

UNIVERSIDADE TIRADENTES

EDIVÂNIA SANTANA DOS SANTOS
NARA CRISTINA ALMEIDA SANTOS
VIVIANE MELO SANTOS DE BARROS

GRAVIDEZ PRECOCE E POLÍTICAS PÚBLICAS:
UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO DE NOSSA
SENHORA DE LOURDES - SE.

PRÓPRIA
2012

EDIVÂNIA SANTANA DOS SANTOS
NARA CRISTINA ALMEIDA SANTOS
VIVIANE MELO SANTOS DE BARROS

GRAVIDEZ PRECOCE E POLÍTICAS PÚBLICAS:
UM ESTUDO DE CASO NO MUNICÍPIO EM NOSSA
SENHORA DE LOURDES - SE.

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC
apresentado na Universidade Tiradentes –
UNIT, como Pré – requisito para obtenção do
Grau de Bacharel em Serviço Social.

Prof^a. Esp. Acácia Gardênia Santos Lelis.

PRÓPRIÁ
2012

EDIVÂNIA SANTANA DOS SANTOS
NARA CRISTINA ALMEIDA SANTOS
VIVIANE MELO SANTOS DE BARROS

GRAVIDEZ PRECOCE E POLÍTICAS PÚBLICAS: UM ESTUDO DE
CASO NO MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DE LOURDES - SE.

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC
apresentado na Universidade Tiradentes – UNIT,
como Pré – requisito para obtenção do Grau de
Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: __/__/____
Banca Examinadora

Prof. MSc. Acácia Gardênia Santos Lelis
Universidade Tiradentes

Prof. MSc. Ana Célia Goes Melo Soares
Universidade Tiradentes

Prof. MSc. Livia de Melo Barros
Universidade Tiradentes

Dedico este trabalho primeiramente a Deus,
por me oportunizar a fazer parte deste trajeto.
A toda minha família por estar sempre ao meu
lado. Sem esquecer aqueles que contribuíram
de forma direta e indiretamente. Obrigada a
todos!

Edivânia Santana dos Santos

Dedico este trabalho a Deus, por estar presente em cada dia de minha vida. Aos meus amados pais, irmão, sobrinho e namorado, a quem ofereço todos os meus feitos e realizações.

Nara Cristina Almeida Santos

Dedico este trabalho aos meus pais José
Geraldo e Dilma, e em especial a minha avó
Maria Francisca (In Memória)

Viviane Melo Santos de Barros

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a DEUS, por ter guiado meus passos e me proporcionar força e dedicação para vencer, mas um obstáculo em minha vida acadêmica. Obrigado Meu Bom DEUS!

Existem pessoas em nossas vidas que nos deixam felizes pelo simples fato de existir, minha mãe Marinalda Santana. Obrigada pela confiança depositada em mim. TE AMO!

Agradeço ao meu esposo Augusto Moura pelo esforço, dedicação e compreensão em todos os momentos, neste e em outros caminhos. As minhas filhas Aynara Ellen, Nataly Augusta. Vocês são as razões do meu viver. Aos meus irmãos com quem dividimos o mesmo espaço, Rita Santana, Rogéria Santana, Adiranilson Santana, Marisnalda Santana, Nazaré Santana e Cícero Santana. AMO TODOS VOCÊS!

As minhas duas colegas Nara Cristina e Viviane que durante esse tempo de TCC estiveram sempre juntas nas angústias e nos momentos de alegrias. Foi muito bom, só tenho a agradecer.

A todos os mestres que deixaram um pouco de si e levaram um pouco de nós. Aos que deixaram muito. Acácia, Ana Célia, Vanda, Uverland, José Roberto e Lenalda, mas não há os que não deixaram nada. Meu muito obrigada pela oportunidade de te conhecer. Esta é a maior responsabilidade de nossa vida e a prova de que nosso encontro não foi por acaso. Obrigada a todos pela oportunidade de te conhecer!

Edivânia Santana dos Santos

AGRADECIMENTOS

Mais uma etapa da minha vida se concluiu, uma etapa difícil, árdua, de muitos desafios, esforço e entrega, mas também de superação e evolução. E neste momento percebo que eu não teria conseguido fazer nada sozinha, as pessoas ao meu redor foram essenciais, para o meu crescimento, amadurecimento e sucesso, e por isso quero agradecer a todos que fizeram parte dessa conquista.

Agradeço primeiramente a Deus pela dádiva da vida. Sem o consentimento do Senhor, nada disso seria possível. Tu és meu mestre!

Às pessoas que mais amo, aquelas que sempre estão ao meu lado, em todos os momentos bons ou ruins da minha vida, aquelas as quais eu devo tudo, a dedicação, o amor, a educação, a fé, aqueles que sempre acreditaram em mim, até nas horas em que nem eu mesma acreditava, que me proporcionaram está aqui hoje, concluindo mais essa etapa da minha vida. Aos meus pais José Jailton dos Santos e Norailza Almeida Santos, o meu muito obrigada, eu nunca conseguiria descrever em palavras o amor e a gratidão que sinto por vocês. AMO VOCÊS DEMAIS!

Quero agradecer aos meus irmãos Williams e Narayama, que sempre estão ao meu lado me apoiando e me proporcionando momentos de felicidades. AMO VOCÊS!

Williams Filho, meu sobrinho, tão lindo da titia, obrigada por me contagiar com sua ingenuidade e alegria.

Agradeço ao apoio e carinho de todos os familiares sem exceção, meus tios, tias, primos e primas, cunhados e cunhadas pela torcida. Sempre presente nos momentos em que mais precisei. OBRIGADA!

Ao meu futuro marido Vital Neto, agradeço pelos momentos de felicidade absoluta. Por me encher de coragem para vencer esta difícil luta. Por nunca estar na minha frente... Ou atrás... Simplesmente... Ao meu lado. Agradeço muito a toda sua família que sempre me trata com muito carinho. OBRIGADA POR VOCÊS EXISTIREM!

Agradeço a todos os meus amigos da UNIT, em especial a Viviane e Edivânia, companheiras de TCC, por proporcionarem momentos de alegria durante essa caminhada, dividindo angústias e aflições. É muito bom ter amigas como vocês.

Não podendo esquecer da pessoa que me ajudou bastante nesta conquista ARY RODRIGUES, na construção do TCC, foi um verdadeiro anjo. VALEU!

A todos os Professores, e principalmente a professora orientadora Acácia Gardênia (obrigada por tudo). Vocês são pessoas em quem devo me espelhar para obter êxito no meu futuro profissional. VALEU PELA DEDICAÇÃO DE TODOS VOCÊS.

É com imensa alegria que agradeço a todos que torceram por mim. Obrigada!!!

Nara Cristina Almeida Santos

AGRADECIMENTOS

Mais uma fase da minha vida que termina, ou melhor, outra que começa! Muitos ensinamentos para serem lembrados por toda vida, boas risadas e sinceras amizades! Mais essa conquista assim como as demais só foi e será possível graças primeiramente a DEUS, meu pai celestial a quem recorri diariamente para renovar as minhas crenças, e assim me fortalecendo para vencer os desafios. Obrigada pela oportunidade da vida!

Agradeço aos meus pais Geraldo e Dilma por me mostrar que a vida é feita com muito amor, sinceridade, respeito e união! Amo muito vocês, meu alicerce, meu tudo!

Agradeço ao meu noivo e futuro esposo Saulo o amor da minha vida que sempre acreditou na minha vitória, sempre estando ao meu lado mim dando força e exemplo de vida. te amo!

As minhas amadas irmãs Lívia, Larissa e Vivya pelo o carinho e companheirismo, vocês literalmente estiveram ao meu lado, que mesmo no silêncio não permitiram que a solidão mim afetasse, amo vocês minhas pequeninas!

Aos meus familiares, em especial minha avó Maria Francisca (in memória), avôs, tios, primos, minha sogra, cunhada e os demais parentes, pelo aconchego, carinho, apoio e incentivo, vocês fazem à diferença em minha vida, tornando-a mais graciosa e esplêndida, Amo todos vocês!

O meu enorme carinho, e sincero agradecimento as minhas amigas Lara, Nara Cristina, que acompanharam toda minha trajetória e sempre estiveram na torcida. Obrigada por todos os momentos felizes ao meu lado. As minhas amigas de curso Manuela, Edivânia, Dasdores, Heleninha, Jânia que compartilham seus aprendizados e carinho a mim, meu sincero Obrigado adoro vocês!

E não poderia de esquecer-se dos meus mestres professores que foram o alicerce desta minha vitória, em especial minha orientadora do TCC Acácia Gardênia, meu muito obrigada por tudo que mim ensinaram!

Por fim agradeço a todos que me ajudaram direta ou indiretamente, pelo apoio e por acreditarem que eu iria chegar até aqui. Obrigado a todos!

Viviane Melo Santos de Barros

“O momento em que vivemos é um momento de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperança para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar, dia-a-dia, no horizonte de novos tempos mais humanos, mas justos, mais solidários”.

(Marilda Villela Iamamoto)

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso TCC, objetiva analisar e discutir a gravidez precoce e as políticas públicas pertinentes a essa problemática, sua efetivação e adequação regionais e locais no atendimento e acompanhamentos, dessas adolescentes nos variados contextos da saúde e da assistência social. Entender e refletir acerca dos motivos e fatores que levam a gravidez precoce, caracterizando a adolescência e as mudanças que acontecem na vida, na família e na sociedade. A compreensão dos contextos de vidas dessas adolescentes grávidas, perpassa por uma prática profissional voltada a uma maior inserção nos contextos de desigualdades sociais, onde evidencia-se um maior número de gravidez precoce. Esse estudo justifica-se, quando abre espaço para uma maior divulgação e reflexão acerca do tema, propiciando novas formulações, conceituações e novos métodos para uma maior compreensão do tema. O estudo de caso que teve como campo das amostras a cidade de Nossa Senhora de Lourdes, estado de Sergipe, ouviu profissionais da área de Serviço Social e Saúde, como também às adolescentes grávidas, buscando melhor evidenciar a problemática e seus efeitos e circunstâncias na vida das adolescentes. Buscamos numa pesquisa exploratória, quantiqualitativa, com minuciosa revisão crítica da bibliografia encontrada e pertinente ao tema, com fundamentação legal no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Constituição Federal de 1988, favorecer o repensar das políticas públicas existentes e os procedimentos profissionais nas abordagens e encaminhamentos dessa demanda, assim como a revisão das campanhas de prevenção da gravidez precoce existente, com intencionalidade de que sejam revistas e aperfeiçoadas, abrangentes e eficazes.

PALAVRA-CHAVE: Gravidez Precoce; Políticas Públicas; Serviço Social

ABSTRACT

This Job Completion Course CBT aims to analyze and discuss the pregnancy and public policy relevant to this problem, its effectiveness and appropriateness regional and local service and accompaniments of these teenagers in the varied contexts of health and social care. Understand and reflect on the reasons and factors leading to early pregnancy, adolescence and characterizing the changes that happen in life, family and society. Understanding the contexts of the lives of these teenage pregnancies, goes through a practice aimed at greater integration in the contexts of social inequality, which is evident in a greater number of early pregnancy. This study is justified when it is open space for wider dissemination and discussion on the topic, providing new formulations, new methods and concepts to a greater understanding of the topic. The case study was to field samples of the city of Our Lady of Lourdes, state of Sergipe, heard professionals in Social Work and Health, as well as pregnant teenagers, trying to better highlight the problem and its effects and circumstances in life of adolescents. We seek an exploratory study, quanti, with detailed critical review of the literature and found relevant to the topic with a legal basis in the Statute of Children and Adolescents and the Constitution of 1988, encourage the rethinking of existing policies and procedures and professional approaches referrals to this demand, as well as the revision of campaigns to prevent teenage pregnancy exists, with intent that they be revised and improved, comprehensive and effective.

KEYWORD: Early Pregnancy, Public Policy, Social Work

LISTA DE SIGLAS

CF – Constituição Federal

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FEBEM – Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor

FIOCRUZ – Fundação Osvaldo Cruz

FUNABEM – Fundação do Bem-Estar do Menor

SAM – Serviço de Assistência a Menores

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1- INTRODUÇÃO.....	18
2- POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE..	21
2.1 Histórico da Proteção.....	21
2.2 Garantiada Proteção Integral a Criança e ao Adolescente segundo a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente.....	26
3- GRAVIDEZ PRECOCE.....	33
3.1 Caracterização da adolescência e os fatores influenciadores da gravidez precoce..	33
3.2 Aspectos que envolvem a vida das adolescentes grávidas.....	36
3.3 As consequências da gravidez precoce.....	38
4- POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA A GESTANTE ADOLESCENTES NO MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DE LOURDES.....	40
4.1 Breve Histórico da Construção da Política Pública de Saúde no Brasil.....	40
4.2 O Sistema Único de Saúde – SUS, e a Assistência a Gestante.....	43
4.3 Dados de Gravidez na Adolescência no Brasil em Sergipe e no Município de Nossa Senhora de Lourdes.....	45
4.4 Como acontecem às Políticas Públicas de Proteção a Atendimento as Adolescentes Grávidas no Município de Nossa Senhora de Lourdes.....	48
CONCLUSÃO.....	54

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56
ANEXOS.....	58
APÊNDICE.....	63

1- INTRODUÇÃO

Gravidez na adolescência é uma realidade enfrentada na sociedade contemporânea. Perpassa aspectos biológicos e sociais e deve compreender políticas públicas efetivas. A escolha do tema é decorrente do conjunto de questões sociais observadas no município estudado direcionado ao quantitativo de adolescentes grávidas. Assim, independente da sua condição social a adolescente que vivencia este tipo de situação, busca compreender todos os aspectos estabelecidos durante o processo de gravidez na adolescência, identificando se existe ou não, ações realizadas para o enfrentamento dessa problemática. Este estudo é resultado do acompanhamento de um grupo de adolescentes grávidas durante o período de nosso estagio supervisionado em Serviço Social, que se deu no ano 2011, no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), do Município de Nossa Senhora de Lourdes.

O presente estudo de caso tem por objetivo discorrer sobre os problemas sociais que envolvem as adolescentes grávidas e as políticas públicas existentes no município de Nossa Senhora de Lourdes/SE, voltadas para prevenir e minimizar as consequências daí decorrentes. A problemática que será abordada neste trabalho será a análise sobre as causas e as consequências nas vidas dessas adolescentes, em razão das transformações ocorridas em suas vidas, na vida de seus bebês e de toda a família.

Para melhor compreensão do conteúdo abordado, foi utilizado o método de pesquisa quali-quantitativo, por possibilitar a análise de todos os aspectos explícitos e implícitos da Gravidez Precoce e Políticas Públicas, voltadas para o problema no município de Nossa Senhora de Lourdes. Este processo de pesquisa permite o envolvimento do

pesquisador com o ambiente pesquisado, durante a intervenção, inserindo-o nos contextos reais onde acontecem as demandas sociais.

Quanto aos instrumentos empregados no decorrer da pesquisa, utilizou-se com a entrevistas semi-estruturadas, direcionadas a população local que vivencia o problema cotidianamente. Esse método possibilita o recolhimento de informações e quanto à análise do fenômeno estudado. A pesquisa objetiva analisar ainda as políticas públicas dirigidas a atender às adolescentes gestantes no município de Nossa Senhora de Lourdes-SE, sendo este fragmentado em três momentos; o primeiro de caracterização do perfil por elas no contexto familiar e social, e, por fim a identificação dos programas disponibilizados pela gestão municipal para atender as necessidades das adolescentes gestantes.

Contudo, as reflexões abordadas nesta pesquisa apresentam base na investigação desenvolvida no município de Nossa Senhora de Lourdes-SE, e em alguns teóricos que fundamentam essa pesquisa acerca das políticas públicas destinadas à execução e efetivação de direitos a criança e ao adolescente, exemplo de Wilson Donizeti Liberati (2009), Martin Claret (2002), Thiago de Lima Abreu (2007) e outros.

O presente trabalho se justifica pela importância do tema, pois oportuniza aos estudiosos ou interessados condições de realização de novos estudos e reflexões acerca do tema, propiciando discussões e intervenções com todos os cuidados teórico-metodológicos, para fundamentar novos conceitos e novas políticas públicas.

O trabalho intitulado “Gravidez precoce e políticas públicas: um estudo de caso no município de Nossa Senhora de Lourdes”, encontra-se dividido em cinco capítulos, dispostos na seguinte ordem temática: no primeiro capítulo introduz o tema, falando acerca dos objetivos do trabalho, a metodologia utilizada e os autores que fundamentaram o estudo, a justificativa e as questões norteadoras; no segundo capítulo, abordamos a historicidade da proteção e políticas públicas voltadas ao adolescente; no terceiro capítulo, caracterizamos a

adolescência e os fatores que influenciam a gravidez precoce; no quarto capítulo abordamos as políticas públicas direcionadas aos adolescentes no município de Nossa Senhora de Lourdes e os contextos práticos dessas políticas; ainda nesse mesmo capítulo, analisamos os dados da pesquisa em seguida concluímos o trabalho com as considerações finais.

2- POLITICAS PÚBLICAS DE PROTEÇÃO A CRIANÇA E AO ADOLESCENTE

A Constituição Federal do Brasil de 1988 configura um importante marco na transição de paradigma em relação ao cuidado e à responsabilidade social com a infância e adolescência. Este novo paradigma mostra-se bem representado na Lei nº 8.069/1990 – Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), orientando, também, as diretrizes do governo brasileiro para Saúde, Educação e Trabalho.

A grande mudança refere-se à passagem de uma abordagem orientada somente para observar e punir, tendo como foco aqueles em situação irregular, para ações voltadas à proteção, objetivando atingir todas as crianças e adolescentes, inclusive, aqueles em situação de risco pelo envolvimento com drogas e violência. Compreender, refletindo e analisando a historicidade das políticas de atendimento a criança e ao adolescente com a visão de proteção integral é o objetivo deste capítulo.

2.1- Histórico da Proteção

O histórico da proteção surge no período colonial tratando a criança e o adolescente inicialmente de acordo com modelo em vigor em Portugal, que se utilizava da Roda dos Expostos ou Roda da Misericórdia como uma prática de institucionalização. (IAMAMOTO, CARVALHO, 1993)

Este modelo de tratamento destinado a criança e ao adolescente tem suas origens em países Europeus, sendo simplesmente um dispositivo engenhoso composto por um cilindro, com uma abertura em um dos lados, que girando em torno de um feixe vertical, que era encontrado frequentemente em portarias de conventos, casas de misericórdia com crianças recém-nascidas e hospitais, assim nesta roda as crianças eram colocadas pelos seus pais sem que estes se identificassem (MARTINS, 2009).

Segundo Martins (2009), a roda dos expostos era na verdade uma forma de abandono de crianças e adolescentes pelos seus respectivos familiares. Porém, com o passar do tempo as famílias adquiriram uma nova razão quanto ao contexto familiar e social, criando um ambiente com maior respeito que preservava sob qualquer condição a honra familiar. Neste contexto, a Roda dos Expostos era bastante útil para grande parte da sociedade, por preservar a identidade de mulheres que engravidaram e as famílias não sabiam ou contra a vontade dos familiares.

“Por outro lado, o que realmente gerou críticas as Rodas dos Expostos, principalmente da sociedade, foi à alta taxa de mortalidade das crianças que eram expostas. Evidentemente a prática em vigor nesta época atraía a atenção de todos que discordavam deste modelo de institucionalização.” (MARTINS, 2009 P. 29/30).

Essa prática por muitos anos na sociedade brasileira, porém a pressão popular para que se efetivassem mudanças foram paulatinamente acontecendo e exigindo dos legisladores, leis mais sérias e voltadas à proteção das crianças e adolescentes.

Naquele momento emerge a necessidade de elaborar um novo código legislativo voltado à proteção das crianças e adolescentes. Enfatizando esse tema, Alvarez (1989), reforça que:

Assim, surge uma nova fase na sociedade que passa a trabalhar com novas instituições disciplinares visando não apenas excluir os menores sob sua guarda, mas torná-los política e economicamente produtivos, cidadãos moralizados e trabalhadores. (ALVAREZ, 1989, P. 31)

Até o fim da década de 1970, a orientação jurídica para as ações relativas à infância e à adolescência era guiada pelas representações sociais disseminadas, expressando distorções e preconceitos (ALVAREZ, 1989).

Ainda na década de 20 inicia-se a criação de várias instituições voltadas ao atendimento de órfãos, abandonados e delinquentes, adquirindo maior dimensão no início do século XX sob auxílio da igreja católica, trabalhando novos conceitos morais para os menores. Diante de todos os processos, adquire-se assim a efetivação do Código de Menores promulgado em 1927, sob a responsabilidade do Estado através da política assistencialista. (MARTINS, 2009)

Com isso surge à necessidade de elaboração de um novo código devido às falhas existentes no Código Penal e razão de sua aplicabilidade, trabalhando com novos métodos de recuperação e internação dos jovens que se apresentavam de maneira precária. Assim, em 1927 o Código de Menores apresenta grande importância para o tratamento destinado a criança, nesta época considerando o Estado Físico, mental e moral da criança, considerando a situação social e econômica do país. (LIBERATI, 2009).

Este código apresentava alguns dispositivos: Menores de 18 anos classificados de abandonados (abandonados e delinquentes); Menores delinquentes proibiam que fossem submetidos a processo penal de qualquer espécie; Dispensou a pesquisa de discernimento; Medida de recolhimento dos abandonados; Encaminhamento a um lar, seja dos pais, seja da pessoa responsabilizada por sua guarda; Proteção dos menores de 02 anos, determinando a entrega para criar “fora da casa dos pais” e dos menores expostos até 07 anos de idade em estado de abandono, e por fim limitava até 12 anos para o trabalho e proibia o trabalho noturno para menores de 18 anos. (ALVAREZ, 1989)

Em 1940, este código fixa a responsabilidade penal ao menor de 18 anos para Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) de 1943 trabalhando com a proteção ao trabalho do

menor e a fiscalização do trabalho do menor pelo juiz de menores. Surgindo, também o Serviço de Assistência a Menores – SAM em 1941, que tinha como objetivo disponibilizar a proteção as desvalidos e infratores em todo território nacional, trabalhando com métodos marcados por formas inadequadas e pela repressão institucional à criança e ao adolescente e etc. (BREUS, 2007)

A efetivação do Código de Menores na sociedade representou um avanço na legislação específica para menores, pois, garantiu novas abordagens para o abandono, violência e maus tratos com crianças e adolescentes, prevendo medidas protetivas para assegurar condições de sobrevivência aos assistidos. Iniciou-se também a punição de culpados de crimes contra as crianças e adolescentes (ALVAREZ, 1989).

Por isso, conforme Martins (2009) entre as décadas de 20 e 70, formou-se na sociedade, no Poder Judiciário, uma escola “memorista”, adotando-se a “Doutrina do Direito do Menor” que só seria superada em 1979, quando promulgou-se o Código da Situação Irregular, que vigorou sob a “Doutrina da Situação Irregular”. A transição entre os Códigos de 27 e de 79 só ocorreu efetivamente com a criação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor – FUNABEM.

Com a criação dessa fundação se concretiza o processo de institucionalização do Estado sobre as formas de responsabilidade com crianças e adolescentes em pleno Golpe Militar de 1964, e iniciou a nova carta constitucional que apresentava diversos atos institucionais, a exemplo do 5º Ato Institucional, que previa punição quanto a qualquer repressão destinada ao governo e ao novo regime instaurado. (MARTINS, 2009. P. 33)

Dentre as instituições a Funabem se destacou por desenvolve atividades com menores marginalizados, visando o afastamento de crianças e adolescentes do meio em que viviam, mostrando a moral, a ética e os bons costumes. A partir deste momento a destituição do pátrio poder torna-se uma prática comum na sociedade, ocasionando diversas sentenças direcionadas ao abandono de crianças.

Segundo Alvarez (1989), é importante ressaltar que a política utilizada pela Funabem era de cunho assistencialista, fato este que possibilitou atuações de caráter imediato junto ao conceito filantrópico cristão. Porém, com o passar do tempo esta sofreu uma sucessão pela Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor – FEBEM. A partir de então surgem dois tipos de instituições, as para crianças carentes e abandonadas de cunho assistencialistas e as crianças infratoras de cunho repressor.

Notoriamente, a realidade das práticas dessas instituições jamais correspondeu às expectativas de reeducação ou ressocialização. Na verdade, tais instituições serviram (ainda servem) apenas para que a sociedade escondesse “parte significativa de crianças e jovens em dita “situação de irregular” (art. 2º do Código de Menores), que nome eufemista dos pauperizados e excluídos pela lógica do sistema vigente nessa mesma sociedade” (BIERRENBACH, 1987).

O novo Código de Menores entra em vigor em 1979, revogado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), impondo uma política de cunho assistencialista com proteção ao menor que também disponibiliza serviços aos necessitados, porém se reflete como uma política voltada a retirar das ruas, da sociedade, crianças e adolescentes que ocasionavam medo a população devido ao aumento da marginalidade. (LIBERATI, 2009)

As crianças das classes populares eram percebidas como “bandidos em potencial” (CHENIAUX, 1982). Considerava-se que, se essas crianças fossem afastadas de seus lares, por meio da institucionalização, as situações de risco associados à pobreza seriam prevenidas. As famílias, por suas condições precárias de vida, eram consideradas incompetentes para promover o desenvolvimento adequado nas crianças. Assim, a responsabilidade pela situação de risco era atribuída, exclusivamente, à família, abertamente desqualificada em sua função. Hoje, essa responsabilidade se amplia também para o sistema social vigente. Compreendemos o importante do papel da sociedade na promoção de condições adequadas de desenvolvimento

para a infância e a juventude, mas respeitamos o papel e a competência da família como parte do sistema em que os indivíduos se formam. (FARIA, 1992)

O instrumento jurídico que passou a inspirar as práticas sociais na abordagem da questão foi o Código de Menores, criado em outubro de 1979, cujo texto se orientava, fundamentalmente, para a integração sócio-familiar do menor, modificando a visão do problema. Na realidade o Código trouxe poucas transformações às ações correntes. As principais críticas a ele feitas, pelos documentos que posteriormente fundamentaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, centram-se no seu caráter arbitrário e na adoção das noções de menor em situação irregular e de periculosidade, o que legitimava qualquer mandando judicial de reclusão. (OLIVEIRA, 1988)

A mobilização da sociedade civil para promover mudanças na linha de atuação com os menores iniciada em 1980, consolidou-se na Constituição de 1988, que prevê e propõe políticas sociais e ações especiais com vista à garantia de direitos à infância e à adolescência.

As principais inovações do ECA, do ponto de vista jurídico, foram os avanços na explicitação e na regulamentação dos direitos e garantias das crianças e dos adolescentes. Passa-se a considerá-los como seres humanos em desenvolvimento, portanto, dignos de proteção especial pela família, pela sociedade e pelo Estado, em regime de responsabilidade compartilhada. (CHENIAUX, 1982. P. 261)

2.2- Garantia da Proteção Integral a Criança e ao Adolescente segundo a Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente

A grande transformação advinda da criação do novo estatuto é a mudança no enfoque: em vez de proteger a sociedade dos menores infratores, propõe-se garantir a proteção à criança e ao adolescente na condição de seres em desenvolvimento. Esses passam a

ser concebidos não mais como meros objetos de medidas judiciais, e sim como pessoas de direitos. Como lei ordinária, o ECA dá corpo aos dispositivos da Constituição Brasileira de 1988, que garantem às crianças e aos adolescentes direitos relativos a todas as dimensões do desenvolvimento humano: física, intelectual, emocional, moral, espiritual e social. (OUTEIRAL, 2003)

Outro grande avanço dado pela nova lei diz respeito às ações complementares entre a sociedade civil e o governo, por meio dos Conselhos de Direito. Com a mudança no papel da sociedade em relação à proteção integral da infância e da adolescência, sua participação nas ações deixa de ser apenas voluntária e filantrópica e torna-se ativa e comunitária. A lei ressalta a importância das ações conjuntas do governo e da sociedade. No que se refere à participação da sociedade na viabilização de ações voltadas à proteção de crianças e adolescentes, ocorrem duas formas principais:

- Por meio das organizações da sociedade civil.
- Por meio da representação consciente nos diferentes Conselhos.

No que refere ao primeiro ponto, identificamos um progresso aprimorado dos modelos de atuação de tais organizações desde a implantação do ECA. A maior dificuldade no trato entre estas organizações e o Estado é o acompanhamento sistemático e a avaliação das ações voltadas para a infância e adolescência. Em relação aos Conselhos de Direito e Tutelar, o que chama atenção é um movimento de maior consciência social de seu papel e sua crescente importância no cenário das ações e programas públicos, o que tem levado à busca de maior profissionalização e de efetiva representatividade entre os membros. (OLIVEIRA, 1988)

Na atualidade, percebe-se a estreita relação entre risco social e a gravidez na adolescência. A implementação de ações e programas voltados à proteção integral da criança

e do adolescente, em risco, deve estar alinhada com as reflexões que fundamentam as Políticas Nacionais de Saúde, Educação, Assistência Social e Segurança. CHENIAUX, 1982).

- Crianças e adolescentes são cidadãos e sujeitos de direitos, tais como: direito à vida, saúde, à educação, ao lazer, à participação cultural e à dignidade.
- Envolvimento de toda a sociedade na garantia desses direitos.
- Descentralização e cooperação entre os órgãos na formalização de políticas e no atendimento à criança e ao adolescente. Devem-se promover parcerias entre os Conselhos Tutelares e dos Direitos da Criança e do Adolescente, constituídos em nível municipal e estadual, os órgãos governamentais e os não-governamentais, que atuam na execução e terceirização de serviços.
- Criação de novos mecanismos de controle e fiscalização da aplicação das normas pertinentes à infância e à juventude: o Ministério Público e a Justiça da Infância e da Adolescência.
- Substituição do modelo da sanção pelo da proteção:
 - ✓ Definição dos agentes sociais responsáveis pela proteção – família, sociedade e Estado, com clara divisão de responsabilidade e papéis específicos;
 - ✓ Ênfase na prevenção e na promoção social em lugar da sanção, por meio da educação, nas instituições sociais encarregadas, bem como na Justiça.
- Mudanças nos termos de referência:
 - ✓ Criança e adolescente em lugar de menor;
 - ✓ Sujeito em conflito com a lei em lugar de delinquente;
 - ✓ Ato infracional em lugar de delito;
 - ✓ Medida socioeducacional em lugar de pena ou punição.

Essas mudanças visam, ainda, superar os preconceitos em torno de crianças e adolescentes pobres e marginalizados, objetos privilegiados das ações vinculadas ao Código

de Menores. Passam a caracterizar todas as crianças e adolescentes como dignos da proteção da sociedade, que lhes deve fornecer plenos meios de promoção do desenvolvimento integral.

Para garantir os direitos das crianças e dos adolescentes, o ECA estabelece medidas específicas de proteção e medidas socioeducativas. Essas medidas têm por objetivo prevenir o desrespeito aos direitos, por meio de ações que vão desde a orientação e o acompanhamento às crianças, aos adolescentes e a seus pais, com o envolvimento de programas comunitários de apoio à família, até o abrigo em entidades ou a colocação em família substituta. (MARTINS, 2009)

No caso de comprovado envolvimento com drogas, o ECA prevê o encaminhamento do adolescente a programas de orientação e tratamento. São aplicadas pelo juiz da Vara da Infância e Juventude, medidas socioeducativas quando se verifica a prática de ato infracional pelo adolescente. As medidas variam desde a simples advertência, passando por obrigação de reparar o dano, prestação de serviços á comunidade, liberdade assistida, até a internação em estabelecimento educacional, em regime de privação de liberdade, conforme as circunstâncias e a gravidade do ato infracional. (MARREY, 1985)

A evolução das medidas socioeducativas dependerá da resposta do sujeito à intervenção da Justiça, dependerá, também, da diligência do técnico responsável pelo acompanhamento, da medida e do próprio juiz da infância e da adolescência, que tem o poder de suspender ou conceder progresso de medida (LIBERATI, 2009)

A proteção integral está intimamente ligada aos direitos infanto-juvenil, trabalhando com a criança e o adolescente no intuito de viabilizar todos os direitos perante a sociedade, utilizando instrumentos jurídicos para a concretização da lei com alicerce no setor jurídico. (LIBERATI, 2009)

No início do século XX, a legislação manifestava seus pontos de forma discriminatória disponibilizando ao menor sanção, com penas, disfarçadas em medidas de

proteção, sem direito algum, deixando crianças, adolescentes e familiares a mercê da sociedade, privando-o de todos os direitos possíveis. A única assistência possível corria através da Igreja. O Estado não se preocupava em cumprir com o seu dever elaborando projetos e programas voltadas as políticas sociais básicas para jovens e adolescentes. (IAMAMOTO, 2005)

Com a Constituição Federal de 1988, que adotou da proteção integral agregando a crianças a adolescentes o valor humano, o respeito a sua condição de pessoa em desenvolvimento, o valor prospectivo da infância e da juventude, o reconhecimento de que esta classe vive em constante vulnerabilidade por isso necessita de maior atenção no sistema legislativo. A proteção integral por parte de seus familiares, da sociedade e do Estado, tem o dever de elaborar políticas que proporcionem a promoção e a defesa de seus direitos. Segundo Liberati (2009), que dispõe acerca do disposto no art. 227 da Constituição Federal:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-las a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Nesse contexto, a proteção integral a criança e o adolescente como sujeitos de direitos, perante a sua família, a sociedade e ao Estado. Eliminando todas as formas de tratá-los como meros objetos na sociedade, atribuindo-lhes direitos comuns a todo e qualquer indivíduo, inclusive considerando a sua condição de pessoa em desenvolvimento. (MARTINS, 2009)

É reconhecendo e assumindo estes direitos que a ordem constitucional, universaliza os direitos de todas as crianças e adolescentes, por serem direitos específicos e especiais, já que ao elaborá-los a condição de pessoa e pleno desenvolvimento é plenamente respeitada. (BREUS, 2007)

O Estatuto da Criança e do Adolescente assegura medidas de proteção e ações que propiciam a defesa de seus direitos na sociedade, possibilitando o cumprimento de todas as normas previstas. E assim, a proteção trabalha com atendimento, apoio e proteção a infância e juventude, expondo a necessidade que existe em voltar às atenções para esta classe, que é composta por pessoas fragilizadas ou por pessoas em situação de risco constantes. (FRANCO E MARTINS, 1991)

Dessa forma, ao implantar o Estado de Direito as autoridades competentes visavam à igualdade de todos os indivíduos perante a lei, não permitindo nenhuma forma de tratamento diferenciado aos indivíduos. Mas, há quem diga que, “a uniformidade do direito não significa, todavia, que não haja distinções no tratamento jurídico. As distinções são, ao contrário, uma própria exigência da igualdade” (ALVAREZ, 1989. P. 19)

De acordo com a Constituição Federal o tratamento é igualitário, porém a lei consiste, tudo isso na medida em que os indivíduos se diferenciam uns dos outros. Contudo, existe a possibilidade deste tratamento ser totalmente igual, independente das desigualdades predominante (LIBERATI, 2009)

O Estatuto da Criança e do Adolescente trabalha com os fenômenos sociais existentes na sociedade, e a sua finalidade é captar aspectos da vida cotidiana, para que desta maneira possa contribuir para a concretização dos direitos infanto-juvenis. Assim, neste Estatuto o respeito os direitos e deveres individuais e coletivos são igualmente respeitados para que a ordem social predomine (LIBERATI, 2009).

Segundo Liberati (2009), a condição peculiar de pessoas em desenvolvimento é outro parâmetro de interpretação do Estatuto. A peculiaridade dessa condição específica a criança é reconhecida pela lei como uma característica intrínseca daquele sujeito de direitos. Por isso a criança e o adolescente merecem respeito da família, da sociedade e do Estado, para que a lei se desenvolva naturalmente na sociedade e adquira seu devido significado, em meio às questões sociais existentes.

Entretanto Martins (2009), esclarece que a característica pessoal da criança e do adolescente, como pessoa em condição peculiar de desenvolvimento, “não pode ser definida apenas a partir do que a criança não sabe. Cada fase do desenvolvimento deve ser reconhecida como revestida de singularidade e completude relativa, ou seja, a criança e o adolescente não são seres inacabados, a caminho de uma plenitude, a ser consumada na idade adulta, enquanto portadora de responsabilidades pessoais, cívicas e produtivas plenas. Cada etapa é um período de plenitude, que deve ser compreendida e acatada pelo adulto, ou seja, pela família, pela sociedade e pelo Estado.

Portanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente trabalha com todos os fins sociais previstos na lei, assim com as exigências do bem comum, considerando todos os direitos individuais e coletivos dos indivíduos, respeitando a condição especial de pessoas em desenvolvimento. Assim, como a Constituição Federal que trabalha com instrumentos legais garantindo o exercício dos direitos fundamentais inerentes a criança e aos adolescentes, não permitindo que estes sejam objetos de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (ALVARES, 1989)

3- GRAVIDEZ PRECOCE

Este capítulo congrega informações quanto a Gravidez Precoce na cena contemporânea em meio às transformações políticas, econômicas e sociais. Aborda todo o processo de desenvolvimento do adolescente, os aspectos gerais sobre a questão social, e analisa as causas e consequências da gravidez na adolescência.

3.1- Caracterização da Adolescência e os Fatores Influenciadores da Gravidez Precoce

A adolescência é marcada por tormentos e conturbações que está vinculada à emergência da sexualidade. Algumas abordagens sobre a adolescência definem essa fase como uma etapa de confusões, estresse e luta. Onde os adolescentes estão em um processo de transformação do corpo e da vida e a sede de aproveitar as coisas novas surgem no processo do seu desenvolvimento. (NEVES, 2001)

A fase da adolescência é um momento de desenvolvimento constante que pode ocasionar diversos conflitos familiares, por isso os pais devem estar atentos e acompanhar o crescimento e o desenvolvimento da criança e do adolescente, utilizando instrumentos que possibilitem a concretização de um bom diálogo, pois este é a base primordial para determinar o modo, destas adolescentes interagirem na sociedade. (FOCAULT, 1985)

Os pais ou responsáveis por adolescentes têm o dever de promover um ambiente harmonioso para o desenvolvimento de cada etapa da vida, propiciando a este ser humano

equilibrado e consciente de suas ações. Porém, erros e acertos existem e às vezes é preciso errar para aprender a viver corretamente na sociedade, os pais devem ter habilidade para contornar situações. A partir do momento em que as crianças ficam soltas na comunidade e entregues às diversões eletrônicas, há uma perda de referencial considerado importantes para o desenvolvimento de uma base sólida. Segundo ele não basta estar presente, e sim necessário saber educar de forma correta. (OLIVEIRA, 1997)

A gravidez na adolescência no Brasil, nos dias atuais, é um fato que vem chamando atenção pelo grande número que a cada dia aumenta. A gravidez é uma fase difícil na vida e fica mais complicada quando acontece na vida de uma adolescente. Designa-se gravidez na adolescência a gestação acontecida em jovens de até 21 anos que se encontram na fase em desenvolvimento que é a adolescência. (CLARET, 2002)

Em geral a gravidez não foi planejada nem esperada e ocorre em meio a relacionamentos sem estabilidade. Vale enfatizar que a gravidez precoce não é um fato que se refere-se só as meninas, porque quando uma adolescente fica grávida, a vida de quem está ao seu redor sofre as mudanças, daí então começa o processo de adaptação das famílias para a tal situação inesperada (CLARET, 2002)

Partindo da ideia de que a adolescência é um período de conflitos e transformações de toda a sua capacidade de desenvolvimento como física, sexual, afetiva e intelectual evidencia que a transformação do corpo na qual a puberdade se destaca é o ápice de como o adolescente reage com o corpo, alterações nas atitudes dos que rodeiam. É nesse período da puberdade que há um aumento de impulso devido o desenvolvimento das glândulas sexuais, por conseguinte este impulso pode levar o adolescente a uma situação que tende a estarem mais disponível para o início da atividade sexual. As alterações do corpo do adolescente estão conectadas ao ideal da mudança que ocorre no sistema reprodutor é o que mais interessa vindo a tona certas curiosidades no que se diz respeito à sexualidade.

Analisando os fatos exteriores que acontecem ao redor da vida de um adolescente nota-se que nessa fase estão mais vulneráveis e para completar a sociedade destaca-se corrompida por todo tipo de problemática. (FOCAULT, 1985)

Devido a tantas mudanças explica-se que o corpo fica propício estar necessitando de novas adaptações para se manter no equilíbrio instável. No que se refere à mulher afirma que há períodos importantes do desenvolvimento que faz parte da ordem da vida no ciclo vital da mulher, há três períodos críticos de transição que constituem verdadeiras fases do desenvolvimento da personalidade e que possuem vários pontos em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério. (CLARET, 2002)

De acordo com o crescimento do corpo, o desenvolvimento sexual é um elemento essencial. Atingir a maturidade sexual é o fator chave para os adolescentes que acabam sendo inseridos em relações com o mundo adulto. O adolescente está exposto à maturidade sexual em suas diversas dimensões instintiva, afetiva e social através da relação com os outros (OUTEIRAL, 2003).

Partir do momento que o adolescente vai evoluindo é de suma importância entender a questão da sexualidade, pois expressa muito em relação à personalidade. Nota-se que os moços passam a se preocupar em ser agressivo com uma tendência para a procura do prazer. E as moças estimam afeto e está influente estimulada sexualmente, porém confusa e o instinto tende a temer o mundo masculino. Nessa fase também é que as moças imaginam e desenvolvem sentimento para enfim escolher um companheiro. Contudo os dois, tantos moços como moças, tem o desenvolvimento sexual cheio de conflitos, com desejos intensos e indefinidos que os excitam a sair de si anunciado uma atração pelo sexo oposto. (NEVES, 2001)

O crescimento do corpo do adolescente reflete nas suas relações com o mundo. Na construção da personalidade do adolescente é essencial a tendência na procura de semelhança

com outro grupo, daí observa-se que a amizade torna-se o primeiro passo e em segundo uma necessidade de um companheiro na qual existiam interesse entre si (FOCAULT, 1985).

3.2- Aspectos que Envolvem a Vida das Adolescentes Grávidas

Existem diversas situações que beneficia o surgimento de gravidez e que nas quais nota-se que ocorre devido à sociedade que se depara com os valores éticos e morais, o aumento de informações e uma liberdade sem limites ou responsabilidade em relação ao assunto sexo e essa abertura sexual transforma e favorece motivos para a incidência de gravidez na adolescência. Outro ponto é em relação ao ambiente familiar que na maioria constata-se em desestruturação familiar que ocorre pela ausência de um diálogo entre pais e filho, a falta de informação e deficiência da educação sexual nas escolas tornando-se mais uma questão de risco em relação às grávidas adolescentes. É evidente que o meio familiar e social pode ajudar ou impedir a maturidade afetiva de se completar, fazê-la torna-se adulta ou que se fixe num narcisismo que fará do jovem um perpétuo adolescente. (CLARET, 2002)

A gravidez é uma fase difícil na vida e fica mais complicada quando acontece na vida de uma adolescente. Para se ter um filho não é preciso à existência de pai ou uma mãe, é preciso que exista uma instabilidade econômica, além de muita consciência e responsabilidade com um amplo planejamento assumindo um compromisso. Na adolescência é o período de preparação para o enfrentamento do mundo do trabalho e a formação escolar é de suma importância uma vez que ocorre a gravidez, origina uma fragilidade e desencadeia um atraso comprometendo o início do progresso profissional e pessoal. A gravidez engloba desde problema físico, emocionais, sociais entre outros, nas quais uma jovem tende a não

estar disposta a exercer cuidados com o bebê e muito menos com uma família. A transformação dos meios de comunicação arrastou da cultura e, em consequência de um só golpe toda a forma de relacionamento humano e de compreensão do mundo, um determinado sentido poderemos afirmar que o próprio homem foi transformado pelos novos meios de comunicação. (NEVES, 2001)

No dias atuais a geração mostra que as adolescentes não estão recebendo uma orientação certa e nem estão utilizando-se dos métodos anticoncepcionais. Nota-se que é alarmante a resistência do uso de preservativos por parte dos adolescentes e para usar a camisinha os adolescente necessitam estarem convencidos de que a proteção vai lhe trazer benefícios para a sua vida, por não ter uma consciência do uso do preservativo. Entretanto o acesso a pílula é dificultosa visto que a sociedade não considera correta que uma garota comece uma vida sexualmente ativa e a conclusão é que a menina acaba se envolvendo em relações sexuais sem cuidados ou orientação para prevenir-se das DST. (CLARET, 2003)

Outro ponto a ser observado é em relação à mídia que têm se tornado um vilão quando exagera na erotização do corpo colocado em evidencia pessoas que passam uma imagem de liberação sexual, enfim a tendência de um espectador tende na maioria a imitar o comportamento de tal forma que possa levar a cometer erros que pode ser destacada desde o início de uma vida sexual desencadeando por fim uma gravidez. A gravidez na adolescência está vinculada às características próprias dessa fase da vida que nas quais estão ligadas gerando em consequência o seu comportamento. Os adolescentes podem ser sensibilizados ao erotismo pelos cartazes, a literatura, as conversas que escutam. (OUTEIRAL, 2003)

As condições socioeconômicas das adolescentes de modo em geral são caracterizadas pela pobreza e a gravidez na adolescência tornado-se um fato social marcante designando um problema social. O serviço de saúde tem por direito dar o suporte com o início

do pré-natal junto a um acompanhamento e planejamento familiar. Há uma contradição em relação às políticas públicas de prevenção e educação sexual para os jovens.

3.3- As Consequências da Gravidez Precoce

Uma gravidez indesejada poderá ser um problema que se refletirá por muito tempo na vida de uma adolescente, que porventura terá como consequência uma nova vida dentro de si, uma criança que sendo gerada será parte integrante da sua vida, e a esta deverá ser disponibilizada todo amor e carinho pelo simples fato de ser responsável do adolescente a partir do momento em que foi gerado. (FOCAULT, 1985)

A gravidez indesejada em alguns casos traz problemas para a adolescente/gestante, pois a partir do momento que a sua vida começa a mudar, este passa a ter inúmeras preocupações, assim vai surgindo uma insegurança, problemas psicológico, financeiro, baixo autoestima, estresse, ansiedade, aumento de peso ou até mesmo diminuição de peso, medo de perder o parceiro. Como também o medo de não saber criar seu filho, no sistema capitalista que exige cada dia mais do indivíduo e que facilmente expõe a mercê da sociedade, por isso é necessário que os pais apresentem uma condição razoável de vida para propiciar o pleno desenvolvimento da criança, é certo que nem as condições financeiras das adolescentes estão propícias à criação de um filho, mas como a este ato se concretizam conforme o dito popular “mente que não pensa, corpo padece”. (CLARET, 2002)

São inúmeras as problemáticas enfrentadas pelas adolescentes durante a gravidez precoce, dificilmente as adolescentes estão preparadas fisicamente e psicologicamente para se tornarem mães. Atualmente é frequente encontrar adolescentes entre 13 e 14 anos grávidas a

espera do seu primeiro filho. Essas adolescentes deixam de serem meninas passando a ser mulher, gerando assim responsabilidade de criar, cuidar e educar pequenos seres humanos. (NEVES, 2001)

Essas meninas idealizavam o seu futuro, sendo que sua adolescência se perde junto com todos os seus sonhos. Pois além de aprender a ser mãe, amadurecem precocemente, ou seja, ser um adulto com responsabilidade. Vale destacar que as adolescentes passam por um processo de transformação, pois elas não têm o corpo preparado para o processo de inovação que irá passar no decorrer do tempo da gestação, causando angústia, medo, solidão e rejeição. Principalmente se não houver o apoio da família para mostrar a responsabilidade que a adolescente passará a ter, e isso não é passar a responsabilidade para a família (CLARET, 2002).

4- POLÍTICAS PÚBLICAS DE ASSISTÊNCIA A GESTANTE ADOLESCENTE NO DO MUNICÍPIO DE NOSSA SENHORA DE LOURDES

A importância de se conhecer a historicidade da Política Pública de Assistência a Gestante Adolescente no município de Nossa Senhora de Lourdes, para melhor fundamentar reflexões e análises, perpassa por entender suas origens e seus objetivos e quais mudanças mais importantes aconteceram e foram responsáveis por mudanças qualitativas e atitudinais nos procedimentos e nos programas. E para melhor observar como se processam na prática, essas políticas e as que especificamente são voltadas para a gestão precoce. Nesse capítulo abordaremos sucintamente essa temática para evidenciar com clareza o tema

4.1- Breve Histórico da Construção da Política Pública de Saúde no Brasil

As questões de saúde no Brasil foram inicialmente discutidas como prioridade de governo nos anos de 1808, quando o Rio de Janeiro tornou-se sede provisória da Corte Portuguesa, iniciou-se medidas de ações sanitárias e para melhor assegurar assertividade das medidas, instalou-se um centro de formação de médicos que posteriormente fundamentou a criação das primeiras faculdades de medicina no Brasil. (LOTUFO, 2009)

O Rio de Janeiro e a Bahia foram às escolas modelos de medicina no país. Com base nisso, Dom Pedro I estabeleceu que fosse criada a Imperial Academia de Medicina, que funcionava como um órgão consultivo para a área de saúde pública, criou-se também nesse mesmo período uma Junta de Higiene Pública, com o intuito de promover campanhas de saúde pública e prevenção de doenças contagiosas. Dessa iniciativa foi instituída a Inspetoria de Saúde dos Portos. Muitas atividades para garantir saúde pública foram formuladas, porém, não surtiram muito efeito, pois a infraestrutura de esgotos e saneamento eram precárias e traziam muitos problemas de saúde a população. (TEIXEIRA 2007)

Contudo somente a partir do século dezenove, especialmente no ano de 1889 com a Proclamação da República, o governo brasileiro optou por uma economia capitalista que modificou as urgências na saúde, nesse contexto a medicina passa a assumir o papel e objetivo de guia do Estado para questões de assuntos relacionados aos temas sanitários, com ênfase as questões de saúde coletiva e individual (TEIXEIRA, 2007).

“De acordo com a idéia de que o Estado se fortalece e que se promove um avanço em relação à saúde, foi dada prioridade a valorização da medicina que progressivamente ganhou destaque para prevenir as doenças e desenvolver formas de agir com os surtos de doenças. Com a falta de organização dos serviços de saúde durante o período da república acabou facilitando o surgimento de novas doenças infecto-contagiosas.” (LOTUFO, 2009, P.10)

Durante esse período, os médicos atuavam também como fiscalizadores dos serviços públicos de saúde, divulgavam regras básicas de higiene e elaboravam planos de combate as moléstias que diminuía a vida produtiva da população. Somente em 1930 foram operacionalizadas algumas mudanças com o intuito de remodelar os serviços sanitários estabelecendo que o setor de saúde fosse organizado com o comportamento do Estado em zelar pelo bem-estar sanitário da sociedade. (TEIXEIRA, 2007)

Somente após a Segunda Grande Guerra Mundial nos anos 50 do século XX, no governo de Getúlio Vargas, 1953 no segundo mandato, criou-se o Ministério da Saúde,

mesmo contrariando alguns setores da sociedade, o que motivou alguns protestos desses setores (LOTUFO, 2009).

“Já nos seus primeiros anos de existência e atuação o Ministério da Saúde priorizou ações voltadas para o interior do país, que assolado por doenças como a de chagas, malária, tracoma e esquistossomose, tinham poucos recursos em seus estados para suprir a demanda crescente de doentes.” (TEIXEIRA, 2007. P.17)

Foram organizadas campanhas nacionais contra a malária, campanhas de educação sanitária, mais deu espaço para a doença do clientelista que interferia nas políticas públicas, mudando a ordem quantidade e urgência de atendimentos, ambulâncias, remédios e vacinas que eram destinadas ao interior e o peso político operava mudanças e objetivos deixando o Brasil por muito tempo, como uma das nações mais doentes do mundo (TEIXEIRA, 2007).

Na década de sessenta iniciaram as reivindicações políticas por melhorias na saúde e a temática da fome começou a ser debatida em algumas mudanças foram operacionalizadas e melhorias aconteceram promovendo saúde em algumas localidades em diversas regiões do Brasil especificamente na região Sul e Sudeste. (LOTUFO, 2009)

Nos anos da ditadura promoveu-se a construção de diversos hospitais públicos em todo o Brasil, fato que intensificou o aumento de médicos e profissionais de saúde formados e também o número de atendimentos ambulatoriais nas regiões do Nordeste, Sul e Sudeste. Cresceu também a medicina previdenciária (TEIXEIRA, 2007).

Os anos 70 e 80 do século XX foi marcado pela política pública de saúde que não conseguia contemplar as necessidades e demandas existentes iniciando o processo de privatização dos serviços de saúde, fato que motivou uma depreciação e precarização desses serviços nos contextos públicos, criando grande insatisfação popular que forjou as lutas por melhor qualidade dos serviços, greves das classes de trabalhadores da saúde criando sérios problemas para a já cambaleante política pública de saúde. (LOTUFO, 2008)

Nesses contextos de exigências populares a saúde, conseguiu criar novas perspectivas de melhoria, melhorando a infraestrutura de hospitais e criando laboratórios de análises clínicas em diversas localidades. Em meados dos anos 70, foi inaugurada a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, que iniciou a fabricação no país de alguns remédios e vacinas que melhoraram em muito a atuação do Brasil, no campo da prevenção de doenças infecto-contagiosas (LOTUFO, 2008).

“Em 1989, fica em evidência a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRSCO. Portanto, o movimento sanitário instiga que seja discutido o projeto de reforma da política de saúde, porque isso viabilizaria discussões voltadas do setor, mas aproveitaria o acesso que se tinha aos cargos burocráticos dentro das agências do estado de previdência social e de saúde. (TEIXEIRA, 2007. P. 19)

Na agenda da reforma sanitária, foi proposto que dentro das orientações fundamentais na área de saúde seria enfatizada a descentralização das ações e dos serviços de saúde na qual o atendimento seria assegurado e dirigido a todos os usuários (LOTUFO, 2008).

Desta forma os municípios seriam autônomos em suas ações de saúde, essa descentralização universalizada para os atendimentos de saúde pública. Quando se fala de universalizar, pode-se referir a um acesso e alcance em todas as ações. Na metade dos anos 90 essa política originou o Sistema Único de Saúde – SUS, que colocaria em prática os direitos ofertados na Constituição Federal de 1988, para a saúde com cidadania. (TEIXEIRA, 2007).

4.2- O Sistema Único de Saúde – SUS, e a Assistência a Gestante

Ocorrem diversas mudanças no campo da saúde dentre elas a promulgação da Constituição Federal de 1988 que enfatiza o claro rompimento com os princípios antigos que

tinha dado às políticas públicas brasileiras até o dado momento, daí agora se observa que a Constituição Federal de 88 surge para promover cidadania e o direito à saúde, garantindo à universalização igualdade e a gratuidade através de ações e serviços de saúde (LOTUFO, 2009).

Somente em 1990, foi proposto que as políticas públicas pensadas e planejadas na Constituição fossem efetivadas, então foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS. Surge para regular, organizar e descentralizar, além de efetivar as políticas públicas de saúde. O SUS possui um grande número de ações e de estabelecimentos credenciados à proporção desses serviços públicos. A ordem é hierárquica e descentralizada em todas as regiões, estados e municípios. (TEIXEIRA, 2007).

Conforme detalha o artigo 198 (Brasil, 1988)

“As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. Atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”

O SUS, garante às gestantes, sejam elas adolescentes ou adultas, atendimento individualizado também oferece acompanhamento pré-natal, com distribuição gratuita de vitaminas: ferro e ácido fólico, esses medicamentos promovem e garantem o desenvolvimento

sadio das crianças e das mães. O pré-natal das mães adolescentes inicia-se a partir do momento em que a mãe procura o posto de saúde. (LOTUFO, 2009).

Com o acompanhamento pré-natal, as gestantes se sentem mais seguras, pois são informadas de que sua gestação segue bem e seguro. Quando detecta-se algum problema, a confirmação precoce feito por exames periódicos de sangue sumário de urina e fezes, papanicolau (Lâmina), mamografia e ultra-sonografias, todos feitos na rede pública de saúde, em clínicas autorizadas ou credenciadas, servem como embasamento aos laudos médicos. Isso é muito importante para dar tranquilidade às mães. (TEIXEIRA, 2007)

No pré-natal das mães adolescentes especificamente elas recebem informações de cuidados necessários para uma gravidez tranqüila, segura e saudável, como também manter uma alimentação balanceada de praticar exercícios recomendados e regulares e evitar o consumo de álcool e cigarro. Nesses contextos de proteção a adolescentes grávidas, toda a atenção e acompanhamento se faz necessário, pois as ações preventivas da gravidez precoce ainda é modesta, e não conseguem atingir com eficiência todas as localidades do país (TEIXEIRA, 2007).

4.3- Dados de Gravidez na Adolescência no Brasil em Sergipe e no Município de Nossa Senhora de Lourdes

Com base em dados do Ministério da Saúde, que enfatizou que houve diminuição da gravidez precoce no Brasil, pois diminuíram a quantidade de partos de adolescentes pelo SUS, queda essa de 22% nos anos de 2010 a 2011, sendo que na década de 200 a 2009 foi de 15,6%. O Ministério da Saúde diz que a diminuição desse índice de gravidez precoce se deve

ao fato de que foram instituídas uma ampliação das redes protetivas colocadas em prática pelo SUS e suas políticas públicas voltadas ao seguimento que recebeu um aporte de 3,3 milhões nas ações de educação sexual e na oferta de preservativos, cerca de 871,2 milhões de camisinhas foram distribuídas (BRASIL, 2012).

Dentre as pesquisas e dados do Ministério da Saúde consta que em 2009, 2010 e 2011 foi observada uma redução de nascimentos no país em relação à gravidez precoce. Já os partos que foram atendidos pelo SUS, cerca de 31% em partos de adolescentes de 17 a 14 anos, mesmo com um déficit de fecundidade em todo o Brasil, os números nessa faixa de idade tendenciaram a manterem-se nesses dois últimos anos da pesquisa. Vale destacar a efetivação de algumas políticas públicas que auxiliam na prevenção da gravidez precoce (BRASIL, 2012).

Regionalmente os números também foram deficitários no número de partos realizados pelo SUS nos anos de 2010 e 2011, ficando assim oficialmente registrados: Região Nordeste déficit de 26%; O Centro-Oeste com déficit de 24,4%; na Região Sudeste o déficit foi de 20,7%; na Região Sul o déficit foi de 18,7%; na Região Norte o déficit foi de 18,5%. Os dados confirmam o Nordeste como maior déficit registrado no número de partos de adolescentes (BRASIL, 2012).

No Estado de Sergipe essa queda no número de partos de adolescentes foi ainda mais acentuada especificamente o governo registrou um déficit de 31% nos anos 2010 e 2011. Esse fato deve-se as políticas públicas preventivas e campanhas realizadas em escolas e nos postos de saúde com as equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2012).

No interior do Estado as cidades de Itabaiana, Nossa Senhora do Socorro, Estância e Lagarto encabeçam os maiores índices nesse período com cerca de 22% de partos adolescentes realizados pelo SUS (BRASIL, 2012).

Na região do Baixo São Francisco a cidade de Propriá é a líder com 17% dos partos adolescentes nesse período. A cidade de Nossa Senhora de Lourdes localizada a 130 Km da capital Aracaju, com uma população com 7 mil habitantes tem um índice de adolescentes grávidas no período de 2010 e 2011 de cerca de 12% para mais dos anos anteriores (BRASIL, 2012).

Em pesquisa realizada na cidade de Nossa Senhora de Lourdes com 10 adolescentes grávidas da faixa etária entre 13 a 17 anos, ficou evidenciado os seguintes dados: quando perguntadas com quantos anos elas tinham engravidadas 60% das entrevistadas tinham menor de 16 anos, fato que chama a atenção a precocidade da gravidez; sobre o planejamento da gravidez, 100% das entrevistadas confirmaram não terem planejado sua gravidez, motivadas por diversos fatores que vão da falta de informações ao não uso de nenhum método anticoncepcional.

As adolescentes afirmaram quando perguntadas acerca das mudanças em suas vidas, depois da gravidez, que foram muitas e diversas: não saem de casa; não frequentaram as festas; deixaram de estudar, foram as mais abordadas. Quase 75% das famílias não deram apoio às menores grávidas e as demais 25% disseram que o apoio foi de forma velada, com bastante insatisfação dos familiares, que aceitaram porque não tinham outras opções.

As adolescentes grávidas na sua grande maioria, relataram que não trabalham, 90% das entrevistadas, disseram não terem oportunidades de empregabilidade ou geração de renda.

As adolescentes grávidas entrevistadas, responderam quando questionadas sobre se estudavam ou trabalhavam, 70% responderam que não estudavam e 20% responderam que estudaram que estudavam os demais 10% não estudavam, mais trabalhavam em diversas atividade como no campo com agricultura familiar, e também como empregadas domésticas.

Todas as adolescentes grávidas fazem visitas aos postos de saúde, 100% das entrevistadas disseram que estão sendo acompanhadas e fazem o pré-natal.

Afirmaram as adolescentes que não vivem com os pais da criança numa porcentagem de 50% não assumem a paternidade e não moram com as adolescentes, as demais 50% vivem com seus pais e com o marido na mesma residência, fato que não foi planejado.

Quando perguntadas acerca de quais programas locais faziam parte, 60% diziam participar de projetos (PETI, Bolsa Família, Projovem), as demais 40% não eram inscritas em nenhum programa social.

Quando questionada acerca de que se já pensou em algum momento em interromper a gravidez, na sua grande maioria sim, 80% porém arrependeu-se e não mais pensou. Todas responderam conhecer algum método contraceptivo, 100% das entrevistadas.

4.4 Como acontecem às Políticas Públicas de Proteção e Atendimento as Adolescentes Grávidas no Município de Nossa Senhora de Lourdes

As políticas públicas sociais trabalham com a proteção social do indivíduo visando garantir direitos básicos, como exemplo da alimentação, abrigo e a própria vida. Neste sentido, a política de proteção social básica trabalha com a prevenção das situações de risco, visando o fortalecimento dos vinculares, é destinada a qualquer indivíduo que vivencie situação de vulnerabilidade social decorrente de pobreza, privação e fragilização dos vínculos afetivos, seja por discriminação etária, étnica, de gênero, por deficiência ou outros fatores. (IAMAMOTO, 2005)

O apanhado histórico faz-se necessário para entender a trajetória das políticas destinadas as crianças e adolescentes, uma vez que os serviços, programa projetos e benefício da proteção social básica são articulados com as demais políticas, de forma a garantir a superação mínima dos indivíduos que estão em vulnerabilidade social e a prevenção das situações de risco. Um dos instrumentos utilizados por essas políticas públicas é o Centro de Referência da Assistência Social – CRAS para o desenvolvimento das atividades, por meio de programas e projetos disponibilizados pelo Governo visando à orientação e o convívio sócio-familiar. (SALES, 2010)

Esta proteção social especial trabalha diretamente com indivíduos em situações socioeconômicas diversas, e que na maioria das vezes apresentam os seus direitos violados. Neste contexto o Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS que trabalha com o sistema de garantia de direitos de forma complexa e compartilhada com o Poder Judiciário, Ministério Público e outros órgãos e ações do Executivo, ofertando programas e projetos, a exemplo do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI e o Programa de Combate à Exploração Sexual de Criança e Adolescentes etc. (OLIVEIRA, 1997)

Ressaltando, que a proteção social especial é fragmentada em dois aspectos: a média complexidade que trabalha com família e/ou indivíduos com direitos violados, mas que os vínculos não foram rompidos; disponibilizando serviços de orientação e apoio sócio-familiar, de proteção social, de cuidado a domicílio, de habilitação e reabilitação, de medidas sócio-educativas e de abordagem na rua; e de alta complexidade que garantem a proteção integral do indivíduo que estão em situação de ameaça, necessitando ser retirada do núcleo familiar disponibilizando atendimento integral institucional, família substituta, trabalho protegido e medidas sócio-educativas restritivas e privativas de liberdade. (SALES, 2010)

Em conversas e questionamento feitos a profissional de saúde, enfermeira M.S.R acerca da gravidez precoce no município de Nossa Senhora de Lourdes, seus atendimentos, motivos, causas, efeitos, ela nos relatou seus posicionamentos:

- Existem diversas situações que beneficia o surgimento de gravidez e que nas quais nota-se que ocorre devido à sociedade que se depara com os valores éticos e morais, o aumento de informações e uma liberdade sem limites ou responsabilidade em relação ao assunto sexo e essa abertura sexual transforma e favorece motivos para a incidência de gravidez precoce;
- Outro ponto é em relação ao ambiente familiar que na maioria constata-se em uma desestrutura familiar que ocorre pela ausência de um diálogo entre pais e filhos;
- Falta de informação e deficiências da educação sexual nas escolas tornam-se mais uma questão de risco em relação às grávidas adolescentes;
- A gravidez é uma fase difícil na vida e fica mais complicada quando acontece na vida de uma adolescente;
- Para se ter um filho não é preciso a existência de pai ou uma mãe, é preciso que exista uma instabilidade econômica, além de muita consciência e responsabilidade com um amplo planejamento assumindo um compromisso;
- A gravidez engloba desde problemas físicos, emocionais, sociais entre outros nas quais uma jovem tende a não estar disposta a exercer cuidados com o bebê e muito menos com uma família;
- Nos dias atuais a geração mostra que a adolescência não está recebendo uma orientação certa e nem estão utilizando-se dos métodos anticoncepcionais;
- É alarmante a resistência do uso de preservativos por parte dos adolescentes;
- O acesso a pílula é dificultosa visto que a sociedade não considera correta que uma garota comece uma vida sexualmente ativa e a conclusão é que a menina acaba se

envolvendo em relações sem cuidados ou orientação para prevenir-se da gravidez ou das DST;

- A mídia que tem se tornado um vilão quando exagera na erotização do corpo colocando em evidencia pessoas que passam uma imagem de liberação sexual;
- A gravidez acaba marcando a vida e o destino da adolescente;
- As condições socioeconômicas das adolescentes de modo geral são caracterizadas pela pobreza;
- O serviço de saúde tem por direito dar suporte com o início do pré-natal junto a um acompanhamento e planejamento familiar;
- Um dos fatores que leva a adolescente praticar o sexo é não pensar nas consequências.

Em visita ao CRAS de Nossa Senhora de Lourdes, e em conversas informais anterior ao questionário formulado a Assistente Social a senhorita Rosiane R. S., nos forneceu dados e informações precisas da funcionalidade do CRAS e os problemas enfrentados na operacionalização das políticas públicas no município. A informalidade da conversa não impediu que temas inerentes a problemática fossem abordados.

A Assistente Social, mostrou-nos todas as dependências da instituição que é própria para uma boa prestação de serviços aos usuários e as demandas que se apresentem.

As dependências da instituição encontram-se divididas nas seguintes áreas: 3 salas de atendimentos; um pequeno salão para reuniões e encontros com a comunidade ou segmentos da sociedade a exemplo dos idosos, gestantes, crianças e adolescentes.

As salas são estruturadas com cadeiras e birôs novos para melhor recepcionar e atender as pessoas. Dois banheiros e uma pequena área, junto com a copa estruturam as demais necessidades do ambiente para melhor atender a comunidade.

Em seguida fizemos os questionamentos da pesquisa, iniciando com a indagação acerca dos atendimentos as grávidas adolescentes, e se rotineiramente se fazia esse atendimento no CRAS. A Assistente Social nos relatou que o número de grávidas em idade adolescente já foi maior nos anos anteriores, e que hoje o número não passava de vinte adolescentes entre 14 a 17 anos, que o CRAS tinha cadastradas, porém algumas delas viviam com seus maridos ou pais das crianças, cerca de 60% dessas adolescentes, as demais viviam ainda na casa de seus pais.

Na sua grande maioria das gestantes cadastradas 70% delas não trabalhavam e as demais possuíam trabalhos ligados a agricultura familiar, 60% estudam e 40% motivadas pela gravidez precoce abandonaram os estudos e diziam não saberem se iriam voltar a estudar. A Assistente Social, comentou também que 60% das gestantes já estavam com mais de 6 meses de gestação e tinham acompanhamento pré-natal, onde no posto de saúde, elas recebem vitaminas, remédios quando necessário e visitas de médico ou enfermeira às suas casas para melhor acompanhar a gravidez.

Quando perguntamos acerca das políticas públicas da Assistência Social, a profissional nos relatou que os programas (PETI, Pro-jovem, Bolsa Família, PAA-Leite), são os programas oferecidos e quase todas 90% das grávidas encontram-se inseridas em alguns dos programas citados, porém, muitas delas já estavam inscritas em programas nas famílias cadastradas.

Somente o Pro-jovem, comentou a Assistente Social, insere essas jovens em contextos profissionalizantes, onde nem sempre essas grávidas conseguem preparar-se para o mundo do trabalho. Relatou também que na maioria das gestantes, cerca de 100% são de famílias pobres e cadastradas no CRAS, conseqüentemente os programas de transferência de renda e inclusão social, são de suma importância para a manutenção das mínimas condições de vida dessas pessoas.

A prefeitura em parceria com o Governo Federal, instituiu o PAA-Leite, que a Assistente Social frisou sua importância para essas jovens, para suas famílias que necessitam e não deixam de participar das reuniões onde o tema do PAA-Leite, seja a temática discursiva.

A Assistente Social também deixou claro seu posicionamento quanto aos motivos que levam as adolescentes a engravidarem tão cedo, estavam intimamente ligados as necessidades econômicas das famílias, pensando em melhorar suas condições de vida, não conseguindo essa finalidade, são obrigadas a sustentarem sozinhas as crianças, aumentando as dificuldades de toda a família.

CONCLUSÃO

Os Assistentes Sociais lidam no seu cotidiano com variadas demandas social, e nesses tempos de globalização, onde valores morais são substituídos por valores econômicos, que a dinâmica concorrencial do modelo capitalista implantou na sociedade, que busca no capital, formas de consumir e sobreviver, o fenômeno da gravidez precoce se apresenta como resultado de multifacetados fatores que induzem ou colaboram direta ou indiretamente para o aumento de casos em todo o país. Esse estudo possibilitou melhor dimensionar a atuação do assistente social nesses contextos e quais posicionamentos e encaminhamentos nesses casos, devem melhor atender as exigências apresentadas.

As políticas públicas existentes servem nos casos de gravidez precoce, para o acompanhamento social de saúde ou justiça quando se fizer necessário, porém evidenciou-se na pesquisa a carência de atividades, programas ou projetos que visem à prevenção desse fenômeno buscando aumentar o tempo para o início da primeira gravidez, fato que proporcionaria as essas jovens capacidade de aumentar o tempo para o início da primeira gravidez, fato que proporcionaria as essas jovens capacidade de aumentar o tempo de escolarização e nível estudantil, dando perspectivas a essas jovens de conseguir inserir-se nos contextos de trabalho e renda, oportunizando uma melhor qualidade de vida para ela e seus familiares.

Ficou evidente a pesquisa também que as adolescentes grávidas na sua grande maioria são oriundas de famílias que sofrem com a pobreza, fato que auxilia na opção pela gravidez precoce, na busca de uma mudança repentina de vida, casando-se ou saindo de sua casa para morar na casa do pai da criança, fato que não assegura à jovem melhoria na

qualidade de vida ou mudanças que ofereça segurança a mãe e ao bebê. Esses determinantes devem ser minimizados com a prevenção através de campanhas televisivas ou outras mídias que atinjam um maior número de pessoas.

As políticas públicas de saúde garantem com o pré-natal, o atendimento ambulatorial e o acompanhamento da gravidez do primeiro ao nono mês, distribuindo medicação apropriada e vitaminas necessárias ao bom desenvolvimento gestacional da mãe e da criança, oportunizando visitas do médico e enfermeira as casa temporariamente asseguradas pelas Equipes de Saúde da Família. No Centro de Referência da Assistência Social, busca-se encaminhar a adolescente grávida para algum programa do governo de transferência de renda ou para treinamentos profissionais, atendimento psicológico e encaminhamento para outras áreas da saúde, educação etc.

A construção de um projeto voltado à prevenção mostrou-se necessário para que se efetivem medidas protetivas e possam antecipar ações de saúde e assistência, para minimizar consequências e diminuir os casos de gravidez precoce que se avolumam a cada ano no país, no Estado de Sergipe e no município de Nossa Senhora de Lourdes. Essa problemática evidencia também o poder da mídia televisiva em fomentar comportamentos, conceitos e uma sexualidade precoce que induz nossos jovens aos relacionamentos experimentais e consumistas, sem cuidados e irresponsáveis que em muitos casos acabam numa gravidez precoce ou indesejada, fato que modificará completamente a vida da adolescente.

A dimensão profissional do Assistente Social no enfrentamento dessas questões no seu cotidiano exige muita inserção do profissional nos contextos onde sua mediação se faz necessário para se concretizar as políticas públicas, preventivas ou de atenção nas variadas áreas dos seus conhecimentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVAREZ, Marcos César. **A emergência do código de menores de 1927: uma análise do discurso jurídico e institucional da assistência e proteção aos menores**. São Paulo: dissertação de mestrado, USP – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, 1989.

BIERRENBACH, Maria Igenes. **Fogo no pavilhão: uma proposta de liberdade para o menor**. São Paulo: Brasiliense, 1987.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Promoção vigilância em saúde nas redes de atenção**. Brasília, 2012.

BREUS, Thiago Lima. **Políticas Públicas no Estado Constitucional: problemática dos Direitos Fundamentais pela Administração Pública Brasileira Contemporânea**. São Paulo: FUNDAP, 2007.

CHENIAUX, S. **Trapaceados e trapaceiros: O menor de rua e o serviço social**. São Paulo: Cortez, 1982.

CLARET, Martin. **O que você deve saber sobre GRAVIDEZ**. - 1º ED. Editora Martin Claret: São Paulo, 2002.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIA. **O processo de trabalho da vigilância em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

FARIA, V. **“A montanha e a pedra: os limites da política social brasileira e os problemas de infância e de juventude”**. São Paulo: Cortez Editora, 1992.

FOCAULT, Michel. **História da sexualidade**, 3ª Ed. Editora Graaal: Rio de Janeiro, 1985.

FRANCO e MARTINS, João Melo e Antônio Herlaner Antunes. **Dicionário de conceitos e princípios jurídicos**. 3ª Ed. Coimbra: livr. Almeida, 1991.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 8 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

LIBERATI, Wilson Donizeti. **Direito da Criança e do Adolescente.** – 3ª Ed – São Paulo. Rideel, 2009.

LOTUFO, Márcia. **Documento técnico com proposta de articulação de atenção básica e vigilância no nível local do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Circulação Restrita.

MARREY, A., CAMARGO, A., GUERREIRO, M. & STOCO, R. **Menores: legislação, estudo das medidas judiciais, e das medidas de caráter social, do código de menores.** Anotações. Índices Analíticos. Modelos. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1985. (1985).

MARTINS, Daniele Comin. **Estatuto da Criança e do Adolescente e Política de atendimento.** – 1ª Ed. Curitiba: Juruá, 2009.

NEVES, Margarida S. **Educação Sexual. Biblioteca Cultural.** Edição Única, 2001.

OLIVEIRA, Antônio Carlos. **Infância, adolescência e políticas públicas: discutindo conselhos, fundos e abrigos.** Rio de Janeiro: Editora Nova, 1997.

OUTEIRAL, J. **Adolescer: estudos revisados sobre adolescência.** Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

SALES, Mione Apolinario: **Política Social, Família e Juventude: Uma questão de direitos.** 6. Ed. - São Paulo: Cortez, 2010.

TEIXEIRA, C.F; VILASBOAS, A. L. Q. **Saúde da família e vigilância em saúde: em busca da integração das práticas.** Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, ano 8, p.63-67, out/dez. 2007.

ANEXOS

APÊNDICE

ENTREVISTA

1– Com quantos anos você engravidou?

2 – Sua gravidez foi planejada?

3 – O que mudou em sua vida após a gravidez?

4 – Sua família te apoiou quando soube?

5 – Você trabalha ou estuda?

6 – Você está fazendo pré-natal?

7 – O que aconteceu com seu relacionamento com o pai da criança após a gravidez?

8 – Você é assistida por algum programa do governo de transferência de renda (PETI, Bolsa família, Pro-jovem, outros)?

9 – Você é assistida por algum programa de saúde?

10 – Em algum momento você pensou em interromper a gravidez?

11 – Você tem conhecimento sobre as formas de prevenir a gravidez?