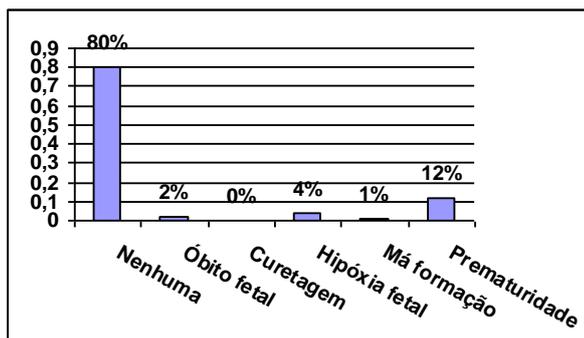


FIGURA 8: Intercorrência Fetal Encontrada nos Partos de Adolescentes Atendidas no HPC

FONTES: PRONTUÁRIOS

Porém, apesar da baixa expressividade, as conseqüências neonatais muitas vezes são trágicas, principalmente as decorrentes da hipóxia e prematuridade. Nestas, os recém nascidos passam por longos períodos de internações hospitalares e, muitas vezes, adquirem seqüelas que exigem da adolescente, agora mãe, um amadurecimento muito rápido, muitas não recebem o apoio dos parceiros nestes enfrentamentos e são abandonadas, e como “mãe é sempre mãe” seguem na sua trajetória tendo que se sustentar e a seu filho, algumas retornam para suas famílias, outras não.

Observa-se que o percentual de intercorrência fetal é mais prevalente quando não se realiza consulta pré-natal (33,61%), em relação a todas as adolescentes que não realizaram consultas pré-natal (20,15%).

Tabela 4
Número de Consultas Pré-Natal por Intercorrência Fetal nos Partos de Adolescentes Atendidas no HPC

Número de Consultas	VALORES ABSOLUTOS			VALORES RELATIVOS		
	Não	Sim	Total	Intercorrência Fetal		
				Não	Sim	Total
0	70	41	111	16,32	33,61	20,15
1	11	5	16	2,56	4,10	2,90
2	17	7	24	3,96	5,74	4,36
3	39	11	50	9,09	9,02	9,07
4	44	14	58	10,26	11,48	10,53
5	46	12	58	10,72	9,84	10,53
6	54	4	58	12,59	3,28	10,53
7	56	10	66	13,05	8,20	11,98
8	41	2	43	9,56	1,64	7,80
9	51	16	67	11,89	13,11	12,16
Total	429	122	551	100,00	100,00	100,00

FONTES: ELABORADA A PARTIR DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS – 2009

É importante ressaltar que a análise é bem variada, isso se impõe devido a múltiplos fatores: nem sempre um maior número de consultas pré-natal denota uma assistência de qualidade, maior frequência de consultas se reflete no encurtamento do tempo das consultas devido a patologias da gestação e que resultará na interrupção precoce da gestação onde a principal complicação se recai sobre a prematuridade do concepto.

Este trabalho tem demonstrado que o foco dos estudos da gravidez na adolescência demonstra que o risco biológico tem sido suplantado pelas implicações sociais devido a realidade na qual encontram inseridas estas adolescentes, entretanto, verifica-se que o produto final, que é o concepto, tem ficado em segundo plano.

Além dos altos os índices de mortalidade em UTI's neonatais, as complicações e seqüelas que estas crianças podem apresentar são várias como: surdez, cegueira, baixo peso, baixa resistência, amputação de membros e paralisia cerebral entre outros. O que ainda não foi refletido é se estas adolescentes estão preparadas para enfrentar esta nova realidade. Se a sociedade e o poder público ainda não encontraram a fórmula para a inclusão social, imagine estas adolescentes.

Das quinhentas e cinquenta e uma adolescentes atendidas no HPC, quatrocentos e vinte e nove não tiveram intercorrência fetal e cento e vinte e duas tiveram algum tipo de intercorrência no feto, mesmo as que realizaram o número máximo de consultas (nove) tiveram um percentual expressivo de complicações fetais (16%) o que pode ser explicado pela presença de doenças maternas que aumentam a frequência das consultas pré-natais e decorrente deste fato sendo necessária a interrupção da gestação, onde a consequência fetal se reflete na prematuridade, na maioria dos casos.

É importante observar que é relevante o percentual de adolescentes que não realizaram consulta pré natal e não tiveram nenhuma intercorrência fetal (16,32%), entretanto, 33,61% das adolescentes que não realizaram pré-natal apresentaram algum tipo de intercorrência fetal, sendo maior que o percentual total de todas as adolescentes que tiveram filhos e não realizaram consulta pré-natal.

Sendo assim, através da TAB 4, foi possível observar que no grupo analisado, o número de consultas pré-natal não interferiu diretamente na diminuição das intercorrências fetais.

A TAB.5 denota que as intercorrências fetais se comportaram de forma crescente com a idade. Note-se que a distribuição das intercorrências vem sendo bem expressivas entre os percentuais nos extremos dos treze (3,70%) e quatorze anos (9,26%), que foram maiores

que o percentual de todos os partos realizados nesta faixa etária (2,90%; 8,35%), devido, principalmente, a fatores estruturais das adolescentes que colaboram para o parto prematuro.

Tabela 5
Relação Idade por Intercorrência Fetal nos Partos de Adolescentes Atendidas no HPC

VALORES ABSOLUTOS				VALORES RELATIVOS		
Intercorrência Fetal						
IDADE	NÃO	SIM	TOTAL	NÃO	SIM	TOTAL
13	12	4	16	2,71	3,70	2,90
14	36	10	46	8,13	9,26	8,35
15	54	12	66	12,19	11,11	11,98
16	97	19	116	21,90	17,59	21,05
17	121	28	149	27,31	25,93	27,04
18	123	35	158	27,77	32,41	28,68
TOTAL	443	108	551	100,00	100,00	100,00

FONTE: ELABORADA A PARTIR DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS – 2009

Este fato se repete aos dezoito anos (32,41%), onde as causas mais freqüentes se recaem sobre as patologias maternas, principalmente a DHEG.

Além das intercorrências fetais, buscou-se analisar as intercorrências maternas, neste grupo, a doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), foi a mais prevalente (8%) (FIG. 9). Entretanto 89% das adolescentes estudadas não apresentaram nenhum tipo de intercorrência.

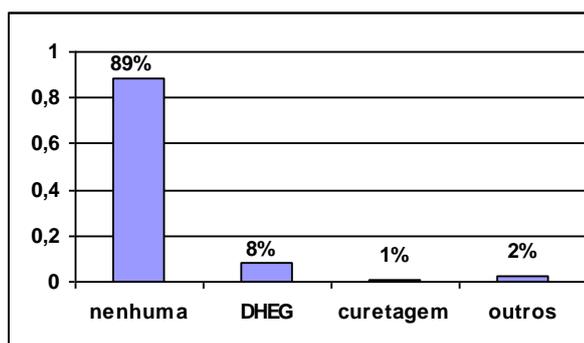


FIGURA 9: Intercorrência Materna entre as Adolescentes Atendidas no HPC

FONTE: PRONTUÁRIOS.

Na TAB.6 observa-se que as intercorrências fetais tem se demonstrado mais prevalentes no fenômeno da gravidez na adolescência, entre elas a prematuridade se destaca, devido a interrupção precoce da gestação advinda de patologias maternas que impõem esta intervenção para resguardar a vida da mãe.

Tabela 6
Relação Idade por Intercorrência Materna entre Adolescentes Atendidas no HPC

VALORES ABSOLUTOS				VALORES RELATIVOS		
Intercorrência materna						
IDADE	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
13	16	0	16	3,27	0,00	2,90
14	41	5	46	8,38	8,06	8,35
15	62	4	66	12,68	6,45	11,98
16	98	18	116	20,04	29,03	21,05
17	136	13	149	27,81	20,97	27,04
18	136	22	158	27,81	35,48	28,68
Total	489	62	551	100,00	100,00	100,00

FONTE: ELABORADA A PARTIR DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS – 2009

Hoje com os avanços médicos e tecnológicos, principalmente nos exames para detecção cada vez mais precoce de patologias maternas, aliados ao desenvolvimento de técnicas de UTI neonatal para receber recém natos cada vez mais precoce, tem-se optado em casos de patologias na gestação que ofereçam risco para a mãe, pela interrupção precoce da gestação, uma realidade que até bem pouco tempo era uma decisão difícil para os médicos, em escolher até onde a gravidez podiam aguardar sem maiores danos maternos e fetais.

É importante notar que, aos dezoito anos, as intercorrências maternas superaram o percentual total de todas as adolescentes que tiveram filhos com dezoito anos (35,48% > 28,68%). Cabe ressaltar que a literatura médica, adverte que as complicações maternas são mais prevalentes nos extremos reprodutivos acima dos trinta e cinco anos e na adolescência, tendo com grande vilão das complicações, a doença hipertensiva específica da gestação que é uma patologia típica de primeira gestação e a prematuridade.

Entretanto, aos dezoito anos tem-se um relaxamento quanto a preocupação de cuidados frente a gestação adolescente, pois se faz uma associação com a dita “maioridade” e com isso muitos a enxergam como um adulto, diferente dos cuidados e preocupações que a família impõe frente a uma gestação precoce aos treze e quatorze anos, o que pode explicar também o aumento de complicações maternas aos dezoito anos por irregularidade ao pré-natal, má alimentação, não realização dos exames, ganho de peso acentuado, etc. Os estudiosos do assunto lembram que a maturidade física e biológica acontece com a puberdade porém a psíquica é muito subjetiva. Porém aos dezoito anos a sociedade exige desta adolescente que se comporte como adulto o que muitas das vezes não tem maturidade suficiente para se comportar como tal.

Assim como a intercorrência fetal, na TAB. 7, a relação entre intercorrência materna e o número de consultas, se apresenta com uma distribuição variada devido a multiplicidade de fatores envolvidos em cada caso, porém é relevante ressaltar que o percentual de pacientes que não tiveram nenhuma intercorrência (21,79%) é elevado quando se considera o total de adolescentes que não realizaram consultas pré-natal (20,15%). Contudo quando se observa o percentual de intercorrências com quatro consultas (21,67%) e cinco consultas (18,33%) este se torna expressivo o que se deve ao fato de que se a maioria das adolescentes começam a suspeitar da gravidez com atraso menstrual de um mês ou mais o que dá em torno de oito semanas menstruais, porém só inicia o pré-natal depois, entretanto no início as consultas são mensais, o que quantifica um tempo de gestação acima de 24 semanas onde é prevalente a doença hipertensiva específica da gestação (acima de vinte semanas), contribuindo como grande causadora das complicações maternas. Cabe ressaltar que a DHEG encontra-se entre as principais causas de mortalidade materna no Brasil, só perdendo para as hemorragias.

Tabela 7
Relação Número de Consultas por Intercorrência Materna entre Adolescentes Atendidas no HPC

VALORES ABSOLUTOS				VALORES RELATIVOS		
Intercorrência Materna						
Número de Consultas	Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
0	107	4	111	21,79	6,67	20,15
1	15	1	16	3,05	1,67	2,90
2	19	5	24	3,87	8,33	4,36
3	46	4	50	9,37	6,67	9,07
4	45	13	58	9,16	21,67	10,53
5	47	11	58	9,57	18,33	10,53
6	54	4	58	11,00	6,67	10,53
7	59	7	66	12,02	11,67	11,98
8	39	4	43	7,94	6,67	7,80
9	60	7	67	12,22	11,67	12,16
Total	491	60	551	100,00	100,00	100,00

FONTE: ELABORADA A PARTIR DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS – 2009

Confirmando as análises, vê-se na TAB. 8 que as complicações maternas são resolvidas em maior porcentagem pela cesariana (88,71%), valor bem próximo do percentual total de todas as intercorrências maternas apresentadas, apenas os percentuais de 4,84% foram resolvidos por parto normal.

Tabela 8

Relação Tipo de Parto por Intercorrência Materna entre as Adolescentes Atendidas no HPC

Intercorrência Materna						
TIPO DE PARTO	VALORES ABSOLUTOS			VALORES RELATIVOS		
	NÃO	SIM	Total	NÃO	SIM	Total
NORMAL	253	3	256	51,74	4,84	46,46
CESAREA	180	55	235	36,81	88,71	42,65
CURETAGEM	56	4	60	11,45	6,45	10,89
Total	489	62	551	100,00	100,00	100,00

FONTE: ELABORADA A PARTIR DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS – 2009

Na TAB 9 observa-se que a prematuridade se destaca como a intercorrência fetal mais prevalente no grupo estudado, mesmo que não tenha havido nenhuma intercorrência materna, isto se justifica pelo fato de que muitas vezes será priorizada a interrupção da gestação, e a conseqüente prematuridade, para que não seja oferecido risco à mãe. Essa mesma análise se aplica à Doença Hipertensiva da Gestação (DHEG).

Tabela 9

Relação Intercorrência Materna e Intercorrência Fetal nos Partos de Adolescentes Atendidas no HPC

VALORES ABSOLUTOS					
Intercorrência Fetal					
INTERCORRÊNCIA MATERNA	NENHUMA	ÓBITO FETAL	CURETAGEM	HIPÓXIA FETAL	MALFORMAÇÃO
NENHUMA	409	12	0	16	7
DHEG	26	0	0	4	0
CURETAGEM	1	1	2	0	0
OUTROS	7	0	0	1	0
TOTAL	443	13	2	21	7

VALORES RELATIVOS					
Intercorrência Fetal					
INTERCORRÊNCIA MATERNA	NENHUMA	ÓBITO FETAL	CURETAGEM	HIPÓXIA FETAL	MALFORMAÇÃO
NENHUMA	92,33	92,31	0,00	76,19	100,00
DHEG	5,87	0,00	0,00	19,05	0,00
CURETAGEM	0,23	7,69	100,00	0,00	0,00
OUTROS	1,58	0,00	0,00	4,76	0,00
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

FONTE: ELABORADA A PARTIR DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS – 2009

As intercorrências fetais são mais prevalentes no percentual referente aos partos resolvidos por cesarianas (56,48%), sendo elevados também no parto normal (40,74%), o que reforça a assertiva de que os danos fetais são maiores nas gestações de adolescentes que as próprias complicações maternas.

Tabela 10
Relação Tipo de Parto por Intercorrência Fetal entre as Adolescentes Atendidas no HPC

VALORES ABSOLUTOS				VALORES RELATIVOS		
TIPO DE PARTO	Intercorrência Fetal			NÃO	SIM	Total
	NÃO	SIM	Total			
NORMAL	212	44	256	47,86	40,74	46,46
CESÁREA	174	61	235	39,28	56,48	42,65
CURETAGEM	57	3	60	12,87	2,78	10,89
TOTAL	443	108	551	100,00	100,00	100,00

FONTE: ELABORADA A PARTIR DOS DADOS DOS PRONTUÁRIOS – 2009

4.4 OS RESULTADOS ENCONTRADOS NO CENTRO DE REFERÊNCIA E TRATAMENTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Analisando a distribuição etária das adolescentes entrevistadas, foi possível verificar que a idade média da gravidez foi de 15,62 anos. Nota-se, pela FIG. 10 que, à distribuição etária apresentou-se da seguinte forma: 23% das adolescentes em atendimento pré-natal tinham dezesseis anos, 26% tinham dezessete anos e apenas 9% delas tinham dezoito anos. Verifica-se, assim que há um comportamento em linha ascendente, dos treze aos dezessete anos. É relevante lembrar que nos extremos reprodutivos que as complicações obstétricas se inserem e onde são maiores as complicações obstétricas. Ocorrendo uma redução aos dezoito anos (9%), onde as adolescentes procuram em menor percentual os serviços especializados como os centros de referências e realizam o seu pré-natal em serviços de atendimento geral.

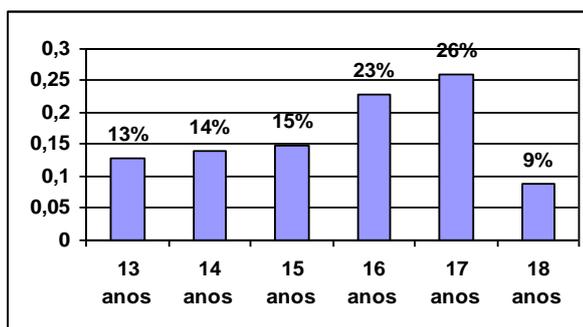


FIGURA 10: Distribuição Etária das Adolescentes Atendidas no CRTCA

FONTE: QUESTIONÁRIOS

Saber sobre a existência ou não de companheiro é importante, pois ele pode apoiar econômica e psicologicamente a adolescente. Em relação ao estado civil das adolescentes foi

verificado que a maior parte das entrevistadas está casada ou vivendo com alguém (61%), seguido 36% que se encontram solteiras (FIG.11).

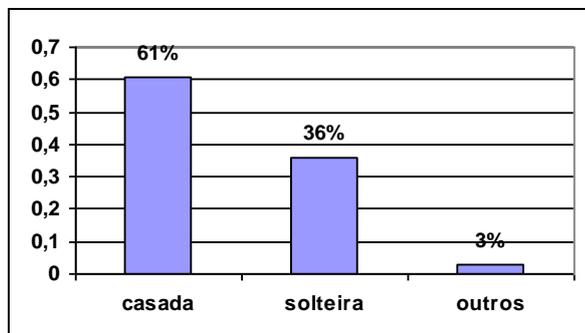


FIGURA 11: Estado Civil das Adolescentes Atendidas no CRTCA

FONTE: QUESTIONÁRIOS

Conforme pode ser observado na FIG. 12, 66% das entrevistadas no CRTCA não estavam frequentando escola na época da entrevista. Tal verificação converge para os estudos que relacionam gravidez precoce à maior vulnerabilidade social e dificuldades de inserção no mercado de trabalho, por baixa qualificação.

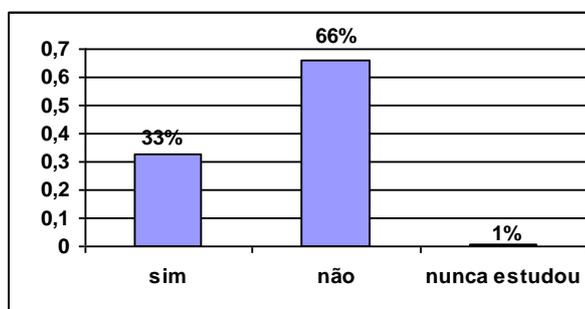


FIGURA 12: Permanência na Escola das Adolescentes Atendidas no CRTCA

FONTE: QUESTIONÁRIOS.

Através das variáveis de inserção social a pesquisa buscou analisar a questão que diz respeito à escolaridade e permanência da adolescente no ambiente escolar. Alguns autores ressaltam que, se é fato que a gravidez na adolescência está frequentemente relacionada a desvantagem social, ela já incide em uma história marcada por limitadas oportunidades e opções de vida e por interrupções na trajetória escolar.

Neste contexto, a maternidade segue sendo uma alternativa de vida para as adolescentes, devendo, assim, ser analisada muito mais como consequência das desigualdades sociais e da pobreza do que como causa.

A FIG. 13 mostra que 47% das entrevistadas alegam que pararam de estudar em função da gravidez, 11% reportaram que não gostam de estudar, 13% outros motivos e 1% mencionou falta de dinheiro para custear os estudos. Apenas 28% permaneceram estudando.



FIGURA 13: Motivo pelo qual as Adolescentes Atendidas no CRTCA pararam de estudar.

FONTE: QUESTIONÁRIOS.

Nesse sentido, no caso específico do grupo analisado em Campos dos Goytacazes, a discussão sobre a gravidez como causadora da evasão escolar se aproxima das afirmações dos estudiosos deste tema. Em geral, as adolescentes, inseridas em contextos sociais mais empobrecidos não vêem nos estudos uma forma de mudar de vida, de classe social, sugerindo que o estudo não traz perspectivas de ascensão social ou mudanças significativas, por isso ocorre o abandono. Ao mesmo tempo, identifica-se que neste segmento social, a gravidez traz status e a adolescente passa a adquirir identidade, respeito perante a sociedade e isso a conforta psicologicamente. Esse fato foi observado na amostra estudada, sendo verificado que 47% das entrevistadas se afastaram da escola em função da gravidez.

Outra evidência importante é referente ao baixo nível de escolaridade das adolescentes grávidas. Veja na FIG. 14, que o nível de escolaridade das adolescentes concentra-se no ensino fundamental (EF). Apenas 19% do total das adolescentes ingressaram no ensino médio.

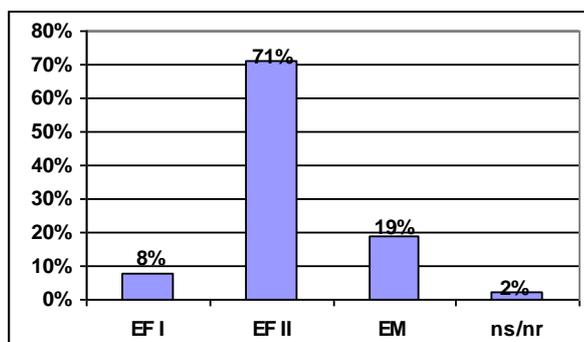


FIGURA 14: Nível de Escolaridade das Adolescentes Atendidas no CRTCA

FONTE: QUESTIONÁRIO

Observando a FIG. 15 que apresenta a renda familiar das adolescentes verifica-se que 23% sobrevivem com menos de um salário mínimo. A maioria (70%) não soube informar a renda de sua família, isto se deve porque a maioria das adolescentes não são responsáveis pelo seu sustento ou contribuem para a renda familiar.

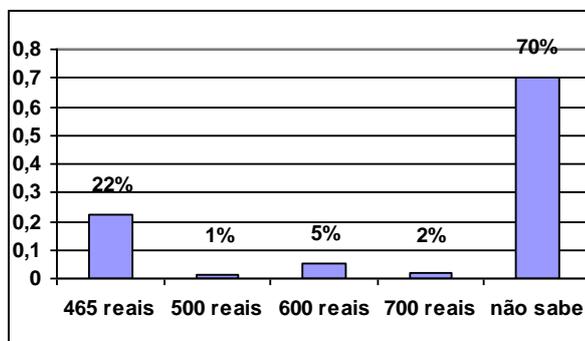


FIGURA 15: Renda Familiar das Adolescentes Atendidas no CRTCA

FONTE: QUESTIONÁRIOS.

É sabido que para além do limitador idade, a própria gravidez, em geral torna mais difícil e complexa a inserção profissional, especialmente pelo baixo nível escolar apresentado por este grupo. Em função disso, muitas vezes perpetua-se o vicioso ciclo da pobreza neste grupo estudado, pois quando esse adolescente se insere no mercado de trabalho, em geral, recorre a informalidade e ao subemprego, em decorrência da baixa escolarização.

A FIG. 16 mostra que a maioria das adolescentes (45%) entrou na menarca (primeira menstruação), com onze anos, corroborando com os autores⁹ que encontram evidência de que a antecipação de quatro meses da menarca a cada década seja um fator de impacto sobre a precocidade da sexualidade.

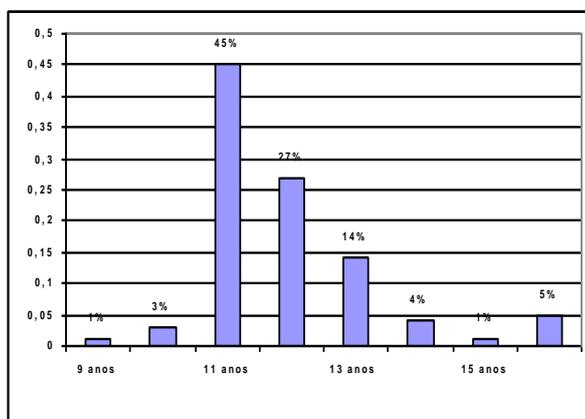


FIGURA 16: Idade da Menarca nas Adolescentes Atendidas no CRTCA

FONTE: QUESTIONÁRIOS.

⁹ Ver por exemplo Bezerra et al, (1973); Sedenho e Souza Freitas (1984) e Colli, (1988)

A FIG. 17 mostra a distribuição conforme a sexarca (primeira relação sexual) das adolescentes que apresenta uma curva em forma de U invertido. A atividade se inicia aos onze anos (apenas 1%) cresce com a idade e aos catorze anos apresenta o pico (33%), quando começa a decrescer com o aumento da idade.

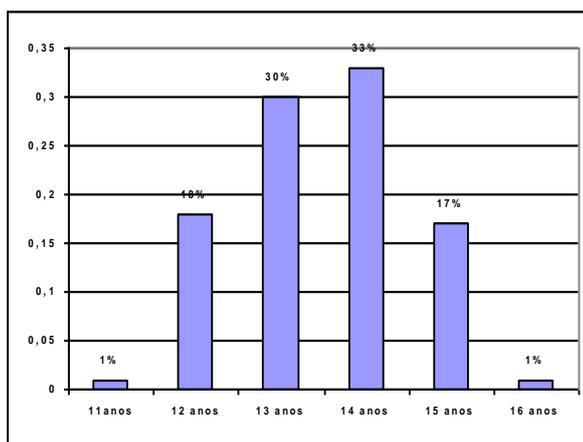


FIGURA 17: Idade da Sexarca nas Adolescentes Atendidas no CRTCA

FONTE: QUESTIONÁRIOS.

Analisando-se a TAB. 11 é possível observar certa circularidade, uma vez que a maioria das adolescentes passou a ter relação sexual, um ano após a menarca. Um dado que chamou a atenção foi que uma adolescente aos treze anos já tinha mantido relação sexual, mesmo antes de menstruar.

Idade da Menarca	Idade da Sexarca						Total
	11	12	13	14	15	16	
9	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%
10	1%	1%	1%	0%	0%	0%	3%
11	0%	16%	15%	12%	2%	0%	45%
12	0%	0%	12%	10%	4%	1%	27%
13	0%	1%	1%	7%	5%	0%	14%
14	0%	0%	0%	0%	4%	0%	4%
15	0%	0%	0%	0%	1%	0%	1%
99	0%	0%	1%	3%	1%	0%	5%
Total	1%	18%	30%	33%	17%	1%	100%

FONTE: ELABORADA A PARTIR DOS DADOS DOS QUESTIONÁRIOS – 2009

Partindo-se para as análises referentes à variável gestação, tais como: planejamento; uso de anticoncepcionais; referência de ter realizado ou não pré-natal; média de

consultas ao pré-natal; é possível verificar dados importantes da realidade desse grupo de adolescentes.

Dadoorian (1996) esclarece que a gravidez em adolescentes pode ser decorrente do próprio desejo da adolescente de ter um filho, respondendo assim, a uma demanda psíquica individual, principalmente, por que a função social feminina pode estar atrelada à maternidade.

Estudo recente da Organização Mundial da Saúde (OMS) revela que 22% dos adolescentes iniciam a atividade sexual aos 15 anos de idade. A informação consta da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2009. O mesmo estudo apontou que a iniciação sexual precoce está associada ao não uso, ou uso inadequado de preservativos e suas consequências (gravidez precoce, DST/AIDS) (IBGE, 2009, p. 37).

Sendo assim é possível perceber que pode haver uma correlação positiva entre a idade da primeira relação sexual e a primeira gravidez, ou seja, quanto mais cedo o início da vida sexual, mais precocemente ocorre a possibilidade de uma gestação.

No campo da saúde reprodutiva, a idade na primeira relação sexual tem sido utilizada como um indicador de início da vida sexual. Em relação a esse aspecto, alguns estudos indicam uma tendência de diminuição da idade de início da vida sexual da população feminina. Essa redução indica que as mulheres estão iniciando a vida sexual cada vez mais cedo e que, portanto, a contracepção e a prevenção das DST/AIDS são desafios a serem enfrentados desde o seu início (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.158).

A maneira como os jovens recebem suas primeiras informações sobre reprodução e contracepção permite situá-los em diferentes perfis de socialização para a sexualidade, expressando, além disso, o peso das diversas instituições nesse processo. Além da família, a escola cumpre um papel crucial não só na transmissão de conhecimentos, mas também de valores, uma vez que se constitui um espaço de convivência com os professores, mas, principalmente com os colegas que experimentam as mesmas angústias e ansiedades desta etapa da vida.

Observando a FIG. 18, que expressa o grau de importância que a adolescente afere às fontes de informação sobre orientação sexual, é possível verificar que para as adolescentes os amigos mais velhos são referências para tirar suas dúvidas e buscar os conhecimentos acerca da temática, seguido dos colegas de escola e dos amigos da mesma faixa etária. Por outro lado, ainda em relação às fontes de informação vê-se que as figuras materna e paterna foram consideradas como pouco importantes neste processo, evidenciando a fragilidade dos

laços familiares e a presença de tabus em relação ao tratamento de assuntos polêmicos, tal qual a sexualidade.

Os professores foram reconhecidos como elementos importantes no processo informativo, contudo, com pouca expressividade. O mesmo pode ser observado em relação aos livros, sugerindo a necessidade da revisão de práticas pedagógicas e didáticas que favoreçam a dinâmica e o debate em sala de aula.

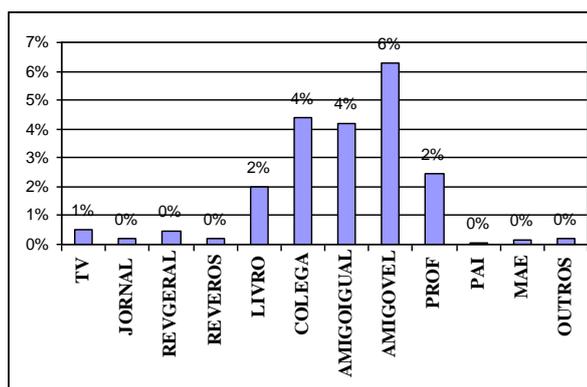


FIGURA 18: Fontes de Informação sobre orientação sexual segundo as adolescentes atendidas no CRTCA.

FONTE: QUESTIONÁRIOS.

Ao aferir o conhecimento sobre a idade de reprodução, ou seja, a partir de quando se pode procriar (FIG. 19), constata-se que 84% adolescentes não sabem em que idade já tem capacidade de procriação. Estudos como o de Kahale (1997) apontam que a capacidade de procriação está entre a faixa de 11-14 anos, o que não coincide com a sua maturidade psicossocial.

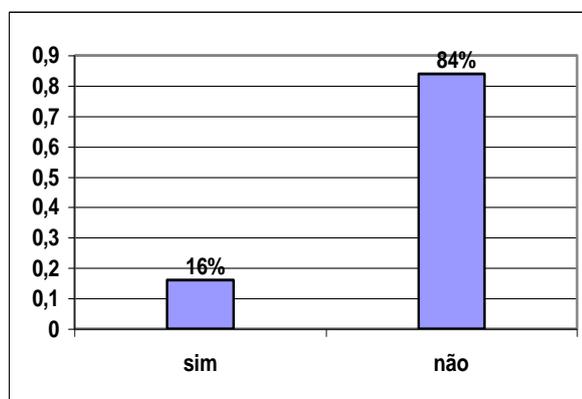


FIGURA 19: Conhecimento sobre Idade de Reprodução segundo as Adolescentes Atendidas no CRTCA.

FONTE: QUESTIONÁRIOS.

Apesar de a maioria não saber a idade em que os adolescentes já têm capacidade para procriação, por outro lado, foi verificado que a maior parte das adolescentes entrevistadas sabe como se engravidar, bem como o que pode ser feito para se evitar a gravidez. Sinalizou também que 92% das adolescentes na experiência sexual já fizeram uso da camisinha masculina (condom) e 40% de pílula anticoncepcional (FIG.20).

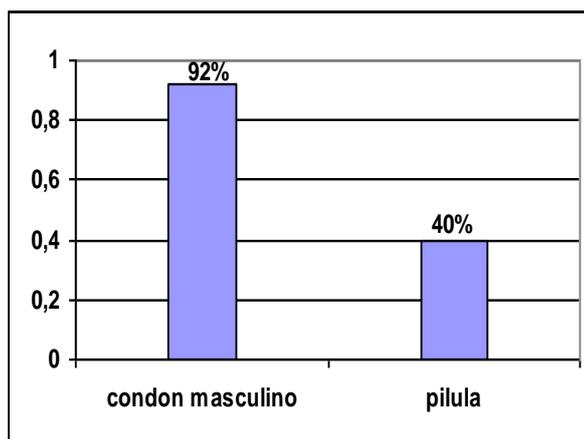


FIGURA 20: Uso Esporádico de Métodos Contraceptivos segundo as Adolescentes Atendidas no CRTCA.

FORNTE: QUESTIONÁRIOS.

De acordo com pesquisa realizada por Dadoorian (1998), em sua amostra, todas as adolescentes entrevistadas afirmaram ter conhecimento de que exercer a atividade sexual sem o uso de um método anticoncepcional poderia provocar uma gravidez; entretanto, não fizeram o uso deste quando iniciaram sua vida sexual.

A FIG. 21 demonstra que a maior parte das adolescentes não planejou a gravidez (92%). Apenas 6% planejaram. É sabido que a educação apresenta, neste caso, efeitos interdependentes, uma vez que se supõe que mães com maior nível educacional poderão entender e melhor aplicar os ensinamentos e conhecimentos sobre planejamento familiar e comportamento saudável durante a gravidez.

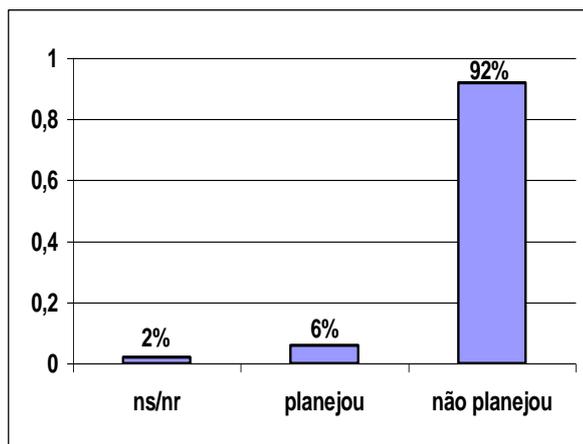


FIGURA 21: Planejamento da Gravidez segundo as Adolescentes Atendidas no CRTCA

FONTES: QUESTIONÁRIOS.

O fato de conhecerem os métodos contraceptivos camisinha e pílula, não impõe a garantia das adolescentes usá-los. Outros fatores estão relacionados à utilização, tais como o acesso a esses métodos, o fato de manterem relações ocasionais e ainda a permissão dos pais diante do início da atividade sexual. A FIG. 22 reforça essa consideração e mostra que a maior parte das adolescentes não estava utilizando nenhum método contraceptivo quando engravidou (95%).

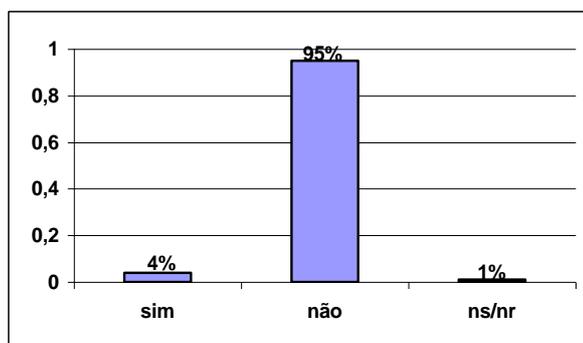


FIGURA 22: Uso de Métodos Contraceptivos quando Engravidou segundo as Adolescentes Atendidas no CRTCA.

FONTES: QUESTIONÁRIOS.

A FIG. 23 apresenta os motivos que levaram a adolescente a ter a primeira relação sexual. Verifica-se que 56% informaram que a principal motivação foi o desejo de perder a virgindade, pois na linguagem adolescente permanecer virgem é considerado careta, antiquado, ultrapassado. A segunda motivação declarada foi a curiosidade (14%), outro evento muito característico da adolescência. Tesão, amor e medo de perder o companheiro tiveram baixa relevância, na amostra pesquisada. O que em épocas passadas era motivo para

aceitação do sexo antes do casamento, hoje com a tendência do sexo por prazer e a sua desvinculação da procriação, têm-se este cenário.

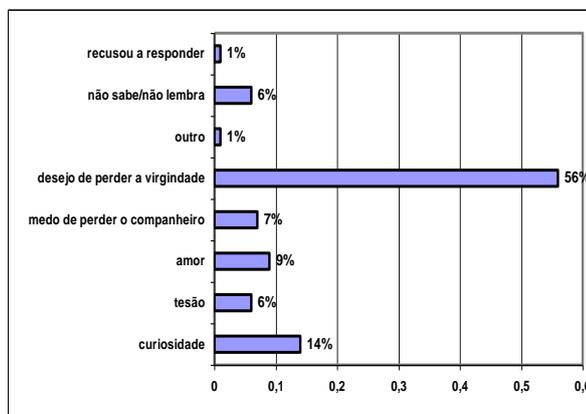


FIGURA 23: Motivo para ter Relação Sexual segundo as Adolescentes Atendidas no CRTCA.

FONTE: QUESTIONÁRIOS.

Analisando a relação entre a idade das adolescentes e os motivos que as levaram a se relacionar sexualmente, verifica-se que o desejo de perder a virgindade esteve bastante presente na faixa etária compreendida entre os dezesseis e dezessete anos (TAB.12).

Tabela 12
Relação entre Idade e Motivo da Relação Sexual entre Adolescentes Atendidas no CRTCA

Idade	Mot.Relção	Curiosidade	Tesão	Amor	Medo de Perder o Companheiro	Desejo de Perder a Virgindade	Outro	Total
13		1%	0%	2%	0%	7%	2%	12%
14		2%	1%	1%	1%	7%	1%	13%
15		5%	0%	1%	1%	7%	1%	15%
16		3%	3%	3%	3%	10%	2%	24%
17		3%	2%	1%	1%	19%	1%	27%
18		0%	0%	1%	1%	6%	1%	9%
Total		14%	6%	9%	7%	56%	8%	100%

FONTE: ELABORADA A PARTIR DOS DADOS DOS QUESTIONÁRIOS – 2009

Na FIG. 24, a idade do pai está bem representada entre os quinze e dezenove anos (33%), demonstrando a importância da paternidade adolescente como sinaliza Chalém (2007) e Aquino et al (2003), com pico dos vinte aos vinte e quatro anos (44%). A partir desse intervalo etário o percentual diminui à medida que aumenta a idade, indicando, nesta amostra, baixa ocorrência de uma diferença muito significativa de idade entre a adolescente grávida e o

pai da criança, evidenciando uma tendência, da paternidade se tornar mais adolescente também, o que pode complicar ainda mais a questão da problemática social, em que a gravidez vai repercutir em uma nova estruturação de casais cada vez mais adolescentes.

Erro! Ligação inválida.

FIGURA 24: Idade do Parceiro das Adolescentes Atendidas no CRTCA

Fonte: Questionários.

A espera por um filho na adolescência, em geral, representa uma etapa de mudanças para a vida adulta. Essa transição, que difere de acordo com a posição social dos indivíduos, revela significados peculiares para pais e mães. Analisando os dados apresentados na FIG. 25, verifica-se que 70% dos companheiros aceitaram bem a gravidez da parceira, condizendo com as afirmações de que muitas vezes a gravidez é almejada pelo casal.

Erro! Ligação inválida.

FIGURA 25: Reação do Parceiro com a Gravidez segundo as Adolescentes Atendidas no CRTCA

Fonte: Questionários.

Conforme expresso na FIG. 26, 85% das adolescentes aceitaram a notícia da gravidez de forma positiva.

Erro! Ligação inválida.

FIGURA 26: Reação da Adolescente Atendida no CRTCA em Relação à Gravidez.

Fonte: Questionários.

Os dados revelam ainda que a gravidez não mudou em nada a relação existente entre os pais adolescentes: 78%. Já 10% informaram que a gravidez fez com que o casal se separasse, assim como 10% respondera que a gravidez os uniu (FIG. 27).

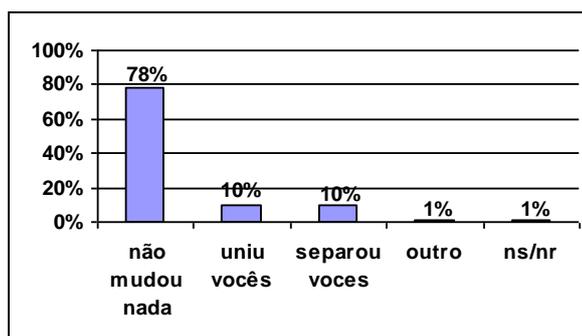


FIGURA 27: Situação da Relação após a Gravidez segundo as Adolescentes Atendidas no CRTCA.

FORNE: QUESTIONÁRIOS.

É interessante observar que as adolescentes, mesmo vivenciando a gravidez no período da adolescência, não consideram essa fase como sendo a melhor para tornarem-se mães. A FIG. 28 mostra que a maioria (35%) das adolescentes considera que a melhor idade para ser mãe é entre os vinte e seis e trinta anos. Nenhuma reportou idade inferior aos dezoito anos como ideal.

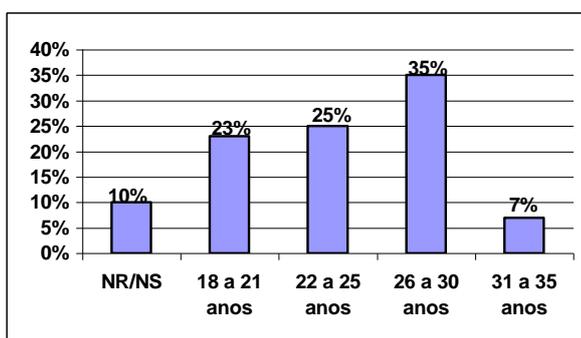


FIGURA 28: Percepção das Adolescentes Atendidas no CRTCA sobre Idade Ideal para ser Mãe.

FORNE: QUESTIONÁRIOS.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão da “Gravidez na Adolescência” perpassa todas as classes sociais e independe do nível escolar, contudo, é sabido que é nas camadas mais empobrecidas que os seus reflexos são mais sentidos e, em geral, trazem sérias conseqüências sociais. O presente estudo foi desenvolvido em duas unidades de saúde que atendem especialmente as camadas mais desfavorecidas economicamente.

Nessa análise foi possível observar alguns dados que podem ser reveladores das peculiaridades desse fenômeno e, conseqüentemente, o reconhecimento e a proposição de ações específicas para esta faixa etária. A análise desta autora recai na ineficiência das ações do Programa de Saúde do Adolescente no Município, a considerar-se, primeiramente, pelo fato de que há uma centralização do atendimento à adolescente grávida no Centro de Referência da Criança e do Adolescente (CRTCA) e este, além de estar localizado numa área central, não consegue absorver toda a demanda do Município. O Hospital dos Plantadores de Cana (HPC), por sua vez, em relação à gravidez na adolescência, centra suas atividades naquelas de alto risco, e como foi visto no decorrer deste trabalho, há uma mudança significativa dos casos de gravidez de adolescentes considerados de alto risco, impossibilitando assim um acompanhamento adequado e desejável.

A pesquisa possibilitou identificar que os argumentos teóricos que estabeleciam a gravidez na adolescência como indesejada que tem se modificado ao longo dos anos, especialmente pelos arranjos matrimoniais precoces. De acordo com os resultados encontrados pode-se observar uma diferença no percentual de atendimentos aos dezoito anos entre as duas bases de dados que pode ser em decorrência de que, nessa idade, nem todas as adolescentes procuram o centro de referência, por não se tratar de gravidez indesejada ou por estar casada ou em união, podendo refletir uma cultura de casamento precoce.

A gravidez no período crítico, que é do extremo de dez a quinze anos, foi pouco significativa, apresentando valores expressivos a partir dos dezesseis anos e atingindo o pico aos dezoito anos, quando, para alguns autores, já estariam na transição para idade adulta. Note-se que em ambos os casos a gravidez ocorreu a partir dos treze anos, o que pode indicar uma tendência da fecundidade dessas meninas na contra mão da queda de fecundidade das mulheres brasileiras em geral, configurando-se na expressão concreta da gravidez na adolescência influenciando de maneira importante no seu entendimento como um problema social.

Analisando a questão da escolaridade e consoante ao fenômeno da gravidez na adolescência, foi possível observar, assim como diversos estudiosos relatam que a antecipação do início da vida sexual reprodutiva parece estar relacionada ao baixo nível de escolaridade e a não adesão aos métodos anticoncepcionais e, conseqüentemente, ao surgimento da primeira gravidez.

Foi possível verificar que existe certa circularidade na relação entre a idade da menarca e da sexarca, onde, em geral a primeira relação ocorre um ano após a primeira menstruação. Considerando que a partir do momento que ocorre a menarca a adolescente torna-se apta à engravidar, verifica-se que é de fundamental importância que ações informativas e preventivas sejam amplamente direcionadas a esse segmento neste momento peculiar de desenvolvimento, visando a não ocorrência da gravidez não planejada. Neste sentido, a família, a escola e os agentes de saúde deveriam atuar conjuntamente, para que práticas em educação e saúde surtissem o efeito desejado.

Considerando a baixa escolaridade encontrada no grupo pesquisado, é possível relacioná-la a essa afirmação e, neste sentido, a escola deve passar por modificações, pois as adolescentes que engravidaram, em geral abandonaram a escola não visualizando no estudo o passaporte para melhoria das suas condições de vida, ao passo que, na gravidez viram a oportunidade de serem respeitadas pela sociedade, conquistando, assim, um novo papel social. Além da baixa escolaridade, o subemprego, a baixa qualificação e pouca expectativa em ascender socialmente, estão presentes na realidade do grupo estudado.

A maneira como os jovens recebem suas primeiras informações sobre reprodução e contracepção permite situá-los em diferentes perfis de socialização para a sexualidade, expressando, além disso, o peso das diversas instituições nesse processo. Além da família, a escola cumpre um papel crucial não só na transmissão de conhecimentos, mas também de valores, uma vez que se constitui um espaço de convivência com os professores, mas,

principalmente com os colegas que experimentam as mesmas angústias e ansiedades desta etapa da vida.

Outra necessidade identificada é a de criação de um canal de prevenção para que os índices de gravidez possam ser reduzidos. Em geral, os municípios se preocupam em criar mecanismos programas curativos e não preventivos. Eles adotam programas para cuidar da adolescente grávida, mas não criam a oportunidade de acesso destas adolescentes antes que possam engravidar a se familiarizar com os profissionais da área de saúde.

Reverendo as políticas públicas, é importante observar que, além da diversidade específica do Brasil, os próprios municípios são dotados de heterogeneidades fundamentais que devem ser consideradas de forma séria pelo poder público. Campos dos Goytacazes, por exemplo, apresenta peculiaridades significativas nas áreas: rural, urbana, central e periférica, que compõem a realidade do município. É sabido que o capital financeiro para modificar esta realidade existe, contudo, falta planejamento. E, ainda, só sabe planejar quem tem gestão.

As dificuldades verificadas no trabalho de campo, hoje, são no sentido de direcionar as práticas sexuais e reprodutivas na adolescência, especialmente, por falta de orientação da escola, da família e da ineficiência das políticas públicas e dos serviços de saúde.

Conclui-se, ressaltando, que a gravidez na adolescência continua colocando desafios para os serviços de saúde, especialmente quando se encontra uma diminuição da idade materna. Atenção especializada deve estar disponível para esta faixa etária, tendo em vista as diferenças na maturidade biológica e psicológica neste grupo. É importante conhecer a magnitude do problema e contribuir para a criação de um programa de prevenção da gravidez na adolescência e sua repetição, uma vez que a exclusão social na qual já estão inseridas pela falta de projetos de vida, aumenta a suscetibilidade de uma gravidez precoce.

É importante que se tenha este conhecimento e que se comece desde o início da adolescência a fornecer atendimento não só às jovens adolescentes, como também aos adolescentes do sexo masculino. O fornecimento de informações sobre saúde reprodutiva deve ser feito antes do início da atividade sexual, para que os adolescentes e os jovens possam optar pelo sexo seguro, sem exposições à doenças ou gravidez indesejada ou não planejada.

REFERÊNCIAS

- ABERASTURY, Arminda; KNOBEL, Maurício. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Porto Alegre, Atmed, 1981.
- AFONSO, M. L. M.; FILGUEIRAS, C. A. C. Maternidade e vínculo social. **Estudos Feministas**. Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 319-37,1996
- ALMEIDA, Margareth Aparecida Santini de. Gravidez adolescente: a diversidade das situações. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 297-307, jul./dez. 2002
- ALMEIDA, Samara. **A relevância da educação sexual na adolescência: uma reflexão sobre a gestação precoce na Maternidade Ana Braga**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/16139/1/a-relevancia-da-educacao-sexual-na-adolescencia/pagina1.html>> Publicado em 30/03/2009. Acesso em: 14 abr. 2009.
- ALTMANN, Helena. Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais. **Rev. Estud. Fem**, Florianópolis, vol. 9, n. 2, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 jun. 2008.
- AMAZARRAY, Mayte Raya; et al. A experiência de assumir a gestação na adolescência: um estudo fenomenológico. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 11, n. 3, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 jul. 2008.
- AQUINO, Estela M. L. et al. Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, supl. 2, p. 377-388, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 jul. 2008.
- ARAÚJO, Ednaldo Cavalcante de. Percepções de adolescentes gestantes sobre a gravidez atendidas na clínica de pré-natal. **Revista de enfermagem**. UFPE on line (revol), v.01, p.28-35, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22. jun. 2010.
- ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2006.
- AZEVEDO, Maria Amélia; GUERRA, Viviane N. de A. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez Editora, 1997.

AZZI, Riolando. “A participação da mulher na vida da igreja do Brasil (1870-1920)”. In: MARCILIO, M. Luiza (coord.) **A mulher pobre na história da igreja latino-americana**. São Paulo: Paulinas, 1984. p. 94-123.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 9.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BASSANEZI, C. Mulheres dos anos dourados. In: M. Del Priore (Org.) **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 1997. p. 607-639.

BASTOS, Álvaro da Cunha. **Adolescência feminina: aspectos psicossomáticos na ótica de um ginecologista**. São Paulo: Atheneu, 1992

BAUMAN, Zygmunt. **Identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2005.

BECKER, Daniel. **O que é adolescência**. Coleção primeiros passos. 13. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BERQUÓ, Elza.; CAVENAGHI, Suzana. Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14, 2004, Caxambu. **Anais**. Campinas: ABEP, 2004. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>>. Acesso em: 25 jan. 2009

BESSA, Karla Adriana Martins. **Papel da mulher na sociedade ao longo da História**. 2007. Disponível em: <<http://www.social-ciencias/sociology.com>>. Acesso em: 24 mar. 2009

BEZERRA, V. L. V. A.; CAMPOS, D.; SALOMON, J. B. R. Crescimento e desenvolvimento no adolescente. **Arch. Latinoam. Nutr.** 23, 4. 1973; p. 465-83.

BILAC, Elisabete Doria. Família: algumas inquietações. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org.) **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDU/Cortez, 1997. p. 29-38.

BOZON, Michel. **Sociologia da sexualidade**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

BRANDÃO, E.R. Gravidez na adolescência: juventude contemporânea e laços familiares. 2001. **Projeto de tese de doutorado**. UERJ, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro. 2001.

BRANDÃO, E.R. Gravidez na adolescência: um balanço bibliográfico. In: HEILBORN Maria Luiza. et. al (Orgs.) **O aprendizado da sexualidade**. Reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro, Ed. Garamond e Fiocruz. 2006.

BRANDÃO, E.R. Individualização e vínculo familiar em camadas médias: um olhar através da gravidez na adolescência. 2003. **Tese de Doutorado**. UERJ, Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro. 2003.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e outras providências. Diário Oficial da República.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção Básica e Saúde da Família**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#equipes>>. Acesso em 10. jun. 2009.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco Legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>. Acesso em 10. jun. 2009.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens**. [versão preliminar]. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: orientações para a organização dos serviços de saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>. Acesso em 10. jun. 2009.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/text_atencao.pdf>. Acesso em 10. jun. 2009.

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente: Bases programáticas**. 2. ed. Brasília; Ministério da Saúde, 1996.

BRUSCHINI, Cristina. Teoria crítica da família. In: AZEVEDO, Maria Amélia, GUERRA, Viviane N. de A. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento**. São Paulo: Cortez Editora, 1997, p.49-80.

BUENO, Glaucia. Motta. **Variáveis de risco para a gravidez na adolescência**. 2001. Dissertação de mestrado. Disponível em: <<http://www.virtualpsy.org/infantil/gravidez.html>>. Acesso em: 16 mar. 2008.

CABRAL, C. “Gravidez na adolescência” e identidade masculina: repercussões sobre a trajetória escolar e profissional do jovem. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2002, Ouro Preto. **Anais**, ABEP, CD-ROM, 2002. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>>. Acesso em: 25 jan. 2009.

CALAZANS, G. J. . Os jovens falam sobre sua sexualidade e saúde reprodutiva: elementos para a reflexão. In: ABRAMO; Helena Wendel; BRANCO; Pedro Paulo Martoni (Org.) **Retratos da Juventude Brasileira: Análise de uma pesquisa nacional**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, v. 1, 2005. p. 215-241.

CALLIGARIS, Contardo. **A adolescência**. São Paulo. Publifolha, 2000.

CAMPOS, M. A. B. Gravidez na adolescência: a imposição de uma nova identidade. **Pediatr. Atual**, Rio de Janeiro, 13 (11;12), p. 25-26, 2000.

CANESQUI, A. M., Assistência médica e à saúde e reprodução humana. **Textos NEPO**, 13. Campinas: NEPO, Universidade Estadual de Campinas. 1987.

CAPUTO, Valéria Garcia; BORDIN, Isabel Altenfelder. Gravidez na adolescência e uso freqüente de álcool e drogas no contexto familiar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 402-410, jun. 2008.

CARVALHO, J.A.M.; PAIVA, P.T.A.; SAWYER, D.R. **A recente queda da fecundidade no Brasil: evidências e interpretação**. Belo Horizonte: CEDEPLAR/ UFMG, 1981. Monografia 12. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>>. Acesso em: 25 jan. 2009.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org.) **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDU/Cortez, 1997.

CASTELLS, P.; SILBER, T. La asistencia a adolescentes. In. CASTELLS, P.; SILBER, T. (Orgs.) **Guía práctica de la salud y psicología del adolescente**. México, DF: Editorial Planeta Mexicana, 1998, p. 33-44.

CATHARINO, Tânia. Ribeiro; GIFFEN, Karem. **Gravidez e adolescência: investigação de um problema moderno**. 2002. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>>. Acesso em: 25 ago. 2008.

CAVALCANTI, Sylvia Maria Oliveira da Cunha et al. O significado da gravidez para a adolescente. In: **FEMINA – Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro. v. 29, n.5, jun/2001.

CAVASIN, S. A gravidez na adolescência e o discurso do risco. **Enfoque Feminista**, São Paulo, n. 4, abr./1993.

CAVENAGHI, Suzana (Org.) **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro, ABEP, 2006.

CHALÉM, Elisa et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23, (1), p. 177-186, jan. 2007.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA – CREMESP – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. 2007.

COLLI, A. S. Crescimento e desenvolvimento físico. In: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Comissão de Saúde do adolescente. **Adolescência e Saúde**. São Paulo, Paris Editorial. 1988, p. 43-58.

COLLUCCI, Cláudia, 2003. Parto lidera ranking de internações de jovens. **Folha de São Paulo** 24 jun. 2003. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br>>. Acesso em: 12 abr. 2009.

CORRÊA, Áurea Christina de Paula; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. Paternidade adolescente: um desafio a ser enfrentado pelos serviços de saúde. **Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 157-163, 2007.

CORRÊA, Sônia. JANNUZZI, Paulo de Martino; ALVES, José Eustáquio Diniz. Direito e saúde sexual e reprodutiva: marco teórico-conceitual e sistema de indicadores. In: CAVENAGHI, Suzana (Org.) **Indicadores municipais de saúde sexual e reprodutiva**. Rio de Janeiro: ABEP, 2006. Cap. 1. p. 27-62.

COSTA, M. C. O. Fecundidade na adolescência: perspectiva histórica e atual. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 74, n. 2, p. 87-90, 1998.

COSTA, M. C. O. et al. Condições de gestação, parto e nascimento em adolescentes e adultas jovens: Santa Casa de Maternidade de referência do SUS, Belém, Pará. **Revista Adolescência Latinoamericana**, Rio Grande do Sul, 1414-7130, 1, p. 242-251, 1999.

COSTA, João de Jesus (coordenador). Rompendo o silêncio. **SEMINÁRIO MULTIPROFISSIONAL DE CAPACITAÇÃO SOBRE ABUSO E EXPLORAÇÃO SEXUAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**: textos e anotações. São Luís: CEDECA, 1997.

CRUZEIRO; A. L. S. et al. Iniciação sexual entre adolescentes de Pelotas, Rio Grande do Sul. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**, São Paulo, 18 (2), p. 116-125, 2008.

DADOORIAN, Diana. Adolescentes: por que elas querem engravidar? **Rev. Est. Femin.**, Florianópolis, 24(1), p. 47-51, 1996.

DADOORIAN, Diana. **Pronta para voar**: um novo olhar sobre a gravidez na adolescência. Rio de Janeiro: Rocco, 2001

DESLANDES, Keila. Por que a gravidez na adolescência nos preocupa? Publicado em 2007. Disponível em: <http://www.psicologia.ufrj.br/nipiac/blog/?p=77> . Acesso em: 10. jun. 2009.

DESSER, N. A. **Adolescência, sexualidade e culpa**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1993.

DIAS, A. C. G; GOMES, W. B. Conversas em família sobre sexualidade. **Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 18, n. 2, p.433, ago./dez. 2007.

_____; AQUINO, Estela M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 1447-1458, jul. 2006.

DIMENSTEIN, Gilberto. “Estudo relaciona falta de escolaridade com gravidez”. **Folha de São Paulo**, 4 out. 1999. Caderno Campinas, p. 4.

ECOS. Estudos e Comunicação em Sexualidade e Reprodução Humana. Instituto Polis. **Gravidez na adolescência**. Instituto Polis. DICAS 191. 2001. Disponível em: <http://www.ecos.org.br/docs/dicas_191.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2008

ENGELS, Friederich. **A origem da família, da propriedade e do estado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981

FÁVERO, M H.; MELLO, R M. Adolescência, maternidade e vida escolar: difícil conciliação de papéis. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 131-136, 1997.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de Orientação Saúde da Adolescente**. Rio de Janeiro, 2001.

FEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES DAS INDÚSTRIAS GRÁFICAS DE SÃO PAULO. **No Brasil, gravidez na adolescência supera média da América Latina** Clipping n. 306. Publicado em 13. nov. 2008. Disponível em: <<http://www.fitigesp.org.br>>. Acesso em 10. jul. 2009.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. São Paulo: Difusão, 2004.

_____. **Ensinando a cuidar da mulher do homem e do recém-nascido: práticas de enfermagem**. 4. ed. São Paulo: Difusão, 2004. p. 91, 93, 209, 213, 214, 216.

FLAX, J. Pós modernismo e relações de gênero na teoria feminista, In: HOLLANDA, S. B. de (Org.) **Modernismo e política**. Rio de Janeiro: Rocco, 1991. p. 217-250.

FONSECA, C. Ser mulher, mãe e pobre. In: M. Del Priore (org.). **História das mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto. 1997. p. 510-553

FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Ed. Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago. 1905.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18, p.153-161, 2002.

GIDDENS, Anthony. **As conseqüências da modernidade**. São Paulo: UNESP, 1991.

_____. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

GODINHO, R. A. et. al. Adolescentes e grávidas: onde buscam apoio? **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n. 2, abr. 2000.

GOIS, Antonio. Gravidez cresce entre adolescentes da elite. **Folha de São Paulo**, 27 set. 2004. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br>>. Acesso em: 12 abr. 2009

GUIMARÃES, A. M. D. N; VIEIRA, M. J; PALMEIRA, J. As Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 11, n.3, p.293-8, mai-jun 2002.

GUIMARÃES, Eleuse M. de Britto; COLL, Anita S. **Gravidez na adolescência**. Goiânia: Ed. da UFG, 1998.

GUPTA, Neeru; LEITE, Iuri da Costa. Tendências e determinantes da fecundidade entre adolescentes no Nordeste do Brasil. **Perspectivas Internacionais de Planejamento Familiar**. 45, p. 24 - 29. 2001. Disponível em: <<http://www.alangutmacher.org/pubs/journals/2702401P.pdf>>. Acesso em: 20. fev. 2010.

HEILBORN, M. L. Aproximações sócio antropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Rev. Horiz. Antropol.**, Porto Alegre, v 8, n. 17, jun./2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em 21. mar. 2008.

HEILBORN, M. L. Construção de si, gênero e sexualidade. In: HEILBORN, M. L. (org). **Sexualidade: o olhar das ciências sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1999, pp. 40-58.

HEILBORN, M. L. **Gravidez na adolescência: condições preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social**. 1998. Disponível em: <<http://.clam.org.br>>. Acesso em 01 mar. 2009.

HEILBORN, M. L. Gravidez na adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social. In: VIEIRA, Elizabeth Meloni et al. **Seminário gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família, 1998. p. 23-32.

HEILBORN, M. L. et. al (Orgs.) **O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Ed. Garamond e Fiocruz, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais**. 2006. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 09. jul. 2009.

_____. **Pesquisa nacional de saúde do escolar**. 2009 Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/pense.pdf>>. Acesso em: 30. jun. 2010.

JORNAL DA FEBRASGO. **Editorial: Mortalidade Materna**. Rio de Janeiro. 2001; 8: 2.

JOVER, Eliane Rivero; NUNES, Maria Lúcia Tiellet. Construção histórica da noção de adolescência e sua redefinição na clínica psicanalítica. **Revista Imaginário**, São Paulo, vol. 11, n. 11, p. 15-33, dez. 2005. Disponível em: <<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo>>. Acesso em: 30. abr. 2009.

KAHHALE, E. P.; et al. Assistência multiprofissional à adolescente grávida: dificuldades somato-psico-sociais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, 8 (1), p. 04-09, 1997.

_____. Desenvolvimento da sexualidade e da relação materno filial em gestantes adolescentes. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, 8 (1), p. 23-29, 1997.

KNOBEL, Maurício. A síndrome da adolescência normal. In: ABERASTURY. Arminda; KNOBEL, Maurício. **Adolescência normal**. 9 ed., Porto Alegre: Artes Médicas. 1991. Cap. 2.

LEVISKY, D. L. **Adolescência: reflexões psicanalíticas**. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

LEWIS, M., & WOLKMAR, F. **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

LIMA et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, 4 (1), p. 71-83. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19983.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2008.

LONGO, Luciene A. F. de Barros. PEREIRA, Ana Paula F. V. Políticas populacionais de saúde sexual e reprodutiva do adolescente no Brasil. In: XII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 12, 2000, **Anais eletrônicos**. São Paulo: ABEP, Pôster. Disponível em <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>>. Acesso em 25 abr. 2008.

MAGALHÃES, Maria de Lourdes C.; REIS, João Tadeu Leite dos. **Compêndio de ginecologia infanto-juvenil diagnóstico e tratamento**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2003.

MARCHI, Nádia Maria et al. Opção pela vasectomia e relações de gênero. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 19 (4), p. 1017-1027, jul/ago. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 30. abr. 2009.

MATO GROSSO (Estado). **DIRETRIZES DA POLÍTICA ESTADUAL DE ATENÇÃO INTEGRAL A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA DE MATO GROSSO – 2001-2005**. Mato Grosso, 2001.

MEDINA, Carlos Alberto. Família: ontem, hoje e amanhã. In: **Debates Sociais**. Rio de Janeiro: CBCIS, n .50-51, p. 13-28, 1990.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge. A adolescência desprevenida e a paternidade na adolescência: uma abordagem geracional e de gênero. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de saúde. Área de saúde do adolescente e do jovem. vol. I, p. 230-248, 1999.

MERRICK, T.; BERQUÓ, Elza. The determinants of Brazil's recent rapid decline in fertility, Washington: national academy press, 1983. In: ALVES, José Eustáquio Diniz. **As políticas populacionais e os direitos reprodutivos: “o choque de civilizações” versus progressos civilizatórios**. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/cario10/cairo10alves21a48.pdf>>. Acesso em 12 jan 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Vozes, Petrópolis, 2003.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA (MEC). Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental. Temas transversais saúde e orientação sexual**. Brasília. MEC/SEF, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília: Centro de Documentação, Ministério da Saúde. 1984.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da mulher e da criança. PNDS. 2006**. Brasília: CEBRAP, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Normas e Manuais Técnicos. Brasília. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília – DF, 2006.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. A Maternidade na adolescência e a (des)proteção social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 83, ano XXVI, set. 2005.

MONTEIRO, Denise Leite Maia; CUNHA, Alfredo de Almeida; Bastos, Álvaro da Cunha. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

MÜLLER, R. **A evolução do mundo pela mulher**. Rio de Janeiro: Casa Maria Editora, 1991.

NEIVERTH, Ivete Stibbe; ALVES, Gustavo Biasoli. Gravidez na adolescência e mudança do papel social da mulher. **Paidéia**, Ribeirão Preto, 12, 24, p. 229-240, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 jul. 2008

NEVES, D. P. Nesse terreiro galo não canta. Estudo do caráter matrifocal de unidades familiares de baixa renda. In: R.C. Oliveira (org). **Anuário antropológico 83**. Fortaleza/Rio de Janeiro: Edições UFC/Tempo Brasileiro, 1985, pp. 199-220.

OLIVEIRA, Ana Roberta; LYRA, Jorge. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas públicas de saúde: desafios à atenção básica. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 8: CORPO, VIOLÊNCIA E PODER, 8, 2008, Florianópolis. **Anais eletrônicos**. Rio Grande do Sul: ABRAPO 2008. ST 40: Estado Laico, Sexualidade e Políticas Públicas. Disponível em: <http://www.fazendogenero8.ufsc.br/sts/ST40/Oliveira-Lyra_40.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2009.

OLIVEIRA, M. W. Gravidez na adolescência: dimensões do problema. **Cad. CEDES**, Campinas, v. 19, n. 45, p. 48-70, jul./1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20. ago. 2008

ORSOLIN, R. Nem toda a mulher quer ser mãe: novas configurações do feminino. In: CENCI, C.M.B; PIVA, M.; FERREIRA V.R.T. **Relações familiares: uma reflexão contemporânea**. Passo Fundo: UPF Editora. 2002.

OSIS, Maria José Martins Duarte. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção**. 1994. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) - Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

OSIS, Maria José Martins Duarte PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 14 (Supl. 1), p. 25-32, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

OSÓRIO, Luís Carlos. **Adolescente hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1989.

OSÓRIO, Luís Carlos **A família hoje**. Porto Alegre: Artmed, 1996.

PAIVA, Anaelmira Soares de; CALDAS, Maria Luiza Costa da Silva; CUNHA, Alfredo de Almeida. Perfil psicossocial da gravidez na adolescência. In: MONTEIRO, Denise Leite Maia; CUNHA, Alfredo de Almeida; Bastos, Álvaro da Cunha. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. Cap. 2. p. 7-30.

PAULICS, V. **Atenção a gravidez na adolescência**. 1996. Disponível em: <<http://www.federativo.bnds.gov.br>>. Acesso em: 12 abr. 2008.

PEREIRA J. L. “Histórico da gravidez na adolescência”. In: MONTEIRO, Denise Leite Maia; CUNHA, Alfredo de Almeida; Bastos, Álvaro da Cunha. **Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. Cap. 1. p. 1-6.

PEREIRA, Luciléia. Juventude, participação e direitos: um olhar para as percepções de jovens do Rio de Janeiro sobre sua participação no PROJOVEM (Programa Nacional de Inclusão de Jovens: educação qualificação e ação comunitária). 2007. 129f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – PUC-RIO/Departamento de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2007.

PETRY, Sabrina. “Gravidez precoce diminui qualidade de vida”. **Folha de São Paulo**, 6 de maio 2001. Cotidiano, p, C 5.

PINHEIRO, Verônica de Souza. **Maternidade na adolescência: significados e repercussões**. 2001. 108f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – UFRGN, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Rio Grande do Norte. 2001.

PINHEIRO, Verônica de Souza. Repensando a maternidade na adolescência. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.5, n.1, p. 243-251. 2000.

RAPPAPORT. Clara. **Encarando a adolescência**. Série Jovem Hoje. 8. ed. São Paulo: Ática, 2001.

REIS, A. O. A. **O discurso da saúde pública sobre a adolescente: avatares**. 1993. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

REIS, A. O. A. Análise metafórico-metonímica do processo de constituição dos pensamentos da saúde pública acerca da adolescente grávida: os anos 60. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (1), p. 1-13, 1998.

RIBEIRO; E. R. et. al. Comparação entre duas coortes de mães adolescentes em município do sudeste do Brasil. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 34, p. 136-142, 2004.

ROMANELLI, Geraldo. Autoridade e poder na família. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (Org.) **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDU/Cortez, 1997. p. 73-88.

ROSA; A. J., REIS; A. O. A.; TANAKA, A. C. d’ A. Gestações sucessivas na adolescência. **Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum.**, São Paulo, 17 (1), p. 165-172, 2007.

ROSEMBERG, F. A educação de mulheres jovens e adultas no Brasil. In: SAFFIOTI Heleith I. B.; MUNÕZ-VARGAS, Mônica (Orgs.) **Mulher brasileira é assim**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994, p. 27-62.

ROUDINESCO, Elizabeth. **A família em desordem**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2003.

RUZANY M. H. et al. Avaliação das condições de atendimento do Programa de Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18, p. 639-49, 2002.

SABROZA; A. R. et al. Perfil sócio-demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20, Suppl 1, p. 112-120, 2004.

SAFFIOTI, Heleith; BONGIOVANI, Iara. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. Petrópolis: Vozes, 1979. p. 179-180.

SANTOS, Graciete Helena Nascimento dos; MARTINS, Marília da Glória; SOUSA, Márcia da Silva. Gravidez na adolescência e fatores associados com baixo peso ao nascer. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, 30 (5), p. 224-31, 2008.

SANTOS JÚNIOR, J. D. Fatores etiológicos relacionados a gravidez na adolescência; vulnerabilidade e maternidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Política de Saúde. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Brasília, v.1, p. 223-229, 1999.

SANTOS, Lenir. Saúde: conceito e atribuições do Sistema Único de Saúde. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 9, n. 821, 2 out. 2005. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7378>>. Acesso em: 19 jun. 2009.

SANTOS, Silvia Reis; SCHOR, Néia. Vivências da maternidade na adolescência precoce. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 37 (1), p. 15-23, 2003.

SARTI, Cyntia. Família e individualidade um problema moderno. In: CARVALHO, Maria do Carmo Brant de (org). **A família contemporânea em debate**. São Paulo: EDU/Cortez, 1997. p.39-50.

SAWAIA, Bader. (Org.) **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 8. ed., Petrópolis: Vozes, 2008.

SEDENHO, N.; SOUZA FREITAS, J. A. S. Fatores que influenciam a ocorrência da menarca. **J. Bras. Ginecol.** 94, 8, 1984; p. 303-8.

SIMÕES; V. M., et. al. Características da gravidez na adolescência em São Luís, Maranhão. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 37, p. 559-565, 2003.

SOUZA, Carmem Zeli Vargas Gil. Juventude e contemporaneidade: possibilidades e limites. **Ultima Década**, Cidpa Viña Del Mar, n. 20, p. 47-69. junho, 2004.

SOUZA, Ivana Fernandes. Gravidez de adolescência: uma questão social. **Revista Adolesc. Latinoam.**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, nov. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/ral-adolesc.bvs>>. Acesso em: 31 ago. 2008.

SOUZA, Marcelo Medeiros Coelho de. A maternidade nas mulheres de 15 a 19 anos como desvantagem social. In: VIEIRA, E. M. et al (Orgs.) **Seminário Gravidez na Adolescência**, Rio de Janeiro, 1998. p.74-91.

SOUZA, V.L.C.; CORRÊA, M.S.M.; SOUZA, S.L.; BESERRA, M.A. O aborto entre adolescentes. **Rev Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, 9 (2), p. 42-47, mar. 2001.

SWAIN, T. N. Figuras de mulher em Simone de Beauvoir: a mãe, a prostituta. **Revista Caderno Espaço Feminino**, Uberlândia, v. 11, n. 14, p. 43, Jan./Jul. 2004.

TELLES, Sérgio. A família segundo Roudinesco. **Psicanálise em debate**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 9 set. 2003. Disponível em: <<http://www.polbr.med.br/ano03/psi0903.php#cima>>. Acesso em 05 jul. 09.

VIEIRA, Neiva F. C.; PAIVA, Teresa C. H.; SHERLOCK, Maria S. M. Sexualidade, DST/AIDS e adolescência: não quero falar, tenho vergonha, In: **DST - Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**. Niterói, v. 13, n. 4, p. 46-51, 2001.

VITALLE, Maria Sylvia de Souza; AMÂNCIO, Olga Maria Silvério. **Gravidez na Adolescência**. 2001. Disponível em: <<http://www.brazilpednew.org.br>>. Acesso em 31 ago. 2008.

WOORTMANN, K. Casa e família operária. In: R. C. Oliveira (org). **Anuário antropológico 80**. Fortaleza/Rio de Janeiro: Edições UFC/Tempo Brasileiro, 1982, pp. 119-49.

YÉPEZ, Marta A. Traverso; PINHEIRO, Verônica de Souza. Adolescência, saúde e contexto social: esclarecendo práticas. **Psicol. Soc.** [online], v. 14, n.2, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 set. 2008.

ANEXOS