

**UNIVERSIDADE TIRADENTES - UNIT
SERVIÇO SOCIAL**

**HELENIZE CATIA DE MELO ANDRADE
LUCIANA MARTINS BARBOSA**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO
DE CASO NO MUNICÍPIO DE AQUIDABÃ/SE**

**PRÓPRIÁ/SE
2012**

**HELENIZE CATIA DE MELO ANDRADE
LUCIANA MARTINS BARBOSA**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO
DE CASO NO MUNICÍPIO DE AQUIDABÃ/SE.**

**Trabalho de Conclusão de Curso- TCC,
apresentado à Universidade Tiradentes –
UNIT, como pré-requisito para a obtenção do
grau de Bacharel em Serviço Social.
Orientadora. Prof.^aMsc. Rosana Marques de
Menezes**

**PRÓPRIÁ/SE
2012**

**HELENIZE CATIA DE MELO ANDRADE
LUCIANA MARTINS BARBOSA**

**GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM ESTUDO
DE CASO NO MUNICÍPIO DE AQUIDABÃ/SE.**

**Trabalho de Conclusão de Curso- TCC,
apresentado à Universidade Tiradentes –
UNIT, como pré-requisito para a obtenção do
grau de Bacharel em Serviço Social.**

**Orientadora. Prof.^aMsc. Rosana Marques de
Menezes**

Dissertação Aprovada em _____/_____/_____

Banca Examinadora:

Prof^a MSc. Rosana Marques De Menezes

Prof^a Esp. Maria da Conceição Souza Mendonça

Prof^a. Esp. Pricylla Kariny Maria Rodrigues Moura

**PROPRIÁ/SE
2012**

AGRADECIMENTO

Agradeço, a Deus pelo dom da vida. Se não fosse ele não existiríamos.

A concretização deste estudo, principalmente por implicar seres humanos tão “especiais”, só foi possível com o apoio indispensável do responsável Rosana Marques de Menezes, que mim ajudou a chegar ao fim, mesmo tendo enfrentado algumas dificuldades.

Agradeço de forma carinhosa minha amiga Helenize Cátia de Melo Andrade, e pela sua disponibilidade, desprendimento, dedicação, coragem e amizade no nosso trabalho.

Agradeço à minha família, pelo apoio e incentivo do dia a dia.

Enfim, a todos que ajudaram direta ou indiretamente na realização deste trabalho.

AGRADECIMENTO

Agradeço primeiramente Deus, autor de todas as obras da natureza, que me deu a vida e a oportunidade de estar perpassando por essa etapa tão importante.

Agradeço aos meus familiares que me deram o apoio, carinho e atenção nos momentos felizes e difíceis desta caminhada.

Em especial aos meus pais, a minha avó, meu tio Antônio e minhas tias Luzia e Sônia.

À minha amiga Luciana que esteve presente em todos os momentos.

À professora Rosana Marques de Menezes que se dedicou de maneira especial na orientação deste trabalho.

Enfim a todos os meus professores e amigos que me ajudaram e incentivaram na conclusão de uma das etapas mais importantes na minha formação profissional.

Aos meus pais

“Alguns não venceram porque não tiveram paciência para suportar um não, porque não tiveram ousadia para enfrentar algumas críticas, nem humildade para reconhecer suas falhas.”

Augusto Cury

RESUMO

A presente pesquisa refere-se a um estudo sobre a ocorrência da gravidez na adolescência e suas interferências no projeto de vida das jovens mães no município de Aquidabã/ Sergipe. Trata-se de uma reflexão a cerca do aumento de adolescentes grávidas no município. A pesquisa apresenta como objetivo geral, analisar as causas do aumento do índice de adolescentes grávidas na faixa etária dos 12 a 18 anos, no Município de Aquidabã/SE, do ano 2000 à 2011. Têm ainda como objetivos específicos: analisar a eficácia dos métodos contraceptivos na adolescência, compreender o programa de planejamento familiar na saúde e assistência social das adolescentes grávidas e verificar o perfil das mesmas com relação às classes sociais, fatores econômicos, escolaridades, estado civil, etc. A natureza do estudo é exploratória, voltando-se para uma reconstrução de ideias, oportunizando informações básicas na concepção de alguns teóricos sobre o desenvolvimento da sexualidade de adolescentes e implementações de informações sobre a prática dos serviços de saúde no âmbito social. Portanto, para a pesquisa também se utilizou a observação direta, questionário com questões abertas e fechadas para cada grupo pesquisado: adolescentes, familiares e integrantes da Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Aquidabã. Assim, buscou-se entender o motivo das adolescentes continuarem engravidando, já que atualmente as informações sobre o assunto são bastante intensificadas. Evidenciaram-se nesse estudo as políticas destinadas à saúde do município. Nessa pesquisa ficou evidente os principais agravantes sobre a sexualidade do adolescente no seio familiar. Por fim, constatou-se os aspectos positivos e negativos ratificando-se as ações que possam ser utilizadas como subsídios para diminuir os agravantes da gravidez indesejada em adolescentes do município. Conclui-se que um trabalho voltado para o reconhecimento integral dos problemas que envolvem o seio familiar dessas

adolescentes, pode permitir melhores condições de intervenção das equipes de saúde na redução da problemática apresentada.

Palavras-Chave: Adolescência. Políticas públicas. Serviço Social.

RESUMEN

Esta investigación se refiere a un estudio sobre la incidencia de embarazos en la adolescencia y su injerencia en la vida de las madres jóvenes en el municipio de Aquidabã / Sergipe. Se trata de una reflexión sobre el aumento de embarazos de adolescentes en el condado. La investigación presenta el objetivo general, el análisis de las causas del aumento de la tasa de adolescentes embarazadas de 12 a 18 años, la ciudad de Aquidabã / SE, el año 2000 al 2011. Todavía tienen los siguientes objetivos: analizar la eficacia de la anticoncepción en la adolescencia, la comprensión del programa de planificación familiar en la salud y el bienestar de las adolescentes embarazadas y comprobar el perfil de la misma en relación con: la clase social, los factores económicos, nivel de educación, estado civil, etc. La naturaleza del estudio es exploratorio, con la profundización de los conocimientos del tema estudiado, ya que se enfrenta a una reconstrucción de las ideas sobre el tema, proporcionando oportunidades para la información básica en el diseño de algunos teóricos sobre el desarrollo de la sexualidad de los adolescentes y las implementaciones información sobre la práctica de la atención de la salud en nuestra sociedad. Para la investigación también se utiliza para la observación directa con preguntas abiertas y cerradas para cada grupo encuestado: adolescentes, familias y miembros de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) del municipio de Aquidabã. Por lo tanto, hemos tratado de comprender la razón de las adolescentes embarazadas continuar, ya que actualmente la información sobre el tema son muy intensificado. Apareció en este estudio a las políticas de la salud municipal. En esta investigación se hizo evidente el agravante principal acerca de la sexualidad adolescente en la familia. Finalmente, se confirmaron los aspectos positivos y negativos que ratifican las acciones que se pueden utilizar como subvenciones para reducir el embarazo no deseado en adolescentes agravante de la ciudad. Llegamos a la conclusión de que el trabajo hacia el pleno reconocimiento de los

problemas que afectan a los adolescentes en la familia, puede proporcionar mejores condiciones de intervención de los equipos de salud en la reducción del problema que se presenta en el momento en que había problemas entre el trabajo colectivo FHS equipo.

Palabras clave: Adolescencia. Las políticas públicas. Servicio Social

LISTA DE SIGLAS

- BPC - Benefício de Prestação Continuidade
- CEFESS - O Conselho Federal de Serviço Social
- CFESS- Código de Ética do Assistente Social
- COFI – Comissão de Orientação e Fiscalização Profissional
- CRAS – Centro de Referência da Assistência Social
- CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social
- CRESS – Conselho Federal de Serviço Social
- DATASUS _ Departamento de Informática do SUS
- DST – Doença Sexualmente Transmissível
- ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
- ESF – Estratégia de Saúde da Família
- HIV-Vírus da Imunodeficiência Humana
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social
- MS – Ministério da Saúde
- ODM- Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- ONU – Organização das Nações Unidas
- OPAS- Organização Panamericana de Saúde
- PAIF - Programa de Atenção Integral à Família
- PBF - Programa Bolsa Família P
- PRSF-Programa de Residência em Saúde da Família
- PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil

PSF – Programa de Saúde da Família

PROSAD - Programa Saúde do Adolescente

PRO- ADOLESC - Programa de atenção à Saúde de Adolescentes

RIPSA- Rede Interagencial de Informações para a Saúde

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

LISTA DE TABELAS

TABELA 01: Número de internações e de óbitos hospitalares com diagnóstico de aborto no SUS, por Unidade da Federação. Brasil, 2000	52
TABELA 02: Número de óbitos por aborto em menores de 19 anos e participação proporcional no total de óbitos por aborto, por unidade da Federação. Brasil, 1998.....	54
TABELA 03: Dados relevantes sobre as características da população de adolescentes grávidas	101

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Razão entre mulheres e homens alfabetizados na faixa etária de 15 a 24 anos	
Gráfico 02: Rendimento escolar feminino em relação ao masculino.....	77
Gráfico 03: Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade a cada mil nascidos vivos - 1995-2010.....	77
Gráfico 04: Relação dos profissionais quanto ao trabalho na ESF do município de Aquidabã	79
Gráfico 05: Demandas mais frequentes no cotidiano do ESF	90
Gráfico 06: Percepção dos profissionais da ESF em relação a atuação do Assistente Social na saúde	92
Gráfico 07: Situação Conjugal em relação ao pai da criança.....	97
Gráfico 08: Grau de escolaridade das adolescentes grávidas	98
Gráfico 09: Métodos contraceptivos conhecidos e utilizados pelas adolescentes grávidas	100
Gráfico 10: Mudanças acarretadas pela gravidez na adolescência	103
Gráfico 11: Reação do pai ao saber da gravidez da filha	107

SUMÁRIO

01.INTRODUÇÃO	17
02. ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE	25
2.1.Adolescência e Puberdade	30
2.2. Sexualidade e Sexo na adolescência.....	36
2.3.Breve histórico sobre o cenário da Saúde Sexual reprodutiva de adolescentes no Brasil	48
2.4.O Serviço Social na Saúde.....	56
2.5.A contribuição do Serviço na Estratégia Saúde da Família/Planejamento Familiar .. no Brasil.....	71
03. AQUIDABÃ: UM ENFOQUE SOBRE A REALIDADE LOCAL.....	75
3.1. Políticas Públicas implantadas na saúde do município de Aquidabã	80
3.2.A Estratégia Saúde da Família e o Planejamento Familiar no município de Aquidabã	84
3.3. Perfil das Adolescentes Grávidas	96
3.4. Impacto da ocorrência da gravidez	102
3.5. Apoio familiar e características familiares	106
04. CONCLUSÃO.....	112
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICE	123
ANEXOS	132

01. INTRODUÇÃO

A adolescência é uma das etapas de desenvolvimento mais significativas pela qual passa todo ser humano. De acordo com Brêtas & Silva (2009) esta é uma etapa de mudanças nas relações sociais estabelecidas, transformações físicas, mas também de questionamento de valores, de costumes, sentimentos que contribuem para o exercício da vida adulta. Entre as experiências importantes dessa fase temos o início da vida sexual e reprodutiva e as expectativas levantadas em torno da vida produtiva.

A gravidez, que é um período fisiológico na vida reprodutiva da mulher, caracterizando-se por modificações físicas, psíquicas e sociais num curto espaço de tempo, torna-se então uma grande preocupação na fase da adolescência.

A gravidez na adolescência, bem como suas implicações, é um tema bastante discutido atualmente nos mais variados segmentos de nossa sociedade. Num levantamento preliminar acerca das referências bibliográficas sobre esta temática, foi possível observar que a maioria dos artigos elencados sobre este assunto se vincula à saúde pública, ou seja, o tratamento dado a esta problemática abrange questões referentes a políticas de atendimento básico à saúde, que tem desdobramentos sociais e econômicos.

Segundo Bock & Libesny (2000), o futuro do adolescente está intimamente ligado a sua inserção na sociedade e nesse processo de inclusão, pode ser acrescentado que dentre as muitas formas de experienciar a adolescência, está efetivamente o exercício da sexualidade, que por sua vez desempenha também um papel importante na formação de sua identidade. Porém, segundo Wust *apud* Martins (2000), tais relações afetivas, constituem múltiplas

facetadas desse processo de formação da identidade, as quais somadas à sexualidade, muitas vezes deixa os adolescentes vulneráveis, inclusive à incidência de uma gravidez.

De acordo com Júnior (1999), no Brasil as taxas de gravidez na adolescência variam muito, estimando-se que aproximadamente 20 a 25% do total de mulheres gestantes são adolescentes, apontando que 1 em cada 5 gestantes são adolescentes. A gravidez não planejada na adolescência é considerada como obstáculo e talvez um fator que pode desviar essa adolescente daquilo que tinha como projeto de vida. Sobre esta temática, Diaz & Diaz (1999) mencionaram que mais de 30% das mulheres que tiveram parto antes dos 20 anos, declararam que a gravidez não era desejada. Por outro lado, a gravidez na adolescência é também vista por alguns estudos como alvo de desejo por parte de algumas adolescentes.

Na visão de Danzé *apud* Silva (2000), a gravidez e o parto, na adolescência englobam aspectos médicos, psicossociais e de saúde pública, que são indissociáveis. Sendo o projeto de vida de adolescentes um elemento de grande importância na dimensão social para as mesmas, esse contexto sugere a importância de se considerar a diversidade de situações em que a gravidez ocorre, não sendo a mesma, apenas indícios de desempenho de uma atividade biológica, constituindo eventos também culturais com seus significados. Diante de fatores etiológicos ligados ao incremento de gestações entre adolescentes, pode-se perceber a complexidade de fatos que apontam para um contingente de causas, tornando-as vulneráveis à gravidez. Vale salientar a importância deste estudo no sentido de colaborar para diálogos sobre projeto de vida e adolescentes mães que tornaram-se mães e pais. Frente ao exposto formula-se a seguinte pergunta a ser respondida pela presente pesquisa: Quais as causas e consequências da crescente ocorrência da Gravidez na adolescência no Município de Aquidabã?

Diante dessa problemática, a pesquisa apresenta como objetivo geral, analisar as causas do aumento do índice de adolescentes grávidas na faixa etária dos 12 a 18 anos, no Município de Aquidabã/SE, do ano 2000 à 2011. Têm ainda como objetivos específicos: analisar a eficácia dos métodos contraceptivos na adolescência, compreender o programa de planejamento familiar na saúde e assistência social das adolescentes grávidas e verificar o perfil das mesmas com relação à: classes sociais, fatores econômicos, escolaridades, estado civil, etc. O que motivou o estudo foi o elevado índice de gravidez em adolescentes acompanhadas pelo Programa Saúde da Família que de acordo com o último relatório de gestão do município em 2010, chega a 22%.

A gravidez na adolescência não é um fato isolado. Faz parte de um processo sócio cultural. De acordo com Panicalli (2006) as adolescentes grávidas quase sempre se deparam com dificuldades de adaptação no meio em que vive, seja no comportamento, no relacionamento com o parceiro, com grupos que antes convivia, com seus familiares, enfim, a gravidez deixa de ser uma ocorrência casual, para ser um fato preocupante, exigindo que os mesmos criem novas formas de intervenção e prevenção a essa população jovem. É inevitável que as adolescentes grávidas não comprometam etapas de seu desenvolvimento, da passagem da infância para a idade adulta.

Esta pesquisa vem, neste sentido, colaborar com o trabalho da saúde pública, no sentido de compreender a problemática da gravidez na adolescência e suas implicações, e dessa forma orientar com mais clareza, os jovens com relação ao seu projeto de vida, incluindo neles tomadas de decisões mais conscientes com relação a sua condição de adolescentes e tudo o que pode estar relacionado a esta etapa do desenvolvimento humano,

sobretudo a sexualidade. Há então a necessidade de formular estudos que se voltem aos fenômenos relativos aos adolescentes.

Para identificar os principais fatores que influenciam o comportamento sexual e a gravidez na adolescência, esta pesquisa realiza-se através de um levantamento de publicações selecionadas a partir da principal questão de interesse do estudo. Além dessa abordagem metodológica, as questões da gravidez na adolescência são delineadas através da pesquisa de campo que é uma fase realizada após o estudo bibliográfico, para que o pesquisador tenha um bom conhecimento sobre o assunto, pois segundo Marconi & Lakatos (1996), é nesta etapa que se define os objetivos da pesquisa, as hipóteses, defini-se qual é o meio de coleta de dados, tamanho da amostra e como os dados serão analisados.

A pesquisa de campo utilizada é do tipo exploratória, tendo como finalidade aprofundar o conhecimento sobre o assunto estudado. De acordo com Mattar (1996), pode ser usada, para facilitar a elaboração de um questionário ou para servir de base a uma futura pesquisa, ajudando a formular hipóteses, ou na formulação mais precisa dos problemas de pesquisa. Visa também esclarecer conceitos, ajudar no delineamento do projeto final da pesquisa e estudar pesquisas semelhantes, verificando os seus métodos e resultados. Como método de coleta de dados, utiliza entrevistas, que não é uma simples conversa, mas um diálogo orientado para um objetivo definido de recolher, por meio do interrogatório do informante, dados para a pesquisa.

Será utilizada como campo empírico a Secretaria Municipal de Saúde e o Hospital e Maternidade Santa Cecília, e como instrumento de coleta de dados será utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada que será aplicada com 15 adolescentes grávidas do

município de Aquidabã com idades entre 15 a 19 anos, bem como 15 familiares (pai, mãe ou responsável) e duas assistentes sociais pertencentes a Estratégia Saúde da Família. A escolha dos envolvidos na coleta de dados se dá na medida em que o tema desta pesquisa engloba todos esses indivíduos, seja direta ou indiretamente. A seleção dos profissionais citados refere-se exclusivamente ao fato de fazerem parte da Estratégia Saúde da Família. Por outro lado esses profissionais se dispuseram a participar da pesquisa.

Utiliza-se como fonte bibliográfica, o Estatuto da Criança e Adolescente - ECA, e autores com: COSTA, SILVA, LOPES, DENIZ, TIBA, dentre outros. Considera-se também como importante fonte de pesquisa, a busca pela Internet de artigos científicos, monografias e relatórios que tratam dessa temática.

A presente pesquisa se mostra relevante na medida em que discute a problemática sobre a gravidez na adolescência no seio familiar e nas políticas públicas implantadas como no SUS (Sistema Único de Saúde) e em programas como ESF (Estratégia de Saúde da Família), que dão assistência à saúde e aos direitos sociais da população de Aquidabã/SE. Diante da alta incidência de adolescentes grávidas surge a necessidade de analisar, verificar e compreender como estão sendo trabalhadas as políticas públicas de saúde, de forma direta ou indiretamente com a população do município.

Percebe-se cada vez mais a necessidade de se discutir esse fator nas ações do Serviço Social, uma vez que o assistente social deve estar onde for necessário, orientando, planejando e promovendo uma vida mais saudável (FREITAS, 2010). O propósito do trabalho realizado pelo assistente social demonstra que é seu papel realizar uma atividade auxiliar no

exercício do controle social, defendendo e esclarecendo os direitos da população e os meios de ter acesso aos mesmos.

Ora, a prática profissional só é transformadora na medida em que se orienta por uma teoria, enquanto uma teoria só tem significado se comprovada sua aplicabilidade. O profissional de Serviço Social da contemporaneidade necessita, para realizar seu trabalho, de instrumentais teóricos construídos a partir da realidade profissional, enquanto o trabalho profissional é que oferece subsídios para a releitura das teorias e instrumentais. O exercício profissional em Serviço Social deve então constituir-se em elemento de discussão para os próprios profissionais, já que as práticas cotidianas estão relacionadas à leitura que o mesmo faz da realidade onde está inserido e, ao mesmo tempo, essa prática tem que ir além, superando-se a intervenção simplesmente pontual e construindo-se a práxis, a ação transformadora. (FREITAS, 2010, p.01)

Conforme a autora destaca, o profissional do Serviço Social deve ampliar sua presença nos estudos acerca das questões referentes à realidade em que está inserido, fazendo-se presente frente às diversas expressões da questão social, às contradições que permeiam a vida em sociedade, entre outros. Neste sentido serão abordadas no decorrer do texto, as ações sobre a assistência do Serviço Social em relação aos adolescentes.

É perceptível que a sexualidade continua sendo um tabu em nosso meio, e muitas vezes as dúvidas que os adolescentes possuem sobre este assunto não são discutidas no âmbito familiar e no contexto escolar. Assuntos que catalisariam discussões críticas e reflexões muito importantes à cerca da maturidade do jovem e adolescente, podendo ser inseridas no currículo das disciplinas como componente transversal previsto nas diretrizes curriculares nacionais, muitas vezes são deixados de lado.

Segundo Brêtas (2009), em muitos casos, os pais têm dificuldade em abordar questões de sexualidade com seus filhos, justamente pelo fato de não terem muito claro o que acontece com eles próprios, e nessa conjuntura acaba passando a bola para a escola, que por

sua vez também se sente despreparada para realizar essa tarefa. Sobre essa questão a pesquisa a seguir deve contemplar também as questões familiares em relação aos adolescentes bem como uma análise sobre sua participação no processo de desenvolvimento, nas tomadas de decisões e o acolhimento diante de um caso de gravidez precoce.

Considerando-se os direitos da criança e do adolescente que no art. 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) expressa claramente que “a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana”, reforça-se a relevância de se estudar os desafios que muitos jovens enfrentam quanto à precoce experiência da gravidez, necessitando ser orientadas para a responsável tarefa do cuidado com a sua saúde e do seu filho. O aumento de adolescentes grávidas na região conjeturada neste trabalho ocasiona metodologicamente numa pequena amostra por instituições, o que justifica a delimitação desta pesquisa que tem vasto campo de análise.

Este estudo oportuniza o debate sobre o tema em questão, constituindo em cinco capítulos o importante aprofundamento sobre a gravidez na adolescência. O primeiro capítulo apresenta a determinação do estudo realizado sobre gravidez na adolescência, bem como o tipo de enfoque, sua extensão e profundidade do assunto. O segundo capítulo menciona uma análise sobre a adolescência e o seu contexto sexual. Apresentando um breve histórico sobre o cenário da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes no Brasil onde são traçados alguns destaques sobre as problemáticas sociais, de saúde e gravidez de adolescentes no país.

O terceiro capítulo expõe o enfoque sobre a realidade local da cidade de Aquidabã/Se. Serão apresentadas as Políticas Públicas implantadas no município voltadas para o atendimento de adolescentes que perpassam essa etapa tão vulnerável aos problemas

sociais. A Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Planejamento Familiar expostos no texto abordarão as ações do Serviço Social nessa esfera. Ainda será delineado o perfil das adolescentes grávidas do município, bem como o impacto da ocorrência da gravidez na família e na vida dessas adolescentes. Diante da relação entre família e gravidez na adolescência será discutido o apoio familiar e características das famílias envolvidas nesse processo, além de algumas considerações a respeito do processo de implementação das práticas de Serviço social, de forma a contribuir com o planejamento familiar e a assistência aos adolescentes, sobretudo as que estão grávidas.

O método de análise para esse estudo refere-se ao dialético. O método dialético não envolve apenas questões ideológicas, geradoras de polêmicas. Trata-se de um método de investigação da realidade pelo estudo de sua ação recíproca, da contradição inerente ao fenômeno e da mudança dialética que ocorre na natureza e na sociedade (GIL, 1987).

A pesquisa conclui-se com uma análise de todo o processo de coleta de dados obtidos sobre a problemática apresentada. Sendo assim propõe-se uma reflexão com base nos estudos desenvolvidos sobre os principais fatores que influenciam a gravidez na adolescência, para que à luz das considerações observadas possam ser dadas contribuições positivas a cerca do trabalho realizado na Estratégia Saúde da Família e Planejamento familiar.

02.ADOLESCÊNCIA E SEXUALIDADE

A expressão adolescência tem essa procedência etimológica no latim, *adolescere*, que quer dizer crescer. Portanto, pode-se dizer que é um dos mais agitados períodos da vida humana, onde se busca espaço na sociedade e almeja-se entender conflitos interiores e exteriores de mudança do corpo e comportamento, enquanto a estrutura física passa para a maturidade sexual.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência compreende a faixa etária que vai dos 10 aos 19 anos de idade, caracterizada por mudanças sociais, físicas e aceleradas, sendo estas últimas características próprias da puberdade. Esta é, portanto, uma importante etapa do desenvolvimento do ser humano para atingir a maturidade historicamente considerada uma fase de transformação psicológica, fisiológica e de relações sociais que separam a infância da fase adulta (BRASIL, 2005).

É notório que a fase da adolescência tem suas repercussões na sociedade ao longo da história, com isso há que se ter uma visão de adolescente que leve em consideração as razões temporais, culturais, econômicas e sociais. Na visão de Almeida (1987), já se percebe a adolescência como uma passagem confusa, pois o indivíduo que passa por esta fase nem é criança nem adulto, e com isso vive em busca da independência que ainda não pode ter. Nas sociedades arcaicas pensava-se que a função do jovem seria a de controlar as emoções edípicas, criar uma identidade sexual e dominar as tendências bissexuais da adolescência. Hoje se percebe que o conceito de juventude mudou radicalmente. Os jovens são destacados pela maneira de relacionar-se facilmente com pessoas da mesma faixa etária, pelo desejo de

serem independentes, de viver novas emoções na busca de uma utópica felicidade baseada no consumo comercial.

Apesar da sua busca por uma confusa identidade entre ser adulto e ser criança, o adolescente constitui-se num grupo que, sem distinção de raça, cor e classe social, possui direitos, considerados em sua condição de pessoa em desenvolvimento e a quem se deve prioridade absoluta, seja na formulação das políticas públicas e destinação privilegiada de recursos das diversas instâncias político-administrativas da sociedade.

De acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), no Brasil a adolescência se estabelece dos 12 aos 18 anos de idade cronologicamente, mas hoje em dia o que conta é o emocional para se identificar o jovem. Esta compreende uma importante legislação brasileira aprovada pela Lei 8.069, de 13 de julho de 1990 para amparar os direitos sociais que a população brasileira conquistou a partir da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1990, p. 24).

O ECA, então, enquanto lei é capaz de adjudicar os direitos sociais e vem estabelecer para o adolescente, em seu Art.7 o direito à vida e à saúde:

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (ECA, 2005, p.14).

Percebe-se que o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), diante de um conceito de fragilidade do adolescente em meio à sociedade, propõe a proteção e atenção particular na adolescência. O ECA trata de impor ao Poder Público a obrigação de

disponibilizar serviços médicos e medidas de proteção constituindo uma aquisição legal fundamental para a proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes como pessoas em desenvolvimento. Traz uma nova visão desses sujeitos, considerando-os em uma condição peculiar de pessoa em desenvolvimento, o que lhes garante prioridade absoluta na elaboração e aplicação de políticas que assegurem a efetivação dos direitos referentes à vida, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, etc. Por outro lado, institui o município como espaço privilegiado para a construção da cidadania (RAPOSO, 2009).

Ainda em relação às concepções de adolescência, de acordo com Kahhale (2003), esta fase entende-se como uma construção na história da humanidade, e, portanto não é uma fase natural do desenvolvimento humano, mas possui suas características compreendidas no processo histórico de sua constituição.

Conforme Soares (2009), o conhecimento acumulado sobre adolescência se produz diante da coexistência do recurso de diferentes conceitos, que por sua vez estão amparados por diferentes visões de mundo, apropriados pela ciência e pelos serviços em maior ou menor grau, e com isso, dependendo da ideologia dominante, sempre haverá um conceito hegemônico entre os diversos conceitos em disputa no interior da sociedade.

Segundo, Bock & Ozella (2003), a fase da adolescência acontece quando são dadas condições sociais para seu surgimento e por isso é possível que determinados jovens não vivam a experiência de viver uma adolescência “sadia”, com direito a educação, saúde e lazer, mas também com o cumprimento de deveres, com respeito às suas limitações e princípios familiares. Verifica-se que, em nossa sociedade, os meios de comunicação produzem um estereótipo de adolescente dominante, que será o modelo de identificação para

aqueles que estão naquela idade, daquele tamanho, acontecendo com o seu corpo o que está acontecendo com o corpo do outro. É neste sentido que recebe-se o impacto das transformações advindas do contexto socioeconômico em que se insere a família como elemento social, o que provoca uma grande turbulência em toda a estrutura familiar.

O adolescente provoca uma verdadeira revolução em seu meio familiar e social, e isto cria um problema de gerações nem sempre bem resolvido. Enquanto ele passa por uma adaptação para a fase adulta, seus pais vivem a ruptura do equilíbrio do desempenho do papel de pais de criança, para adquirirem, também, com mais ou menos esforço e sofrimento, um novo papel, o de adolescente, situação que lhes exigirá novas respostas. (SZYMANSKI, 2008, p.69)

Os pais podem até estar esperando por este acontecimento, porém é impossível prever suas complexidades. Este é um fator importante na gênese da adolescência, mas sem dúvida adaptada para o contexto social vivido pelo grupo, e ainda, segundo Becker (1988), para entender o adolescente é necessário que se tenha um olhar através de perspectivas bem mais amplas que as tradicionais.

É importante destacar que ainda, de acordo com Szymanski, (2008), existem várias formas de compreensão da adolescência. Em algumas sociedades essa fase é uma passagem do infantil para o adulto e se faz gradativamente, e as condições e direitos são inseridos no seu cotidiano, até que atinja a condição de adulto. Já em outras sociedades, existe um ritual de passagem, quando começam as transformações fisiológicas (puberdade), trazendo muitas vezes um grande sofrimento psicofisiológico, conseguindo, porém, facilitar o desenvolvimento da auto-estima, identidade e segurança no jovem.

Já segundo Szymanski, (2008), é na adolescência que se instala a tão falada “crise”, que nada mais é do que a ruptura do equilíbrio no processo biopsico-relacional

adquirido na construção da infância. O jovem tanto muda fisicamente para assumir nova forma de um corpo de adulto e novas capacidades a nível cognitivo, como também transforma a relação com os pais, no sentido de alcançar uma maior autonomia.

Em nossa sociedade, esta passagem está acontecendo de forma mais rápida e complexa, pois, de um lado, muitos adolescentes atravessam esse período completamente imunes a qualquer tipo de crise, já outros passam de crianças a adultos quando tem que trabalhar, cuidar de filhos e sustentar a família (LOSACCO, 2008) . Há muitas contradições, exigindo do jovem atitude que muitas vezes ele não pode ainda tomar, deixando-o confuso como, quando tem que decidir aos 16 ou 17 anos a carreira que irá conduzi-lo à sua vida profissional.

Esta noção de identidade e autonomia baseia-se em elementos através dos quais alguém se reconhece, sabe o que quer e sabe como agir. O adolescente traz em si uma enorme necessidade de se conhecer e de se reencontrar em cada momento dessa fase tão rápida de transição que o faz sofrer conflitos provenientes da oposição entre as suas nascentes pulsões sexuais e as normas sociais.

A adolescência provoca diversas alterações que por vez os inquieta nas contradições entre “o melhor e o pior; a aptidão física e a falta de jeito; a vivacidade psíquica e o insucesso escolar; a arrogância e a falta de confiança”(ALMEIDA, 1987, p.58), diversas intenções opostas que resultam na personalidade do jovem adulto.

Diante dos estudos realizados percebe-se que a juventude abrange uma categoria social, levando em conta que sua expressão não se circunscreve a um certo grupo de jovens, mas desloca para a sociedade de maneira mais ampla o conflito geracional, “uma resposta

social dos jovens às contradições impostas pelo mundo adulto”(SOARES, 2009, p. 12).Assim, uma das características específicas desta idade é a procura por um mundo próprio que se destine a chocar os adultos, reagindo a tudo de maneira exagerada.

Ainda de acordo com Soares (2009), cabe destacar que as idades não possuem um caráter universal. A própria noção de infância, de juventude e de vida adulta, resultantes da história, varia segundo as formações humanas. Em muitas definições a puberdade, a adolescência e a juventude unem-se numa mesma categoria: juventude. O que se sabe verdadeiramente é que essa é uma etapa de transição entre a vida infantil e a vida adulta.

De acordo com Becker, (1997), existe um outro tipo de diversidade no “adolescer”. Num contexto onde atuam fatores sociais, familiares, pessoais e culturais, esses adolescentes assumem ideias e comportamentos completamente diferentes. Alguns querem reproduzir a vida, os valores da família, a sociedade e outros querem contestar, rejeitar, mudar. Alguns fogem, lutam, assistem e atuam.

É importante reforçar a ideia de que essa é uma fase da vida composta de momentos de particular complexidade, a qual deixa marcas que advêm de tudo o que foi e será vivenciado. No intuito de transformar as dificuldades de modo a garantir os atributos necessários a uma vida adulta de qualidade, Szymanski (2008) salienta que o “jovem ou adolescente”, necessita de parcerias que o ajudem a construir formas adequadas de superar as incertezas e os conflitos advindos das novas experiências corporais e relacionais. Portanto todos somos copartícipes desse processo de transição.

2.1 ADOLESCÊNCIA E PUBERDADE

Não se pode falar em assuntos relacionados à adolescência sem discorrer sobre as questões de corporalidade, pois as modificações no corpo nessa fase acontecem de forma muito rápida e profunda, marcando para o resto da vida o indivíduo. O marco biológico da adolescência é o aparecimento da puberdade onde se caracterizam as peculiaridades sexuais femininas e masculinas.

De acordo com Brêtas (2009), a puberdade é um termo predominantemente biológico e compreende fundamentalmente as transformações do corpo, a aparição da menstruação na menina e da ejaculação no menino. Esse é o momento em que se operam as mudanças decorrentes do crescimento manifestado pelos órgãos genitais externos. Durante a puberdade elevam-se também os níveis de somatotrofina e de prolactina que aceleram o crescimento, o aumento da força, de atividades físicas e de iniciativas, o que pode ter várias consequências como fazer o adolescente se sentir biologicamente ímpar, necessitando de espaço para se expandir ou se sentir um ser tímido e desajeitado, que não sabe o que fazer com sua nova forma física.

Segundo Almeida (1987) as alterações fisiológicas da fase pubertária resultam em modificações espetaculares e dramáticas que se estendem a todo o corpo. Assim, a puberdade passa a ser a etapa inicial da adolescência, onde acontecem as mudanças, tanto físicas como biológicas que são consideravelmente relevantes ao corpo dos meninos entre os 12 e 14 anos de idade, e das meninas entre os 10 aos 13 anos de idade, fase em que seus órgãos sexuais se preparam para reproduzir.

A puberdade passa a ser então o marco biológico principal da pré-adolescência, onde surgem as características sexuais secundárias femininas e masculinas marcadas por

importantes mudanças corporais em buscado pleno desenvolvimento das capacidades sexuais. Nas garotas as mudanças trazidas pela puberdade devem acontecer por volta dos 9 a 11 anos. Já nos rapazes entre 12 a 14 anos de idade.

Em adolescentes de ambos os sexos, os primeiros indícios de modificações preparatórias específicas para a adolescência (fase pré-puberl) são produzidos, provavelmente, ao redor dos 7 ou 8 anos de idade.

Neste período, a aparência do mesmo caracteriza-se pela baixa estatura, por uma constituição atarracada e grande acúmulo de tecido adiposo em algumas regiões do corpo (cintura, coxas e outros), fenômeno de crescimento somatório denominado de repleção. Mais tarde, aproximadamente entre 12 ou 13 anos de idade nas meninas, e 14 ou 15 anos nos meninos, em média, ocorre outro fenômeno denominado estirão (BRÊTAS, 2009, p.85).

Mieira (2002), afirma que o crescimento dos órgãos genitais, o desenvolvimento das glândulas mamárias e as primeiras ejaculações ou menstruações despertam o surgimento dos primeiros fenômenos da esfera sexual trazidos pela puberdade. Analisando a puberdade como um processo de amadurecimento do corpo, é possível perceber que o jovem nessa fase enfrenta importantes mudanças desencadeadas pelo aumento de produção dos hormônios sexuais (estrógeno e progesterona nas garotas e testosterona nos rapazes). Uma área do cérebro denominada hipotálamo envia uma mensagem para uma glândula denominada hipófise a qual é responsável por produzir hormônios relacionados ao crescimento, que são lançados no sangue e cujo efeito estimula outras glândulas endócrinas do corpo (tais como as glândulas sexuais) e faz com que elas também produzam hormônios.

As principais mudanças que ocorrem com os meninos durante adolescência são estirão (crescimento acelerado); crescimento dos testículos, o saco escrotal se torna mais alongado e mais enrugado, surgimentos dos pelos pubianos, axilares faciais e corporais. Mudanças na tonalidade da voz, alteração no odor do suor, se inicia a

capacidade de reprodução com a produção dos espermatozóides e ejaculação, surgimento de espinhas e desenvolvimento dos ossos e acúmulos de massa muscular; surgimentos das ereções involuntárias, inclusive durante o sono, mudança de seu comportamento com a ênfase dos papéis sexuais masculinos (MIERA, 2002, p. 19).

O desenvolvimento do corpo masculino, que inicia quando o pênis, testículos e escroto começam a se desenvolver, marcam o sentimento de liberdade associado às relações, quando o adolescente começa a se considerar capaz de iniciar a atividade sexual. A adolescência é, portanto, uma fase complexa da vida. Além dos hormônios, que nessa etapa afloram causando as mais diversas mudanças, outros assuntos preocupam e permeiam as mentes dos jovens: escola, vestibular, profissão, namoro etc.

Percebe-se que a mudança que ocorre durante a adolescência ao passar por várias transformações corporais e biológicas causam o grande despertar para as experiências com o meio e a sexualidade que, segundo Tiba, (1994), p.27:

É onde verdadeiramente a adolescência começa, pois os jovens passam a perceber que não são mais crianças e experimentam as primeiras sensações de prazer sexual. O autor reforça ainda que, a fase hormonal feminina começa na menstruação, quando o útero estiver pronto para receber óvulos, que por sua vez só se desprende dos ovários quando estiver maduro.

Mais do que o primeiro sutiã, é a primeira menstruação que nenhuma mulher esquece. É talvez o fato mais importante da adolescência, uma vez que biologicamente ela se tornou mulher. Geralmente, a primeira menstruação acontece entre 10 a 14 anos, uma vez que biologicamente a menina passará a ser mulher. Mas é importante ressaltar que segundo o mesmo autor, com esse acontecimento não ocorreu maturidade física, psicológica ou social.

A menarca anuncia que o ovário liberou um óvulo e se preparou para uma gravidez. Quando esse processo não ocorre o útero desmanchou os preparativos e eles são

excluídos do organismo pela menstruação depois de duas semanas após a evolução. A menarca pode ser antecipada por possíveis interferências hormonais, herança genética, entre outros aspectos. A partir da menarca, o corpo da menina, que já havia ganhado volume, passa a ganhar contornos femininos, podendo haver ainda o crescimento, em média de mais de sete centímetros. Almeida (1987) considera que a menarca provoca um avanço notável nas meninas que paralelamente com este acontecimento ocorre o desenvolvimento do útero, dos ovários, das trompas. A mucosa vaginal passa a ser lisa, os grandes e pequenos lábios hipertrofiam-se. O clitóris alarga-se e torna-se erétil. A vulva orienta-se para baixo, e assim, aos poucos regulam-se os processos de maturação do organismo para o cumprimento da natureza reprodutiva.

A mudança hormonal no corpo também é evidenciada com o aparecimento de espinha, escurecimento do pelo das pernas, além do aparecimento dos pelos pubianos. Esta é uma referente fase dos hormônios, pois têm influência no comportamento do jovem que muda facilmente de humor e desperta expressões como, por exemplo, tristeza, felicidade, agressividade e agitação (TIBA, 1994).

As mudanças físicas nas meninas marcam profundamente sua maneira de agir, sua estética feminina que acaba sendo marcada pelo desejo de um corpo perfeito. Uma característica importante da maturação corporal feminina é que as mudanças sexuais secundárias da puberdade começam, em média, cerca de dois anos antes que nos meninos. Brêtas & Silva (2009) ressalta que a mudança no corpo muitas vezes envergonha algumas garotas que procuram esconder as mamas que em alguns casos cresce de forma desordenada. Já outras, por sua vez, exibem suas novas formas com roupas curtas e decotadas.

A fase pubertária traz consigo também a sensação de que com a mudança do corpo também muda a relação do indivíduo com o mundo que o cerca. Dentre as vantagens dessa etapa da vida, destacam-se os aspectos sobre crescimento, desenvolvimento do corpo para uma maturidade sadia e normal, o conhecimento de novas habilidades, tais como as novas sensações provenientes do desenvolvimento da maturidade sexual e a inter-relação com o sexo oposto.

As alterações biológicas do adolescente acabam por resultar no despertar de um centro sexual que eles ainda não conhecem. Almeida (1987), destaca que é nesta idade em que as dúvidas são cada vez mais frequentes, as moças e os rapazes avidamente procuram instruir-se a cerca de tantos fenômenos que ocorrem com o seu corpo. A busca de informações em livros, revistas, enciclopédias e principalmente na internet é comum nessa época.

A experiência da menstruação nas meninas pode se tornar algo assustador quando essa não teve orientações e não conta com o apoio familiar para esclarecer suas dúvidas. Como a puberdade é uma etapa que todo ser humano está sujeito a passar, é muito importante que o adolescente conheça o que está acontecendo com o seu corpo. Para Almeida (1987), as interrogações dos jovens sobre esta temática, principalmente a cerca do desenvolvimento das capacidades sexuais e reprodutivas, competem aos pais, os quais devem tomar a iniciativa das primeiras conversas sobre a genitalidade antes e durante a puberdade. O mecanismo e a sequência do aparecimento dos sinais sexuais secundários, os processos íntimos que levam à menstruação e à ejaculação, enfim, os pais são, pela ordem natural das coisas, e cronologicamente, os primeiros educadores e orientadores.

2.2 SEXUALIDADE E SEXO NA ADOLESCÊNCIA

Como se percebe, a adolescência é um período em que há uma significativa maturação corporal, acarretando mudanças consideráveis no indivíduo que caracterizam-se por diversas transições, sendo a sexualidade a de maior evidência. Trata-se de um processo de experimentação pessoal de sensações novas.

Tiba (1994) ressalta que a sexualidade tem surpreendentes necessidades com relação ao corpo em busca de desejo e de novo relacionamento interpessoal, que se ocasiona pelo hormônio da puberdade, e tem uma importante preocupação na curiosidade para os jovens de ambos os sexos. O autor reflete que a adolescente ao lidar com a sexualidade e buscar expressá-la, acaba muitas vezes entrando em conflitos com alguns fatores, entre os quais estão o convívio na família, as mudanças corporais, psicológicas e cognitivas, até mesmo dos valores, e regras culturais e crenças da sociedade que está inserida.

A sexualidade é uma manifestação individual e social que transcende o ato sexual, mas que muitas vezes é confundida pela falta de conhecimento, o que leva muitos pais e educadores a não falar sobre este assunto por constrangimento, e muitos jovens, pela falta de informação, acabam iniciando a atividade sexual em um momento em que não estão preparados.

A sexualidade é um aspecto central do ser humano ao longo da sua vida e engloba sexo, identidade e papel de gênero, orientação do desejo sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é vivida e expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, papéis e relacionamentos. (BRÊTAS & SILVA, 2009, p. 214)

Neste contexto percebe-se que a sexualidade pode envolver diversas dimensões, mas nem sempre todas são vivenciadas ou expressas. Geralmente ela é influenciada pela interação do indivíduo com o meio, com os aspectos de ordem biológica, psicológica, social,

econômica, política, cultural, ética, legal, histórica, religiosa e espiritual. O adolescente acaba, portanto, sendo influenciado a vivenciar a sexualidade de acordo com os processos socioculturais vigentes. É o caso da influência trazida pela cultura patriarcal e religiosa que consideram distinto o papel sexual masculino do feminino.

Na passagem da adolescência para a mulher há diferenças de acordo com a classe social e a vivência de cada segmento de classe social. Apesar de os papéis sexuais serem socializados desde a infância, é na adolescência que essa definição se fortalece. Os rapazes têm permissões e incentivo, as garotas proibições, culpa e cobrança. A adolescente vivencia um conflito entre o querer e o poder iniciar sua atividade sexual. “É reprimida pela família quando começa a namorar, e é criticada pelos amigos por ainda manter a virgindade” (SILVA, LOPES E DENIZ, 2008).

O pensamento abstrato abre para a jovem adolescente o horizonte da reflexão filosófica. É nesta fase que será enfrentada pela primeira vez dúvidas como: quem sou eu? Por que e para que existo? Por que nasci destes pais, nesta família e nestas circunstâncias? O que desejo fazer da minha própria vida? Minelli (2010) reflete que este é o processo de autodeterminação, que consiste em estabelecer um objetivo para a totalidade da sua existência e comprometer-se a atingi-lo. Percebe-se que este é um processo árduo e difícil, que põe em jogo todos os recursos mentais e emocionais do jovem na consideração de uma grande variedade de opções, no estabelecimento de critérios e prioridades para a tomada de decisões, na adoção de um sistema de valores.

Ainda segundo Minelli, surge então:

O despertar para a psicosexualidade. Como conseqüência do amadurecimento biológico e a circulação de hormônios sexuais no organismo, o adolescente

experimenta um conjunto de sensações, pensamentos, fantasias e emoções referentes à atividade sexual e sente uma forte atração pelo sexo oposto, que conhecemos por despertar da psicosexualidade. É importante ressaltar que este despertar não afeta unicamente os órgãos reprodutores, mas também se projeta ao pensamento e à vida sentimental dos jovens; além disso, durante a adolescência se manifestam as principais diferenças entre os sexos nos aspectos relativos às manifestações específicas da psicosexualidade (MINELLI, 2010, p.04).

A sexualidade vem a ser a transição de maior importância e repercussão para o adolescente. É importante frisar que sexualidade não se resume simplesmente ao acontecimento da primeira relação sexual. Trata-se de um processo de experimentação pessoal e de impregnação pela cultura sexual na adolescência e na juventude.

Brêtas e Silva (2009), p.213 reforça ainda que:

a sexualidade é uma manifestação individual psicoafetiva e social que transcende a sua base biológica (sexo) e cuja expressão normatiza-se pelos valores vigentes. Refere-se que o desenvolvimento sexual do adolescente sofre influência dele próprio, da família, da sua cultura, subcultura e dos seus colegas, sendo que a pressão do grupo é talvez o aspecto mais poderoso para determinar o seu comportamento.

Este estudo não tem como foco a identidade dos adolescentes, nem a tomada de decisão sobre ter ou não uma relação sexual na adolescência, porém é necessário ressaltar que é a partir da sua determinação para iniciar as práticas sexuais nessa fase que surge o risco de gravidez indesejada e das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs). De acordo com Silva (2009), é de fundamental importância ter consciência que somente o Ministério da Saúde não irá resolver a problemática da gravidez precoce, mais em conjunto com a família e profissionais das diversas áreas poderá buscar soluções para diminuir os seus riscos.

No tocante às escolhas que cercam a primeira relação sexual, Borges (2009) reflete que um dos aspectos mais representativos do início da vida sexual ativa são os estímulos do meio em que o adolescente está inserido. Como afirma Cruz e Oliveira, (2002), vivemos

numa época de excessos de estímulos sexual em que a mídia promove um certo incentivo para o ato sexual sem dar a mínima noção de segurança, onde as questões morais estão ofuscadas por ansiedades sobre o impacto do sexo na qualidade de vida do adolescente.

“Os adolescentes são um dos principais grupos de consumidores globais, são receptivos as ações de comunicação, compartilham cultura popular, baseada em música, vestuário e estilo de vida, buscam nessa tentativa de homogeneização uma possibilidade de serem diferentes”. (ITÓZ, 1999, p.18).

Conforme Brêtas & Silva (2009), as descobertas da identidade sexual começam a despertar nessa fase e surgem as buscas por novas informações fora do ambiente familiar. As garotas têm por característica procurar uma ligação mais íntima com as amigas, trocando confidências, compartilhando segredos de sedução no “ficar” e no namorar. O ato de “ficar” vem a ser uma prática entre os jovens que em meados da década de 1970, já se manifestava especialmente nos grandes centros urbanos, difundindo-se mais tarde a praticamente todos os locais em que existem adolescentes. Consiste num contrato informal mútuo de companhia trocando experiências e aprendendo os princípios mais elementares da convivência e da afetividade.

Pode-se perceber que a fase da adolescência está bastante marcada pela iniciação sexual. Geralmente entre os meninos esta experiência ocorre mais precocemente do que entre as meninas. Segundo dados do Ministério da Saúde em 2005, a idade média de iniciação sexual era de 15 anos entre os homens e 15,9 entre as mulheres. As razões da escolha que cercam a primeira relação sexual baseiam-se em diversos fatores, dentre eles a pressão exercida pelos namorados.

Mulheres adolescentes, em geral, tem a primeira relação sexual com os namorados, que frequentemente, já saíram da etapa compreendida como adolescência e são mais experientes sexualmente. Uma grande diferença na idade entre os parceiros pode acarretar prejuízos, para as mulheres, na negociação dos métodos contraceptivos na primeira e nas relações sexuais posteriores. (BORGES, 2009, p.293)

De acordo com Borges (2009), essa decisão para as meninas pode ser uma maneira de demonstrar que realmente gosta do garoto e garantir que ele não irá procurar outras mulheres para satisfazer suas necessidades sexuais. Já os rapazes se vêem pressionados pelo meio a perder a virgindade para demonstrar sua masculinidade.

Cruz e Oliveira (2002), refletem sobre a mística que envolve a primeira relação sexual tanto em relação as meninas como os meninos, destacando que o imaginário masculino e feminino é repleto de conceitos e definições acerca do que é certo ou errado, normal e anormal, aceitável ou condenável quando o assunto é sexo. “Fatores culturais, religiosos e familiares influenciam o modo como determinadas sociedades e seus integrantes entendem e praticam sua sexualidade, principalmente os adolescentes” (CRUZ E OLIVEIRA, 2002, p.21).

Segundo Guimarães (1995), as cobranças e exigências sociais impõe ao homem uma postura de urgência ao sexo. Na puberdade, apresenta maior frequência de atividade sexual e de masturbação quando comparado a mulher de mesma idade. Os mitos são criados para expressar o modo de pensar de uma parte da sociedade e são propagados por gerações. Borges (2009) destaca que não obstante, homens adolescentes eram levados por seus próprios pais para que iniciassem sua vida sexual com profissionais do sexo, no intuito de afirmar sua masculinidade. Por outro lado, “a virgindade feminina era e ainda é considerada pela

sociedade, uma forma de avaliar e classificar a moral da jovem mulher” (BORGES, 2009, p.86).

A perda da virgindade não diminui a importância da mulher, porém é importante destacar que o momento certo para a iniciação sexual deve compreender uma etapa em que garotos e garotas tenham maturidade suficiente para assumir possíveis conseqüências da vida sexual. No caso das meninas, o abandono do parceiro, avaliação negativa de sua conduta ou até mesmo a gravidez não planejada. Para os meninos que pautam o ato sexual como uma necessidade masculina é importante perceber que também deve ser responsável pelos seus atos, devendo sempre se preocupar com a sua saúde e da pessoa com quem se relaciona (BORGES, 2009).

Segundo Rodrigues (2004), a saúde do adolescente, especificamente relacionada à gravidez, está pautada na educação sexual. Ainda conforme o autor, esse processo educacional deve ser conduzido e preparado por alguém que seja da confiança dos jovens. Refletir a cerca da saúde do adolescente neste sentido requer, obrigatoriamente, a reflexão sobre a importância da educação sexual. A preocupação do autor assemelha-se com a de Furlani (1997), que versa sobre essa dimensão educativa justificando:

A educação sexual com adolescente, deve ser feita de modo contínuo e permanente , ou pelo menos , deverá durar um bom tempo, para que possam ser discutidas, além de informações, novas atitudes nas pessoas, frente a sexualidade coletiva e a sexualidade individual, ela deve ter a característica de partir das dúvidas existentes nas crianças e jovens dos temas mais urgentes. Cada jovem tem suas particularidades e interesses (FURLANI,1997,p.5).

De modo geral a educação sexual é um assunto que deve ser pautado com muita seriedade, pois as causas da inconseqüência nas relações sexuais não planejadas podem

marcar profundamente a vida dos adolescentes. A gravidez na adolescência é neste sentido um tema preocupante, pois pode interromper o processo de desenvolvimento próprio da idade levando a adolescente a assumir responsabilidades e papéis de adulta antes da hora.

A gravidez na adolescência não é novidade na história de vida das mulheres. Provavelmente muitas de nossas antepassadas casaram cedo, engravidaram logo e, durante a gestação e o parto não recebeu assistência médica regular. Erros e acertos dessa época se perderam no tempo e na memória de seus descendentes. A sociedade se modernizou e os adolescentes continuam vislumbrando diferentes perspectivas de vida e a busca da experiência nas questões sexuais e junto com a liberdade no ato sexual cresce o número de adolescentes grávidas.

A cada ano aumenta o número de adolescentes grávidas no Brasil. De um total de 2747.373 partos realizados em hospitais em 2000 pelo Sistema Único de Saúde (SUS), 97/8% dos casos ocorreram na faixa etária de 10 a 19 anos. Segundo dados do Intitulo Brasileiro de Geografia e Estáticas, os Estados do Norte e Nordeste tem um dos mais altos índices de gravidez na adolescência. Segundo o Ministério da Saúde (MS), o ano de 2004 registrou no país 3.026.548 nascimentos, dos quais 661.290 (21,9%) eram de mães com idade entre 10 a 19 anos; dentre essas 4% tinham até 14 anos de idade (IBGE, 2000).

As dimensões de causas e consequências da gravidez precoce e o risco de mortalidade de bebês no primeiro ano de vida de filhos de mães adolescentes é muito maior do que em mães adultas. Risco de nascer com Sífilis Congênita se a adolescente e o namorado não fizerem o pré-natal, pressão alta e parto pré-maturo. Diante de tantos riscos que corre o

adolescente ao viver uma sexualidade desenfreada há que se falar cada vez mais em educação sexual que começa em casa e vai até a escola (TRINDADE e BORGES, 2009)

De acordo com Borges (2009), quando a escola e a família decidem falar sobre gravidez na adolescência, muitas vezes faz isso de maneira tão superficial que pouco influencia de maneira que adolescentes encaram essa questão como algo comum. Muitas escolas que instituíram a orientação sexual nas suas atividades, na prática apenas restringiram-se a transmitir conhecimentos sobre anatomia e fisiologia da reprodução, não valorizando informações realmente necessárias a vida do jovem. Neste contexto percebe-se que a orientação deve assumir um sentido mais amplo, elucidando o comprometimento não somente com a instrução, mas também com a cidadania e a formação plena dos adolescentes. A educação tanto da família quanto da escola deve contribuir na valorização da orientação sexual, dos riscos da gravidez precoce, das doenças sexualmente transmissíveis, etc.

Sabe-se que é uma tarefa muito complexa para a escola enfatizar a sexualidade diante da perspectiva da sociedade atual, pois a sexualidade não pode ser trabalhada visando uma concepção racionalista única e geral, mas de vários enfoques e reflexões sobre o assunto, que vai além do foco biológico que ainda nos tempos atuais constituem-se na escola como fundamentos das informações exaustivas fornecidas aos adolescentes. Por isso, tratar a sexualidade na educação é permitir um desenvolvimento da sensibilidade nos relacionamentos pessoais, levando em conta todos os aspectos do ser humano. O processo educativo deve ocupar um papel efetivo e atuantes onde os orientadores devem estar bem preparados na teoria e na prática para transmitir informações necessárias aos jovens de modo que suas dúvidas sejam esclarecidas (AQUINO, 1997).

Conforme Guimarães, Alves e Vieira, (2004) o tema gravidez na adolescência passou a atrair a atenção dos profissionais da saúde no Brasil, há proximidade 20 anos, até porque a partir dessa época, adolescência como categoria social começou a ser constituída na área da saúde. É também devido ao aumento da fecundidade na adolescência, embora a fecundidade no Brasil como um todo tenha diminuído. O aumento não ocorreu de forma homogênea. Foi intenso a partir dos anos 70 e, sobretudo nos anos 80 e permaneceu estável no quinquênio 90 a 95.

A escola na atualidade é uma das mais importantes instituições sociais, pois ela transmite conhecimento e faz parte da vida dos alunos. De acordo com Alarcão (2001), a educação, assim como a conscientização e a orientação para o uso de contraceptivos, são formas de combater e prevenir a gravidez na adolescência. Segundo Rodrigues (2004), a saúde do adolescente, especificamente relacionada à gravidez, está pautada na educação sexual. Ainda conforme o autor, esse processo educacional deve ser conduzido e preparado por alguém que seja da confiança das jovens. Tudo isso, porém, só será possível através da associação de ações educacionais e de saúde pública. Não basta ter a informação se o acesso a uma consulta, um aconselhamento, ou a uma cartela de camisinhas é truncado.

Lima destaca ainda que:

É nas escolas que muitas vezes surgem os primeiros “amassos,” desejos confusos e inconfessos, situações de inadequações, desde os pequeninos que se masturbam na sala de aula até os adolescentes “rolando as escadas”.... É na escola que os jovens se sentem à vontade para desabafar, contar de suas experiências e de vários outros assuntos relacionados a este momento. (1996, p.81)

A falta de informação e a fragilidade da educação sexual podem ser consideradas também questões problemáticas em relação a sexualidade do adolescente. Temas como

sexualidade, gravidez, drogas, devem estar pautados como assuntos muito imprescindíveis na educação dos jovens. Os governos, por sua vez, acabam por vez se limitando às campanhas esporádicas que em geral não primam pela conscientização, mas apenas pela informação a respeito de métodos contraceptivos. Diante dessa realidade o número de pais e mães adolescentes cresce a cada dia.

A gravidez, neste sentido, se torna uma situação complexa na vida de um adolescente. É evidente que em nossa sociedade a opção de se ter um filho requer desejo tanto do pai quanto da mãe, e atualmente, com problemas como a instabilidade econômica e a crescente violência, são necessários, além de muita consciência e responsabilidade, um amplo planejamento.

Conforme Júnior (1999) a gravidez, nesta fase, traz vários efeitos sociais negativos, como perda de oportunidades educacionais, de trabalho e de redução de chances de um casamento feliz, e ainda com limitações de oportunidade. Também ocorrem efeitos psicológicos associados ao conflito emocional e educacional frente à situação da maternidade. Esta percepção, pode-se dizer, de prejuízos nas suas próprias vidas, pode ser observada já na própria fala das adolescentes acerca do impacto em suas vidas.

Em meio à falta de informação muitas jovens acabam utilizando métodos de baixa eficácia, ou até mesmo o uso inadequado e o não uso dos métodos contraceptivos. O preservativo e a pílula anticoncepcional constituem os métodos que os jovens mais dizem conhecer, porém, apesar do seu conhecimento, eles não utilizam de modo rotineiro por acharem que nada irá acontecer com eles.

Culturalmente, a prevenção da gravidez recai sobre a mulher. Estudos revelam – e a nossa prática nos faz acreditar – que as moças previnem-se mais que os rapazes. No entanto, a imprevisibilidade da ocorrência da relação sexual constitui um forte motivo para a não utilização de métodos contraceptivos entre jovens de ambos os sexos (BARBIERI, 2009, p.305).

Um dos fatores para a ocorrência das relações sexuais desprotegidas ou para o uso inadequado de métodos anticoncepcionais está no despreparo dos adolescentes para viver este momento, o que causa vulnerabilidade à gravidez não planejada, que acaba acarretando muitos problemas para suas vidas. É importante destacar que a grande maioria das meninas também não assume diante da família a sua sexualidade, nem a posse do anticoncepcional, que denuncia uma vida sexual ativa (BORGES, 2009).

Além da falta ou má utilização de meios anticoncepcionais, a gravidez e o risco de engravidar na adolescente podem estar associados a uma menor auto-estima, à um funcionamento familiar inadequado. De qualquer forma, o que parece ser quase consensual entre os pesquisadores, é que as facilidades de acesso à informação sexual não tem garantido maior proteção contra doenças sexualmente transmissíveis e nem contra a gravidez nas adolescentes.

De fato, os adolescentes têm o acesso facilitado às pílulas anticoncepcionais, ao diafragma, à camisinha. Os meios de comunicação e as escolas fazem frequentes campanhas de esclarecimento. Os serviços de saúde estão à disposição para prestar informações. No entanto, as estatísticas brasileiras demonstram que apenas 14% das jovens de 15 a 19 anos utilizam métodos contraceptivos; e somente 7,9% delas, a pílula (SILVA, 2003, p.30).

Outro fator que merece ser destacado é a opção de algumas adolescentes em querer engravidar. Há muitos casos em que a menina, para atrair sobre si a atenção ou o afeto da família e dos amigos, ou para segurar o namorado, engravida. Diante das carências afetivas

ainda existem outros tipos de explicação citada pela autora. Considera-se, por exemplo, que muitas vezes uma jovem desamparada, que não desfrute de uma condição de vida digna, pode pensar que tornando-se mãe se libertará da miséria e obterá o respeito da sociedade. Uma ideia baseada na crença de que a sociedade tende a valorizar a figura da mãe e a ter maior consideração pelas gestantes.

A gravidez e a maternidade na adolescência nem sempre se constitui um problema para a mulher que engravida, porque pode fazer parte de um desejo real no projeto de vida da adolescente. A falta de oportunidades para constituir um projeto de futuro, pode levar a mulher jovem a encarar a gravidez na adolescência como uma como uma possibilidade de realização pessoal e de reconhecimento social (TRINDADE E BORGES, 2009, p.342).

Diante da constatação da gravidez de uma adolescente, se a família for capaz de acolher o novo fato com harmonia, respeito e colaboração, esta gravidez tem maior probabilidade de ser levada a termo normalmente e sem grandes transtornos. Porém, havendo rejeição, conflitos traumáticos de relacionamento, punições e incompreensão, a adolescente poderá sentir-se profundamente só nesta experiência difícil e desconhecida. Os primeiros problemas podem aparecer ainda no início da gravidez e vão desde o risco de aborto espontâneo – ocasionado por desinformação e ausência de acompanhamento médico – até o risco de vida – resultado de atitudes desesperadas e irresponsáveis, como a ingestão de medicamentos abortivos. Na adolescência esta é uma situação instável sendo, por isso, muito comum que se apresentem quadros graves de depressão. É de tal importância que quando diagnosticada a gravidez a adolescente comece o pré-natal, receba apoio da família e do seu contexto social, tenha auxílio e acompanhamento psicológico e obstetra adequados à situação (BORGES, 2009).

De acordo com Borges (2009) o bem-estar afetivo da adolescente grávida é muito importante para si própria, para o desenvolvimento da gravidez e para a vida do bebê. Com isso percebe-se que, diante do fato de uma gravidez na adolescência, principalmente em casos em que as meninas são solteiras, é preciso encarar gravidez a partir do valor da vida que nela habita, é preciso sentir segurança e apoio necessários para seu conforto afetivo, da presença constante de amor, solidariedade e assistência necessária na gravidez, até o nascimento de seu bebê.

2.3 BREVE HISTÓRICO SOBRE O CENÁRIO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA DE ADOLESCENTES NO BRASIL

Como afirma Soares (2009), a saúde coletiva constitui-se como um campo de saberes e práticas fundamentais relacionados aos problemas e contradições sociais e de saúde que se apresentam ao longo dos anos, bem como as incoerências relacionadas à saúde. Neste sentido, os diversos programas de saúde vêm sendo trabalhados de acordo com os determinantes processos saúde-doença da nossa sociedade.

As diferentes formas de inserção social dizem respeito à posição que cada classe social ocupa na reprodução da vida social, ou seja, à realização cotidiana do trabalho e do seu “modo de viver a vida”. E é nesse sentido que os integrantes de um dado grupo ou de uma dada classe social, que experimentam as mesmas condições de trabalho e de vida, tendem a apresentar problemas de saúde semelhantes decorrentes do embate entre os potenciais de fortalecimento e de desgaste [...](SOARES, 2009, p. 04).

Diante das diferentes classes sociais em que nossa sociedade se compõe não há como se falar em problemas sociais, seja ele qual for, sem falar em desigualdade social. Assim os processos patológicos pelos quais padecem diferentes classes e grupos são diferenciados exatamente pela diferenciada forma de trabalhar e de viver das pessoas. De acordo com o manual da ¹Saúde Integral de Adolescentes e Jovens, com orientações para a organização de serviços de saúde, para a obtenção de algumas informações, tais como desejos, aspirações e valores dos jovens, poderão ser necessários estudos especiais a serem realizados junto à população estudada.

Trindade e Borges (2009), p. 340, enfatizam ainda que:

A adolescência é vivenciada em vários aspectos de forma diferenciada nas diferentes classes sociais. Diante das condições de exclusão social, baixa escolaridade ou grande defasagem escolar aliadas a poucas oportunidades de qualificação profissional, muitas mulheres não conseguem elaborar seu projeto de vida nem de trabalho, que poderiam alcança-las a uma condição de vida, para além do projeto da reprodução e de se tornarem mães e constituírem uma família própria.

Tomando esses entendimentos citados acima, pode-se afirmar que os problemas vivenciados por um grupo de pessoas devem ser analisados segundo as suas condições de vida bem como o contexto social em que esse grupo se insere.

Em se tratando da saúde pública no Brasil, mais precisamente em relação aos nossos adolescentes, há que se considerar dois contextos fundamentais: a classe social e os conflitos geracionais. Segundo Borges e Fugimori (2009), as desigualdades sociais permeiam a vida dos adolescentes brasileiros em vários aspectos. As classes menos favorecidas e dos segmentos mais pobres da sociedade acabam exigindo a entrada precoce dos adolescentes no

¹ Manual de Orientação elaborada pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo fornecer orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços de saúde que atendam os adolescentes e jovens– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

mundo do trabalho, e conseqüentemente desprovendo a possibilidade de preparação necessária como a formação cultural, escolaridade formal e técnica.

Por mais que os índices de analfabetismo tenham caído no país nos últimos anos, 3,4% dos indivíduos entre 10 a 14 anos de idade ainda eram analfabetos em 2000, alcançando 7,0% na região nordeste. Quase 1 em cada 5 adolescentes de 15 a 17 anos de idade estava fora da escola em 2000 (18,3%), com índices que alcançavam 22,1% na região norte. Tais disparidades regionais têm diminuído, mas permanecem marcantes (BORGES & FUGIMORI, 2009, p. 27).

A respeito dos percentuais apresentados faz-se necessário considerar também que, segundo os autores, a escolaridade feminina apresenta-se mais elevada que a masculina. Outro elemento importante a ser destacado é a raça/cor, e as desvantagens de oportunidades de escolarização dos jovens rurais que é substancialmente alta. Todas essas considerações sobre escolaridade afetam as questões de trabalho, pois, como exemplo, temos que os adolescentes em piores condições de vida são “aqueles que não estudam nem trabalham alcançando 7,3% dos homens do grupo de 15 a 17 anos e 13,2% no grupo de 18 a 19 anos” (BORGES & FUGIMORI, 2009, p. 29).

A vulnerabilidade própria da idade, somando-se aos fatores de exclusão social, pobreza, baixa escolaridade, acabam expondo muitos jovens a situações adversas como o uso e o tráfico de drogas, as infrações e crimes dos quais são vítimas ou autores, as transgressões e a gravidez precoce e indesejada.

Para mensurar os índices de saúde no país os especialistas têm considerado vários aspectos epistemológicos, o que ainda é considerado algo muito complexo, pois não há instrumentos e metodologias completamente satisfatórias quanto à avaliação desse nível. Isso tem sido realizado através de investigações dos principais problemas relacionados à saúde e

de seus agravos que acometem um determinado grupo, bem como sua distribuição espacial, temporal e populacional.

Borges e Fugimori (2009) refletem que a maternidade na adolescência não é considerada com um agravante no perfil de morbidade e mortalidade das adolescentes brasileiras, porém os mesmos afirmam que as causas de morte materna, relacionada exclusivamente à gravidez, ao parto e ao puerpério ocasionaram 254 mortes em mulheres entre 10 a 19 anos de idade em 2005 no Brasil, o que totaliza 15,6% de todos os óbitos maternos naquele ano.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2006), as altas taxas de mortalidade materna compõe um quadro de violação dos direitos humanos de mulheres e crianças. Tais taxas atingem de modo muito desigual as classes sociais com menor poder aquisitivo e menor acesso aos bens da sociedade, em muitas regiões do Brasil.

A precariedade da assistência ao pré-natal e ao parto nesse segmento populacional pode ser, portanto, a causa de uma ausência considerável a adolescentes e jovens gestantes. Porém, há que se tratar também dos grandes problemas de aborto em nosso país. Segundo Monteiro e Adesse (2006), estima-se que o número de abortos tem crescido de forma assustadora, e que em 2005 numa faixa etária de 15 a 19 anos de idade, cerca de 196.412 adolescentes tentaram interromper a gestação no Brasil.

O número de internações por causa de complicações em abortos é assustador. Segundo Borges e Furgimori (2009), o SUS totalizou em 2005, 46.557 casos de internação, o que representa apenas uma parte das adolescentes que optaram por interromper uma gravidez, muitas vezes utilizando-se de práticas inseguras, tais como traumas espontâneos como quedas,

socos, atividades físicas excessivas, além de substâncias cáusticas inseridas na vagina como cloro, cal, sais de potássio. Ainda há casos em que as adolescentes causam o aborto através da inserção de objetos físicos no útero como cateter e objetos pontiagudos, como arame, agulhas de tecer e cabides e o uso do misoprostol (versão sintética da prostaglandina E1- PGE1) utilizado no tratamento e na prevenção de úlcera do estômago, mas com efeitos abortivos, muitas vezes, não inócuos às usuárias.

É importante atentar que, segundo o ²Ministério da Saúde, em 2005 mais de 660 mil nascidos vivos eram filhos de mulheres adolescentes, sendo que a maior parte dos casos são da região norte e centro-oeste. Já o grupo dos 15 aos 19 anos teve crescimento acentuado entre 1991 a 2000, passando de 76,9 para 85,1 nascimentos a cada mil mulheres.

Existem diferenças na assistência ao aborto em cada estado, bem como a incidência depende da situação econômica e do acesso aos serviços de saúde. De acordo com o ³Dossiê Aborto Inseguro, elaborado pela Rede Feminista de saúde em 2001, os dados disponíveis mostram que há uma maior proporção de internações na região Sudeste:

TABELA 01: Número de internações e de óbitos hospitalares com diagnóstico de aborto no SUS, por Unidade da Federação. Brasil, 2000

Unidade da Federação	Nº. de internações no SUS	Nº de óbitos hospitalares
----------------------	---------------------------	---------------------------

² BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. Painel de indicadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

³ Produzido pela Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos – Rede Saúde com o intuito de discutir sobre as mortes relacionadas com a gravidez, o parto e o pós-parto causados por complicações do aborto realizado de forma insegura nas regiões do Brasil.

REGIÃO NORTE		
Roraima	449 0	0
Amapá	1.100	0
Amazonas	4.375	0
Pará	9.077	2
Acre	1.302	0
Rondônia	1.954	1
Tocantins	837	0
REGIÃO NORDESTE		
Maranhão	3.937	1
Piauí	6.286	0
Ceará	14.001	1
Rio Grande do Norte	3.136	0
Paraíba	1.892	0
Pernambuco	14.185	1
Alagoas	4.971	0
Sergipe	5.274	8
Bahia	32.271	8
REGIÃO CENTRO-OESTE		
Mato Grosso	2.382	1
Mato Grosso do Sul	2.725	0
Distrito Federal	6.177	2
Goiás	4.500	0
REGIÃO SUDESTE		
Minas Gerais	25.783	14
Espírito Santo	4.827	0
Rio de Janeiro	24.665	10
São Paulo	47.942	12
REGIÃO SUL		
Paraná	9.500	1
Santa Catarina	6.856	2
Rio Grande do Sul	7.480	3
Brasil	247.884	67

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde/DataSUS, 2000.

A tabela demonstra que os casos de aborto estão realmente acentuados na região sudeste, o que segundo o Dossiê Aborto Inseguro, está associada à maior aceitabilidade das práticas do aborto provocado e/ou ao maior acesso a leitos. Em alguns estados, as internações com diagnóstico de aborto são responsáveis por mais de 10% das internações obstétricas. Os dados mostram diferenças regionais e locais sugestivas de diferentes realidades da assistência ao aborto e, muito provavelmente, diferentes situações enfrentadas pelas mulheres como

forma de lidar com a clandestinidade. Outro dado relevante é o número de óbitos por aborto em menores de 19 anos e participação proporcional no total de óbitos consequentes do aborto.

TABELA 2: Número de óbitos por aborto em menores de 19 anos e participação proporcional no total de óbitos por aborto, por unidade da Federação. Brasil, 1998

Estado	Óbitos por aborto em menores de 19 anos	Proporção no total de óbitos por aborto (%)
Acre	1	100,0
Pernambuco	2	25,0
Sergipe	1	100,0
Bahia	1	20,0
Mato Grosso	2	33,3
Distrito Federal	1	25,0
Rio de Janeiro	3	13,1
São Paulo	3	9,4
Paraná	1	20,0
Rio Grande do Sul	2	20,0

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde / DataSUS / SIM / Sinasc, 2001.

Os dados acima apresentam uma realidade de jovens que trazem um acréscimo de vulnerabilidade contínua. É conhecida a maior frequência de abortos e de óbitos maternos nessa idade, e não obstante, aliado a isso, certamente o componente da clandestinidade torna mais grave a realidade dessas garotas. Os dados oficiais mostram que 17 jovens morreram por aborto em 1998 (14,3% do total de mortes por aborto), nos Estados apresentados na Tabela.

De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o número de adolescentes que tiveram filhos aumentou nos últimos dez anos. Em 1996, 6,9% das garotas de 15 a 17 anos já eram mães. Esse número aumentou para 7,6% em 2006.

Pesquisa realizada pelo Portal Educacional em 2010 com 6,3 mil jovens de 13 a 17 anos, de 60 escolas particulares de todo o país, mostrou que o maior medo dos jovens que já fazem sexo é a gravidez indesejada. Apesar do receio e do acesso à informação, 43% deles

já haviam se preocupado com a possibilidade de uma gravidez. Entre as garotas esse índice é ainda mais alto (63% delas já imaginou que pudesse estar grávida) e quase 6% daquelas que têm vida sexual ativa ficaram grávidas.

Dados do Ministério da Saúde coletados entre 2008 a 2010 mostram que 40% das adolescentes que dão à luz voltam a engravidar em até três anos. A maioria das gestações acontece entre as garotas de famílias mais pobres que têm menos acesso aos serviços de saúde. Pelo menos uma em cada quatro mulheres que dão à luz no país tem menos de 19 anos. Em cada grupo de mil garotas de 10 a 19 anos, quase 100 já tiveram filhos. Esse é um índice superior a média mundial de 50 nascimentos entre cada mil adolescentes. Essa taxa é maior do que a de países como Sudão, Iraque e Índia.

Estudos da ONU (Organização das Nações Unidas) com mais de 10 mil brasileiros de 15 a 17 anos mostra que entre 2001 e 2003, 56% dos jovens que abandonaram a escola são garotas. Um quarto delas parou de estudar por conta da gravidez precoce. Isso torna a gravidez na adolescência a maior causa de evasão escolar entre as meninas que deveriam estar no Ensino Médio. Mais de 300 mil garotas nessa idade dão à luz por ano no Brasil.

Num país, onde não há controle de natalidade e onde o planejamento familiar e a educação sexual ainda são assuntos pouco discutidos, a gravidez acaba tornando-se, muitas vezes, um problema social grave de ser resolvido. Torres, Martins e Moreira (2005) apontam que, com base nos índices atuais de gravidez na adolescência, no Brasil, pode-se considerar que pouco se avançou em direção à sua diminuição, sendo que tais índices aumentaram de forma excepcional, provocando preocupações no âmbito da família, educação, saúde etc.

O Brasil é apontado, no relatório sobre população da ONU, como um dos países com taxas de gravidez na adolescência acima da média mundial (OMS, 2004). Isso quer dizer que por mais que haja desenvolvimento econômico, social, industrial, enfim, as estruturas familiares em relação à gravidez indesejada na adolescência não condizem com uma realidade promissora.

2.4 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

Pensar hoje em ações competentes do Serviço social na área da saúde é um grande desafio, pois como afirma Bravo e Matos (2007), esta demanda exige que o assistente social esteja sempre disposto a procurar a reciclagem, buscar assessoria técnica e sistematizada do seu trabalho, além de estar sempre atento às possibilidades de investigações sobre temáticas voltadas à saúde.

O debate sobre a saúde nessa instância, enquanto direito de todos, remete a discussão sobre as lutas da Reforma Sanitária no Brasil, a política da saúde e a conquista do SUS - Sistema Único de Saúde. Como afirma Iamamoto (2009), também para analisar a profissão do assistente social como parte das transformações históricas da sociedade presente, faz-se necessário transpor o universo estritamente profissional, buscando entender as modificações que atingem os conteúdos e direcionamentos de tal atividade profissional, bem como as condições e relações de trabalho nas quais se realiza de acordo com as competências e requisitos da sua formação (BRAVO E MATOS 2007).

Em relação a política de saúde esboçada a partir de 1930, a mesma foi consolidada no período de 1945 a 1964, período este em que o Estado aumentou os gastos na

área social através das políticas sociais. A política de saúde teve como características gerais a racionalização administrativa e a atribuição de maior sofisticação nas campanhas sanitárias. Neste período, a partir do desenvolvimento e alterações da política de saúde no Brasil, nas diversas conjunturas surge o Serviço Social na saúde.

Segundo Bravo e Matos (2007), a expansão do Serviço Social no país a partir de 1945, está diretamente relacionada às exigências e necessidades de aprofundamento do capitalismo no Brasil e às mudanças que ocorreram no panorama internacional, em função do término da Segunda Guerra Mundial. A influência norte americana na profissão substituiu a europeia, que por sua vez marcou a conjuntura anterior tanto no nível profissional como nas instituições prestadoras de serviços. Enfocando os aspectos biopsicossociais, surge então a determinante requisição de profissionais para atuar num serviço de saúde social, dentre eles o assistente social.

O assistente social no período de 1948 teve sua atuação em hospitais para viabilizar o acesso dos usuários aos serviços e benefícios. Foi a partir daí que se deu a expansão do Serviço Social na área da Saúde com a aquisição neste âmbito, ampliando profundamente a atuação desse profissional.

O “novo” conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, enfocando os aspectos biopsicossociais determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social. Este conceito surge de organismos internacionais, vinculado ao agravamento das condições de saúde da população, principalmente dos países periféricos, e teve diversos desdobramentos. Um deles foi a ênfase no trabalho em equipe multidisciplinar que permitiu: suprir a falta de profissionais com a utilização de pessoal auxiliar em diversos níveis; ampliar a abordagem em Saúde, introduzindo conteúdos preventivistas e educativos; e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social (BRAVO E MATOS, 2007, p. 28).

Tem-se nessa proposta inovadora um assistente social que passa a enfatizar a prática educativa com intervenção normativa no cotidiano da população, em relação aos seus hábitos de higiene e saúde, além da atuação em programas prioritários estabelecidos pelas políticas de saúde.

O assistente social começa a sua atuação nas seguintes ações: plantão, triagem ou seleção, encaminhamento, concessão de benefícios e orientações previdenciárias (VASCONCELOS, 2001).

Os profissionais mantiveram suas ações em hospitais e ambulatórios em diversos serviços básicos como: higiene pré-natal, infantil e pré-escolar, além da educação sanitária por intermédio de educadores de higiene e professores capacitados em assuntos sanitários. Porém os assistentes sociais não foram absorvidos nesse espaço de imediato, pois a necessidade era de médicos e enfermeiras. Somente na década de 1980, houve um movimento significativo na saúde coletiva e no Serviço Social, com ampliação do debate teórico sobre o processo de renovação da profissão na área da saúde.

Bravo e Matos (2007) destacam que a Reforma Sanitária⁴ na década de 1980 influenciaram num balanço do Serviço Social na área da Saúde, apresentando como demandas ao assistente social o trabalho na busca de democratização do acesso às unidades de saúde, o atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade e estímulo à participação cidadã.

⁴ Movimento sanitário consiste na organização dos setores progressistas de profissionais de saúde pública, que colocou em debate a relação da prática em saúde com estrutura de classes da sociedade (BRAVO e MATOS, 2007)

Desde seus primórdios aos dias atuais, a profissão tem se redefinido, considerando sua inserção na realidade social do Brasil, entendendo que seu significado social se expressa pela demanda de atuar nas sequelas da questão social brasileira, que em outros termos, se revela nas desigualdades sociais e econômicas, objeto da atuação profissional, manifestas na pobreza, violência, fome, desemprego, carências materiais e existenciais, dentre outras.

Iamamoto (2000) afirma que o Serviço Social brasileiro contemporâneo apresenta uma feição acadêmico-profissional e social renovada, voltada à defesa do trabalho e dos trabalhadores, do amplo acesso a terra para a produção de meios de vida, ao compromisso com a afirmação da democracia, da liberdade, da igualdade e da justiça social no terreno da história. Nessa direção social, a luta pela afirmação dos direitos de cidadania, que reconheça as efetivas necessidades e interesses dos sujeitos sociais, é hoje fundamental como parte do processo de acumulação de forças em direção a uma forma de desenvolvimento social inclusiva para todos os indivíduos sociais.

De acordo com Costa (1998), o Serviço Social é a quarta maior categoria no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Compreende-se que cabe ao Serviço Social, numa ação articulada com outros segmentos que defendam o aprofundamento do SUS, formular estratégias que busquem a efetividade do direito à saúde na sociedade. Pensar hoje numa atuação desse profissional na área da saúde é:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; (BRAVO E MATOS 2007, p. 214)

Conforme Bravo e Matos (2007) o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde ao requerer a presença desse profissional no processo recente de reorganização dos serviços, exige constantes reflexões acerca do desenvolvimento da Reforma Sanitária brasileira, como também das contradições entre as demandas do SUS e as proposições contidas no projeto ético-político do Serviço Social.

Na área da saúde devem-se compreender os aspectos sociais, econômicos e culturais que sempre interferem no processo de saúde e doença cabendo ao Serviço Social a busca de ações estratégicas como uma necessidade para a superação reforçando o direito social à saúde. Neste sentido o assistente social, ao participar de trabalhos em equipes na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, o que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (RIZO, 2010).

Sobre esse ponto de vista cabe compreender que o trabalho dos assistentes sociais não se reduz à ação exclusiva sobre as questões subjetivas vividas pelo usuário e nem pela defesa de uma suposta particularidade do trabalho desenvolvidos pelos assistentes sociais nas diferentes especialidades da Medicina. O trabalho do assistente social na saúde deve ter como eixo central a busca criativa e incessante da efetuação dos direitos à saúde do cidadão.

Assim, compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando para o fato de que o trabalho do assistente social na saúde que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente estar articulado ao projeto da reforma sanitária (BRAVO E MATOS, 2007, p.43).

Mais do que nunca o profissional de Serviço Social tem o desafio de encarar e defender a democracia e as políticas públicas. Sua ação juntamente com a equipe de saúde é de orientação, esclarecimento e reflexão junto ao usuário e à equipe de saúde com relação às condições objetivas que estão impulsionando os usuários a tomarem esta decisão. É importante esclarecer que nos hospitais o profissional responsável pela alta e pelos procedimentos da mesma deve ser o médico e não o assistente social. O profissional de Serviço Social pode ser um interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde com relação a questões sociais e culturais, visto que pela sua própria formação há o respeito pela diversidade, o que geralmente é mais difícil para outros profissionais de saúde.

No que diz respeito à gravidez de adolescentes o Serviço Social implica não só uma avaliação do acontecimento, mas criar condições para que estas possam ser atendidas com dignidade e segurança. De acordo com Bravo e Matos (2007) pesquisas realizadas no Rio de Janeiro mostram o crescimento do número de adolescentes grávidas, com baixa escolaridade, baixa renda, sem união estável, as quais estão expostas a riscos de DSTs, câncer, HIV, entre outras doenças sexualmente transmissíveis, e é imprescindível municiar a equipe de saúde de informações e conhecimentos necessários, tendo em vista um trabalho articulado aos interesses e necessidades dessas adolescentes.

De acordo com Almeida (2005) o Brasil vive um tempo de afirmação das políticas públicas, com a adoção de sistemas institucionais que apresentam, nos últimos anos, níveis crescentes de integração, envolvendo as três esferas de governo – a União, os Estados e os Municípios – e de democratização, com o fortalecimento do controle social, através das conferências, dos conselhos e da participação popular direta. Esses arranjos institucionais têm

possibilitado a universalização de direitos fundamentais à saúde, à educação, à seguridade social.

Almeida (2005) reflete que o Serviço Social tem grande contribuição a dar à política pública da Educação e aos desafios que se apresentam para a elevação e a formação cidadã de nossas crianças e jovens. Envolver a família na realização de trabalhos preventivos contra as problemáticas decorrentes da gravidez na adolescência, remetem à pesquisas e diagnósticos sociais, a diretrizes e direitos estabelecidos no Estatuto da Criança e do Adolescente e exigem estratégias integradas de enfrentamento. Não é tarefa fácil trabalhar com os problemas que comprometem a nossa juventude, pois muitas questões são levantadas em torno destas problemáticas, como a educação, o meio social, a estrutura familiar, por isso é imprescindível que haja um trabalho de aproximação dessa realidade.

Os problemas que afetam os jovens parecem muito mais complexos do que a estratégia da Saúde da Família possa indicar, embora uma aproximação talvez possa garantir a eficácia, eficiência de seu trabalho perante as comunidades facilitando a articulação com órgãos e instituições não setoriais, ampliando seu leque de intervenções e melhorando seu desempenho. (MENDONÇA, 2000, p. 119)

A questão sociais não podem ser enfrentada como situação independente, sem relação com as causas estruturais que os produzem. Assegurar o direito à educação significa garantir o acesso e a permanência das crianças e adolescentes na escola, discussão que, obrigatoriamente, atravessa temas da realidade social, política, econômica e cultural brasileira como a “gravidez na adolescência”. É dentro dessa complexidade que deve-se buscar cada vez mais a integração das políticas setoriais, o entrelaçamento de respostas ainda hoje muito segmentadas às necessidades sociais, para potencializar os resultados.

A necessidade de políticas públicas acompanha a história da própria sociedade de acordo com as suas necessidades e exigências. No início dos anos 80, os estudos sobre

políticas públicas passaram a ganhar centralidade no Brasil, tendo como principal impulso a reinstalação da democracia e hoje, diante das resoluções legais e normativas, o maior problema que se impõe, não é somente regular positivamente a situação das políticas públicas, mas unir o texto legal com a realidade local (LIMA, 2009).

A política pública vem a ser, uma intervenção do poder público, no sentido de ordenamento, existindo escolhas políticas e sociais realizadas segundo princípios de justiça coerentes e consistentes. Nas propostas de políticas públicas é necessário que haja investimento de recursos financeiros conscientes e intencionais vindos do poder público, também a garantia de que as ações não sejam obras isoladas, mas façam parte dos interesses sociais respondendo aos interesses da sociedade.

Podemos sintetizar o termo Políticas Públicas, como as decisões de um governo (seja municipal, Estadual ou Federal) nas mais diversas áreas que influenciam a vida de um conjunto de cidadãos. São os atos que o governo faz ou deixa de fazer e os efeitos que tais ações ou ausência destas provocam na sociedade (LIMA, 2009, p. 18).

Um dos sistemas que são considerados de grande importância para a realização de políticas públicas em relação ao atendimento de adolescentes é o Sistema Único de Saúde (SUS). Considerando o atendimento às adolescentes grávidas, o Sistema Único de Saúde (SUS), possui um conjunto de atividades e ações de serviço de saúde que realiza o atendimento pelos órgãos e instituições públicas, estadual e federal mantida pelo poder público procurando garantir o acesso integral e universal para toda a sociedade brasileira.

O SUS surgiu como resposta à insatisfação e descontentamento existente em relação aos direitos de cidadania, acesso, serviços e forma de organização do sistema de saúde. Entre os anos de 70 e 80, vários médicos, enfermeiros, donas de casa, trabalhadores de

sindicatos, religiosos e funcionários dos postos e secretarias de saúde levaram adiante um movimento denominado "movimento sanitário". (NOGUEIRA E MIOTO, 2009).

A Constituição Federal de 1988 determinou como sendo dever do Estado garantir saúde a toda a população. Para tanto, criou o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 1990, Lei Orgânica da Saúde do Congresso Nacional foi aprovada. A mesma detalha o funcionamento do Sistema. O SUS resultou, portanto, de um processo de lutas, mobilização, participação e esforços desenvolvidos pela população.

Entre os princípios que regem os serviços que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se:

- I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II – a integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV – igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie; (Lei Orgânica da Saúde - Lei 8.080 de 19/09/1990 apud BRASIL, 2005, p. 14)

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido marcado por intensos debates que refletem a presença de interesses antagônicos em relação a sua consolidação, tanto como uma política pública universal, que atenda a todos com equidade, que seja integralizada e tenha a participação da população e o cumprimento dos deveres do Estado.

De acordo com Nogueira e Mioto (2009), o SUS tem propostas essenciais na garantia da atenção às necessidades de saúde e tem como foco de prática justamente a promoção da saúde. Mediante o trabalho que vem sendo realizado por esse sistema de saúde a sua maior conquista se deu o direito legal de acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, porém é preciso destacar que muitos problemas são enfrentados atualmente.

A crise da saúde brasileira carrega dimensões de uma crise universal e da singularidade nacional, inclusive na atenção médica. É importante destacar que a mídia muitas vezes não noticia as excelentes experiências desenvolvidas em vários municípios brasileiros, em que a crise da saúde foi substituída por atenção integral à família, humanizada, contínua resolutiva, com satisfação dos usuários e profissionais de saúde e que impacta favoravelmente nos níveis de saúde. Porém o sistema de saúde ainda está longe de atender as necessidades da população.

Apesar de se reconhecer que “houve um avanço significativo no controle social do SUS nos últimos anos, como fruto de intensas mobilizações e lutas, o que contribui para a melhoria do acesso, da qualidade e da humanização na atenção à saúde” (Brasil. Ministério da Saúde, 2006 p. 48), persistem impedimentos diversos à plena realização do controle social. Um dos pontos mais destacados na Conferência foi a falta de autonomia frente ao poder executivo, além de outros, como a falta de compromisso político dos gestores, a ausência de uma cultura de controle social, a desarticulação institucional dos conselhos, as deficiências na representação e a dificuldade em manejar as informações em saúde. (NOGUEIRA E MIOTO, 2009, p. 237)

Diversas razões explicam o baixo desempenho desse sistema como à desarticulação entre atenção básica e os demais serviços de saúde. Este é um grande desafio, pois apesar de muito ser feito para que todos possam ter saúde é preciso que o Governo concentre mais esforços e possa investir mais onde há maior carência. Nogueira e Mioto

(2009) informam que o SUS tem o papel de cuidar de todas as necessidades da área da saúde, não apenas medicar os doentes ou realizar cirurgias, é preciso garantir vacinas à população, dar atenção aos problemas das mulheres, crianças e idosos, combater a dengue e outras doenças. Este é o princípio de integralidade, ou seja, realizar todas as ações necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde de todos.

Em relação à atenção ao adolescente alguns princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) expressam uma relação direta com a política de atendimento determinada pelo Estatuto de Criança e do Adolescente (ECA).

De acordo com Raposo (2009), a efetivação do direito à saúde pressupõe a articulação de uma rede regionalizada e descentralizada dos serviços de saúde, os quais devem ser regidos pelos princípios de universalidade, integralidade e igualdade, conforme previsto na legislação do SUS. Dessa forma a efetivação dos princípios da universalidade e igualdade perpassa a implantação de uma política descentralizada e articulada, cujo modelo se encontra delineado pela legislação do SUS e do ECA.

O Estatuto da Criança e do Adolescente ao delinear o direito à saúde, que deve ser garantido por meio do SUS, prioritariamente, descreve a importância de um olhar sobre a saúde do jovem em qualquer instância.

“Atendimento médico, farmacêutico e outros recursos para tratamento e reabilitação; promoção de programas de assistência médica e odontológica para a prevenção dos agravos do segmento infanto-juvenil; vacinação obrigatória; permanência dos pais ou responsáveis junto com a criança e o adolescente em casos de internação” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 32).

O Estatuto da Criança e do Adolescente reflete ainda que as questões prioritárias de atenção à saúde de adolescentes e jovens são: o crescimento e desenvolvimento saudáveis; a saúde sexual e reprodutiva; e a redução da morbimortalidade por violências e acidentes. A promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis remete ao acompanhamento sistemático dos adolescentes pelas Unidades Básicas de Saúde, subsidiado pela utilização da Caderneta de Saúde do Adolescente, reconhecida como instrumento de cidadania para essa população. Além disso, a saúde sexual e reprodutiva está fundamentada na garantia e no reconhecimento dos adolescentes enquanto sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos, capazes de assumir com responsabilidade e autonomia as próprias escolhas.

A saúde sexual dos adolescentes deve, portanto estar pautada com maior ênfase no Sistema Único de Saúde, já que a promoção da saúde no âmbito comunitário é colocada como responsabilidade dos serviços de saúde, que deverão estimular a participação juvenil ativa, propiciando oportunidades para que os adolescentes e os jovens desenvolvam sua autonomia, se mobilizem e definam suas próprias prioridades para atuação na comunidade, envolvendo seus familiares e pares. Como afirma Raposo (2009), a política de saúde deve refletir uma nova linha de atenção à saúde do adolescente, principalmente por evidenciar a integralidade da atenção em consonância com um dos princípios do SUS, o que pressupõe o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a organização de serviços para a execução dessas práticas de saúde, destacando a importância da promoção da saúde e a necessidade de estabelecer processos de trabalho intersetoriais e interdisciplinares.

Neste sentido cabe ao Serviço Social numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS)

formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto-ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária (CFESS,2009).

Segundo Costa (2000), para a realização do trabalho no Sistema Único de Saúde, o assistente social precisa dispor e conhecer portarias e normas de funcionamentos da unidade e do próprio sistema de saúde (orientações sobre os regulamentos, cumprimento de horários, números de visitantes, realização do atendimento etc.), além dos manuais de funcionamento dos programas, horários de atendimento das unidades, setores (sobretudo dos serviços de apoio ao diagnóstico) e profissionais principalmente médicos, psicólogos, fisioterapeutas dentre outros. Por outro lado os assistentes sociais, principalmente, nos centros de saúde são requisitados a trabalharem na realização de atividades em que esse profissional assessora, organiza e realiza cursos, seminários, debates, treinamentos, palestras, oficinas de trabalho, reuniões, visitas às lideranças e entidades comunitárias, etc.

A política pública de saúde vem a ser a ação que mais tem remitido profissionais de Serviço Social. O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) através da resolução 338/1999, reafirma o Assistente Social como profissional de saúde, pautado na resolução anteriormente citada, no novo conceito de saúde inaugurado pela Constituição Federal de 1988, na própria formação do Assistente Social e no seu compromisso ético político expresso no código de ética da profissão de 1993, que coloca como um dos principais fundamentos do Serviço Social o posicionamento em favor da equidade e justiça social que assegura universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática.

Neste sentido no âmbito municipal, o assistente social vem assumindo novas funções no setor, como participar do processo de gestão da saúde, atuar nos conselhos de saúde, na formulação, planejamento, monitoramento e avaliação da política distanciando das antigas funções rotineiras e burocratizadas, restritas à execução de ações subsidiárias ao saber médico. Mendes (1994) ressalta que o Serviço Social na saúde, conseguiu alguns avanços na sua prática profissional e apesar das contradições, o trabalho do Assistente Social têm crescido consideravelmente nos últimos anos, visto que eram cada vez mais evidentes as demandas que exigiam uma intervenção dos profissionais de Serviço Social nos serviços de saúde.

Apesar desse profissional realizar atividades de natureza educativa, de apoio pedagógico, de mobilização e participação popular, o predomínio das ações está voltado para a integração entre os diversos níveis de constituição do processo de cooperação e expansão dos subsistemas de saúde e nas divisões sócio - técnica e institucional do trabalho em saúde, isto é, o profissional se insere no processo de trabalho como agente de integração do elo orgânico entre os diversos níveis do SUS e entre este e outras políticas sociais (COSTA 2000).

A inserção dos Assistentes Sociais, nos serviços de saúde de certa forma, está destinada a produzir serviços voltados para a população. Assim de acordo com CFESS (2009), o trabalho deste profissional, qual seja estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS deve facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito.

Assim, o Assistente Social deve tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas, além de elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde. A assessoria aos movimentos sociais e conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando o aprofundamento dos direitos conquistados, também se inserem no trabalho desse profissional (CFESS, 2009).

Neste sentido o trabalho do Assistente Social, torna-se de extrema relevância na efetivação do Sistema Único de Saúde, na perspectiva da universalização dos direitos dos adolescentes, na formulação dos serviços públicos, como também em sua fiscalização, controle e participação dos indivíduos sociais no ensejo da emancipação enquanto sujeitos de direitos da política de saúde. O profissional de Serviço Social tem na questão social a base de sua fundamentação enquanto especialização do trabalho, pautando-se nos princípios de enfrentamento das expressões da questão social que repercutem diretamente nos diversos níveis de complexidade da saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações quais sejam, de ordem sócio-educativa, participação da comunidade no controle social, nos planejamentos, gestão, qualificação e formação profissional, dentre outros. (CFESS, 2009).

2.5 A CONTRIBUIÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA/ PROGRAMA DE PLANEJAMENTO FAMILIAR NO BRASIL

A origem do Programa Saúde da Família (PSF) no Brasil, conhecido hoje como "Estratégia de Saúde da Família", teve início, em 1994 como um dos programas propostos pelo governo federal aos municípios para implementar a atenção primária. A família passa a ser o objeto de atenção, no ambiente em que vive, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Este programa deve incluir ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes (MATTOS e SOARES, 2008).

De acordo com Fontenelli (2008) a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o nome dado atualmente a uma das mais produtivas ações brasileiras em saúde dos últimos anos. Em seus anos iniciais o então PSF foi implantado primeiramente nos municípios menos desenvolvidos, com alto índice de pobreza, sob a administração de Brasília, porém depois passou a ficar sob o comando dos municípios, com um papel cada vez mais importante no sistema de saúde, passando a ser aberto a todos os municípios do país.

Entende-se que por não se tratar mais apenas de um programa, a ESF amplia e permite o acesso da população à rede de saúde. Assim a ESF, implantada no município tem grande significado no debate em defesa de uma atenção integral a saúde, ultrapassando os limites das estruturas institucionais públicas (FONTENELLI, 2008).

Quanto à prática de ações de prevenção e promoção da saúde desenvolvida para os adolescentes as Estratégias de Saúde da Família prioriza a prevenção, promoção e recuperação da saúde contínua.

A equipe deve nesse sentido, ampliar o campo de atenção e cuidado podendo contemplar o adolescente na agenda do serviço de saúde, favorecendo o aumento da procura e conseqüentemente o aumento da oferta de serviços nas unidades básicas de saúde e respectivas áreas de abrangência (SIVA, 2010, p.26).

No âmbito da organização dos serviços de saúde, a Estratégia de Saúde da Família vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valorize as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas. Estes pressupostos, tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação do novo modelo e na superação do anterior, calcado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, e que induz ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado, encontra, em relação aos recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS), um outro desafio.

A luta principal hoje deve concentrar-se em buscar bloquear o avanço dos processos injustos, em que a defesa do SUS/PSF pode ser um instrumento importante de enfrentamento das políticas localizadas e de pouca resolutividade para os graves problemas sociais nacionais. Adotar como critério de implantação de um programa mais atenção às populações de “risco social”, na verdade não amplia o direito à assistência e não garante a universalização, ao contrário, tende a manter a sobrevivência, sem qualidade, sem cidadania (TEXEIRA, 2009, p.248).

Atualmente na proposta para a atenção primária à saúde, a Estratégia Saúde da Família emerge como alternativa no desenvolvimento de experiências inovadoras no trabalho

com famílias e comunidades em diversos municípios do país, constituindo assim uma estratégia de reorientação da atenção primária à saúde ou modelo de atenção como um todo.

Segundo Corrêa (2009), a eficiência da ESF vai além da inserção da mãe adolescente nas consultas pré-natais. É necessário propor a inserção efetiva das jovens mães como protagonistas desse processo, sendo atendidas como clientes do serviço de saúde que também apresenta necessidades em saúde biológica e psicoemocional.

A implantação da Estratégia Saúde da Família no Sistema Único de Saúde (SUS), com o apoio do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, criou a oportunidade de desenvolvimento de experiências inovadoras em muitos municípios do país, as quais apresentam efeitos positivos no seu trabalho como os acompanhamentos e controles de doenças crônicas, a implementação de medidas de prevenção, identificação de problemas sociais, entre outros. Porém a autora remete uma crítica ao preparo profissional do trabalho com famílias que possuem características, problemas e comportamentos diferenciados (MARSIGLIA, 2008).

Muito tem sido feito para a preparação das equipes de saúde da família, considerando-se que elas devem dominar outros conhecimentos, desenvolver novas habilidades e atitudes que facilitem a formação de vínculos dos profissionais com famílias que atendem. Mas pouco ainda se faz para prepará-los para as abordagens de família, como se isso fosse um talento inato de cada um ou das experiências pessoais, ou, ainda, que a questão não fosse objeto de conhecimento especializado. (MARSIGLIA, 2008, p.173)

Neste sentido, torna-se crucial considerar a enorme diversidade de contextos em que as ações de saúde familiar estão implantadas. Monnerat et al. (2007) afirma que a complexidade que envolve o processo de implementação da ESF, se associa as características

das novas responsabilidades no âmbito da saúde assumidas por cada município bem como pelas inúmeras composições familiares encontradas em cada unidade residencial.

O processo de intervenção do Serviço Social na Estratégia Saúde da Família torna-se imprescindível no sentido de assegurar o desenvolvimento de um processo educativo comprometido com o direito do usuário à saúde, com uma assistência de qualidade, resolutiva e igualitária (MOURÃO et al., 2007).

De acordo com Teixeira (2007), o Serviço Social deve ter um determinado conhecimento acadêmico para o trabalho com famílias, permitindo assim dar consistência aos projetos da ESF. O Ministério da Saúde ao refletir sobre o profissional de Serviço Social nos espaços de formação e debate sobre o saber/fazer no Programa Saúde da Família incentivou o desenvolvimento de Programas de Residência em Saúde da Família (PRSF) que permite a preparação para o trabalho com a saúde das famílias.

3. AQUIDABÃ: UM ENFOQUE SOBRE A REALIDADE LOCAL

O município de Aquidabã era parte integrante de Propriá/SE, e somente em 04 de abril de 1882 através da Lei nº 942 passou a Vila de Aquidabã/SE e foi efetivamente desmembrada e denominada Município. De acordo com dados obtidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, o município está situado no médio sertão sergipano, apresenta uma população de 19 185 habitantes distribuídos em 357 003 Km², tem como limites: ao norte os municípios de Canhoba e Itabi, ao Sul de Capela e Cumbe, ao leste de Malhada dos Bois, Cedro de São João e Muribeca e ao oeste de Graccho Cardoso.

De acordo com o último censo realizado em 2011 seu território conta com 44 (quarenta e quatro) povoados que são: Arrodeador, Arranhento, Caatinga, Cajueiro da Cruz Grande, Facão, Cajueiro dos Potes, Campo Redondo, Capim do Boi, Castanha, Corre Quatro, Cruz Grande, Curralinho, Derradeiro Campo, Genipapo, Jurema, Lages, Lagoa da Caatinga, Lagoa da Jurema, Lagoa do Capim, Lagoa do Campo, Lagoa do Mato, Lagoa da Várzia, Lagoinhas, Mucambo, Moita Redonda, Mulungu, Outeiro Alto, Oiteiros, Papel dos Dias, Papel de Santo Antônio, Papel de São José, Papel de Santa Luzia, Pau Ferro, Poço da Volta, Poço do Tigre, Saco de Areia, Segredo, Santa Terezinha, Tabocal, Tapuio, Taquara e Vaca Preta (IBEG, 2011).

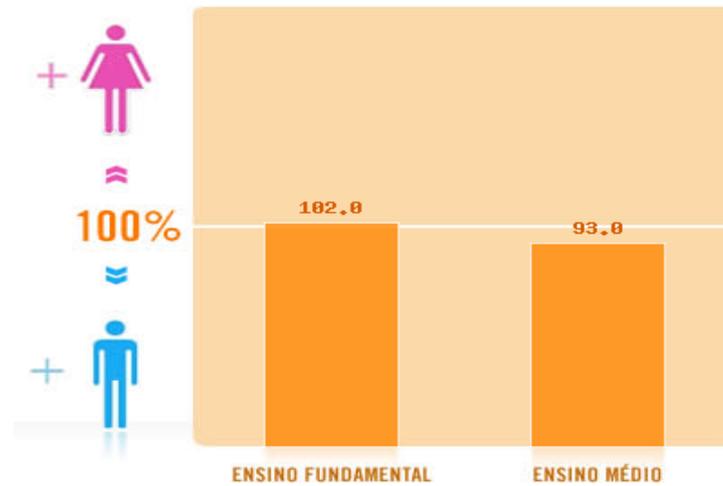
As receitas municipais vêm principalmente da pecuária de bovinos, suínos, ovinos e avicultura de galináceos. A produção agrícola é principalmente de mandioca, milho, abacaxi e feijão. Há uma progressão no comércio da região, enquanto que a indústria regional se mantém em declínio.

Em relação à economia no município, de acordo com o Portal de Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, entre 1991 a 2010, a proporção de pessoas com renda domiciliar per capita de até meio salário mínimo reduziu em 21,5%; para alcançar a meta de redução de 50%, deve ter, em 2015, no máximo 41,4%. Para estimar a proporção de pessoas que estão abaixo da linha da pobreza foi somada a renda de todas as pessoas do domicílio, e o total dividido pelo número de moradores, sendo considerado abaixo da linha da pobreza os que possuem rendimento per capita menor que 1/2 salário mínimo. A participação dos 20% mais pobres da população na renda passou de 3,9%, em 1991, para 3,0%, em 2000, aumentando ainda mais os níveis de desigualdade. Em 2000, a participação dos 20% mais ricos era de 59,4%, ou 20 vezes superior à dos 20% mais pobres (PORTAL ODM, 2010).

Sobre a educação, no município, em 2010, 6,9% das crianças de 7 a 14 anos não estavam cursando o ensino fundamental. A taxa de conclusão, entre jovens de 15 a 17 anos, era de 30,4%. De acordo com os dados obtidos pelo Censo Demográfico 2010, para que em futuro próximo não haja mais analfabetos, é preciso garantir que todos os jovens curse o ensino fundamental. O percentual de alfabetização de jovens e adolescentes entre 15 e 24 anos, em 2010, era de 91,9%. (IBGE - Censo Demográfico, 2010)

A razão entre meninas e meninos no ensino fundamental, em 2006, indicava que, para cada 100 meninas, havia 98 meninos. No ensino médio, esta razão passa de 93 para cada 100 meninos. A razão entre mulheres e homens alfabetizados na faixa etária de 15 a 24 anos era de 108,0% em 2010. Sempre que o percentual deste indicador for superior a 100%, significa que existe maior número de mulheres para cada 100 homens (PORTAL ODM, 2010).

Gráfico 01: Razão entre mulheres e homens alfabetizados na faixa etária de 15 a 24 anos

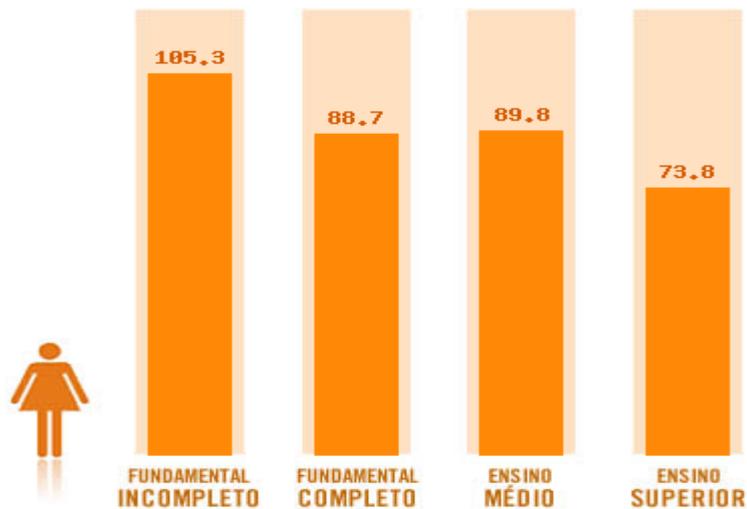


Fonte: Ministério da Educação – INEP

No campo social o município apresenta um panorama fragmentado em instituições como a Casa de Repouso Padre Júlio, as instituições municipais como a Secretaria de Assistência Social de pequeno porte, que disponibiliza apenas um Centro de Referência da Assistência Social – CRAS de pequeno porte, para até 2500 famílias referenciadas (NOB/SUAS, p. 153). Tem o Hospital e Maternidade Santa Cecília e o Conselho Tutelar.

Com relação à inserção no mercado de trabalho, havia maior representação das mulheres. A participação da mulher no mercado de trabalho formal era de 50,6% em 2010. O percentual do rendimento feminino em relação ao masculino era de 98,3% em 2010, independentemente da escolaridade. Entre os de nível superior o percentual passa para 73,8%.

Gráfico 02: Rendimento escolar feminino em relação ao masculino



Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego - RAIS 2010

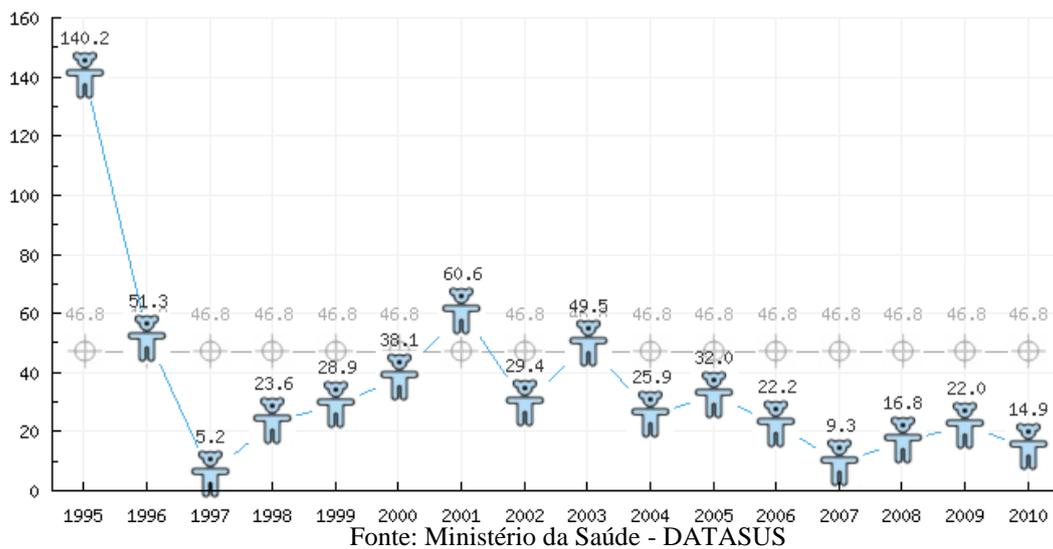
O número de óbitos de crianças menores de um ano no município, de 1995 a 2010, foi 135. A taxa de mortalidade de menores de um ano para o município, estimada a partir dos dados do Censo 2010, é de 3,5 a cada 1.000 crianças menores de um ano. Das crianças de até 1 ano de idade, em 2010, 9,0% não tinham registro de nascimento em cartório. Este percentual cai para 1,5% entre as crianças até 10anos.

Já a taxa de mortalidade materna, onde a máxima recomendada pela Organização Panamericana de Saúde - OPAS é de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivos, no Brasil, em 2008, esse número foi de 57,2; mas devido a subnotificações estaria próximo de 68,7 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, segundo a estimativa da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa. Óbito materno é aquele decorrente de complicações na gestação, geradas pelo aborto, parto ou puerpério (até 42 dias após o parto).

É importante destacar que cada município necessita ter seu Comitê de Mortalidade Materna, inclusive ajudando no preenchimento da declaração de óbito, para evitar as subnotificações e melhorar o entendimento das principais causas das mortes. O

Ministério da Saúde recomenda, no mínimo, seis consultas pré-natais durante a gravidez. Quanto maior o número de consultas pré-natais, maior a garantia de uma gestação e parto seguro, prevenindo, assim, a saúde da mãe e do bebê. A proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal, em 2010, (DATASUS, 2010), foi de 1,5%. As gestantes com 7 ou mais consultas foram 33,6%. Em 2010, no Município, 98,9% dos nascidos vivos tiveram seus partos assistidos por profissionais qualificados de saúde.

Gráfico 03: Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade a cada mil nascidos vivos - 1995-2010



Em relação ao percentual de crianças nascidas de mães adolescentes em 2009 com idades inferiores a 20 anos, os indicadores municipais expostos no Portal de Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, apontam uma situação preocupante, atingindo cerca de 22,0%. Na maioria dos casos as meninas passam a enfrentar problemas e a assumir responsabilidades para as quais não estão preparadas, com graves consequências para elas mesmas e para a sociedade.

3.1. POLÍTICAS PÚBLICAS IMPLANTADAS NA SAÚDE DO MUNICÍPIO DE AQUIDABÃ

Segundo a Assessoria da Unidade de Saúde do Município de Aquidabã as políticas públicas implantadas no município estão aplicadas e desenvolvidas em várias áreas de atuação, como na saúde, habitação, educação, previdência social ou em outros programas que vão surgindo ao longo da contemporaneidade, os quais visam desenvolver estratégias de ação para enfrentar as problemáticas sociais de terminado público-alvo.

Dentro das políticas públicas do município, surge a política de assistência a saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde, posteriormente em 1991 por intermédio do Ministério da Saúde, implanta-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, o que propulsionou a criação do Programa Saúde da Família – PSF em 1994.

Com o PACS a família vem a ser o foco para ações da saúde no Brasil. Atualmente o PACS é integrante do PSF, que foi criado como estratégia para reorganizar o modelo de atenção básica à saúde no país.

Também conta com um Conselho Tutelar criado em 31 de outubro de 2012. O conselho participa de projetos sociais em prol da comunidade, promovendo ações que viabilizem a resolução de diversas problemáticas do âmbito infanto-juvenil. Como se percebe, esta é uma instituição de grande importância para a comunidade, pois contribui de maneira direta com os anseios da população.

O Sistema Único de Saúde (SUS) participa diretamente das Políticas Públicas de Saúde através dos programas implantados no município. Em relação às Normas de Atenção à Saúde Integral do Adolescente, subsidiada pelos princípios e diretrizes do SUS, o município, através da secretaria de saúde desenvolve a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens. Essa política reflete uma nova linha de reflexão da atenção à saúde do adolescente, principalmente por evidenciar a integralidade da atenção em consonância com um dos princípios do SUS, o que pressupõe o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, e a organização de serviços para a execução dessas práticas de saúde, destacando a importância da promoção da saúde e a necessidade de estabelecer processos de trabalho intersetoriais e interdisciplinares.

Através dos princípios do SUS, essa política estabelece um novo modelo de atenção à saúde do adolescente do município. A execução da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens prevê a intersetorialidade e participação de Estados, municípios e Distrito Federal, para que de forma integrada possam implementar e articular ações, programas e projetos em consonância com os princípios do SUS, visando à assistência de qualidade para a adolescência e juventude, respeitando as suas especificidades.

Essa política integrada à política nacional de saúde, articulada a outros setores governamentais e não governamentais, propõe uma mudança estratégica na atenção ao adolescente, dentro de um enfoque de promoção da saúde e de protagonismo juvenil “Este modelo de atenção preconizado fundamenta-se na territorialidade, na intersetorialidade, na articulação de parcerias e na participação juvenil” (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 23). Está ancorado nas práticas preventivas de educação em saúde, reorientação e

reorganização dos serviços, no sentido de oferecer um olhar diferenciado para esse grupo populacional.

Em relação aos adolescentes no âmbito da saúde, o Estatuto da Criança e do Adolescente assegura a prioridade absoluta às ações e serviços que atendam às necessidades das crianças e adolescentes e contribuam para o seu desenvolvimento sadio e harmonioso. “É dever da família, da sociedade em geral e do Poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos à vida, à saúde”.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- a) primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
 - b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
 - c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.15).

A intersetorialidade defendida pela política de saúde do município de Aquidabã é prejudicada pela ausência de um planejamento articulado que consiga envolver todas as unidades da rede de atenção básica e parcerias importantes como a escola, acarretando uma duplicidade de ações. Além disso, as atividades desenvolvidas dentro dessas unidades, na maioria das vezes, limitam-se às palestras em salas de espera e à abordagem grupal para distribuição de preservativos, que não costumam atrair a atenção do público adolescente. A participação juvenil é restrita e não se efetiva nas instâncias de planejamento, execução e avaliação das ações de saúde e controle social do SUS.

De acordo com a Secretaria de Inclusão Social da Prefeitura de Aquidabã, os programas desenvolvidos no município atende famílias em situação de vulnerabilidade social e geralmente estão associados as questões socioeducativas com o objetivo de que essas famílias alcancem a autonomia e a melhoria da qualidade de vida.

Funciona no município os programas: Fortalecendo as famílias, Renda Cidadã, o Programa Saúde do adolescente, Programa de Atenção à Saúde de Adolescentes (PRO – ADOLESC), entre outros. É importante ressaltar que o plano de trabalho de todos os programas, especificam, o programa Fortalecendo as famílias, traz temas gerais para ações de grupo.

O Programa Fortalecendo as Famílias especifica: o planejamento familiar, a gravidez na Adolescência, cidadania e direitos humanos, higiene pessoal e do ambiente, uso indevido de drogas e convivência familiar.

Segundo Proença (2008), o trabalho realizado no Programa Fortalecendo as Famílias, prevê o acompanhamento e utilização dos subsídios financeiros utilizados no Programa Renda Cidadã, promovendo campanhas e eventos comunitários. A Secretaria de Assistência Social aponta como importantes indicadores deste programa a redução do número de adolescentes grávidas, a ampliação do número de adolescentes alfabetizados, aumento do número de jovens participantes em cursos de capacitação, entre outros.

O Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) foi implementado no município de Aquidabã com o objetivo de diminuir a morbidade e a mortalidade da juventude. O mesmo funciona nas unidades de saúde da sede. Diretamente com os adolescentes de faixa etária entre 10 a 19 anos, age também o Programa de Atenção à Saúde de Adolescentes (PRO – ADOLESC), que tem o propósito de determinar a atenção integral à saúde do jovem.

3.2 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O PLANEJAMENTO FAMILIAR NO MUNICÍPIO DE AQUIDABÃ

No ano de 2001, a Coordenação de Saúde do município de Aquidabã, idealizou a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF)⁵, com o objetivo de reorganizar a atenção básica, uma vez que os serviços prestados não satisfaziam aos anseios da população. Foi então elaborado um projeto para a implantação do programa pela Coordenação de Saúde, tendo entre os principais objetivos, identificar as gestantes no primeiro trimestre da gravidez, acompanhá-las durante todo o pré-natal, encaminhá-las ao parto e dar-lhes assistência no puerpério (FONTENELLI, 2008).

A assistência básica de saúde do município de Aquidabã conta com três equipes de saúde da família, sendo duas na zona rural e uma na zona urbana, a qual funciona na unidade de saúde da sede. Com a Estratégia Saúde da Família do município, bem como de todos os outros implantados no país, o Ministério da Saúde visou a integralidade dos serviços para a população com inclusão social do indivíduo, da família, comunidade, meio ambiente, interligando desta forma, o trabalho de uma equipe de profissionais, denominados, equipes de saúde da família. Estas são equipes multiprofissionais que acompanham um número de famílias em uma área geográfica determinada. As equipes atuam para a “promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e manutenção da saúde da comunidade” (Revista nº 13, 2006).

⁵ É importante destacar que o PSF foi implantado nos municípios do “Mapa da Fome” do Brasil, sob o comando quase direto de Brasília, mas depois passou a ficar sob o comando dos municípios, ocupando um papel cada vez mais importante no sistema de saúde, e passou a ser aberto a todos os municípios do Brasil como Estratégia de Saúde da Família (ESF) (FONTENELLI, 2008, p.01).

As equipes que trabalham com saúde da família em geral desenvolvem suas atividades visando à atenção básica da saúde, e ampliando iniciativas de participação social e protagonismo do usuário, construindo vínculos com o público alvo. O estabelecimento de vínculos entre os indivíduos envolvidos, usuários e profissionais proporcionam uma relação de contínua procura pelos serviços, isso implica em visualizá-los não somente como consumidores eventuais dos serviços e permite um contato humanizado, o que deve ocorrer “(...) na atenção primária para que haja o gerenciamento do cuidado conforme cada necessidade” (CARVALHO, 2008, p.77).

Mais especificamente a Estratégia Saúde da Família do município de Aquidabã é composta por uma equipe interdisciplinar que constrói um processo de trabalho a partir das relações otimizando as ações com o saber coletivo, buscando desenvolver estratégias para ampliar e viabilizar o acesso da sociedade na rede de saúde.

A interdisciplinaridade dos componentes desse trabalho promove uma ação de totalidade e de ampliação do espaço de ação no ESF que requer o conhecimento e compreensão de condicionantes e determinantes sociais, de entender conhecimentos e vivências apresentados na realidade social. Portanto, essas compreensões vêm requerer a diversidade da prática profissional. E como afirma Monnerat (2004, p.130), “é necessário que a equipe se diversifique, com a inserção de profissionais com formação teórico-metodológica que tragam estes conhecimentos”, pois uma equipe básica remete a uma simplificação.

Dentro deste contexto, identifica-se a área de atuação do assistente social dentro do ESF, como um profissional que deve fazer parte destas equipes interdisciplinares. Vale destacar que a Interdisciplinaridade, aqui traduzida como: reciprocidade, significa ouvir e

processar o que o outro diz, implica trabalhar com o pensar do outro e aprender a criar novas práticas (MONNERAT 2004. p.125)

Mesmo tendo muitos avanços, o programa e as equipes de saúde da família no município de Aquidabã ainda tem aspectos a serem analisados, como as tendências atuais das políticas sociais e a priorização do atendimento tendo a família como objeto de trabalho, esse enfoque tem como objetivo desinstitucionalizar os centros de internação levando os doentes para o seio de sua família e também diminuir custos. Ou seja, este profissional, assistente social, que também compreende a educação em saúde juntamente com outros profissionais pode colaborar para um projeto interdisciplinar que proporcione a abordagem educacional da saúde, aprimorando um diálogo entre o conhecimento popular e científico, além de promover o protagonismo dos usuários da saúde. “(...) o Serviço Social é uma profissão que tem a dimensão pedagógica como um traço constitutivo da sua intervenção na realidade” (VASCONCELOS, 2009. p.321).

A intervenção possibilitou um contato e explanação sobre a atuação do Serviço Social na área da saúde para 50 membros da equipe saúde da família de Aquidabã-se. Vale ressaltar que para a aplicação dos questionários, os quais tinham por objetivo traçar um perfil sobre o conhecimento do trabalho do Assistente Social junto ao ESF antes e após a intervenção, buscou-se uma amostra de três profissionais de diferentes áreas, sendo: médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e agente comunitário de saúde, totalizando dezoito profissionais.

Dentre os profissionais 90% deles aceitaram participar da pesquisa, respondendo os questionários. No primeiro questionário, perguntou-se aos profissionais se eles conheciam

o trabalho do assistente social na área da saúde, sendo que as respostas foram: 70,50% responderam que conhecem o trabalho do Assistente Social na área da saúde e 20,50% não conhecem. Isso demonstra que ainda há uma lacuna no entendimento que alguns profissionais tem em relação ao Serviço Social na área da saúde.

Ainda para contemplar esta questão, indagou-se os profissionais sobre quais as opiniões sobre a intervenção do Assistente Social junto ao ESF, uma vez que, o profissional Assistente Social encontra-se inserido no programa do Município de Aquidabã – se.

“Acho o trabalho de fundamental importância, pois a equipe de saúde consegue muitas vezes focar somente na gravidez e saúde sexual. Com o trabalho da assistente social a equipe consegue perceber a família de forma holística” (PROFISSIONAL 01).

“As visitas realizadas pela assistente social visam orientar as pessoas sobre condições de vida (habitação, higiene, relação familiar) e que podem melhorar as condições de saúde” (PROFISSIONAL 02).

Dentre as falas fica claro o entendimento e reconhecimento do trabalho do Assistente Social frente ao ESF de AQUIDABÃ/SE, entendendo que a intervenção do profissional vem a contribuir para além do trabalho preventivo e curativo, entendendo a partir da segunda fala, a necessidade de se trabalhando as relações sociais que permeiam foco do serviço de saúde.

Questionou-se se os profissionais percebiam necessária a inserção do Assistente Social no Programa Estratégia Saúde da Família. As respostas foram: “Todos os trabalhos quando desenvolvidos em equipe os resultados são melhores, saúde e assistência social devem andar juntas (PROFISSIONAL 03)”; “Sim, foi ideia da nossa equipe na última conferência”(PROFISSIONAL 04).

Frente à fala dos entrevistados, reporta-se a Cohn (2002) p.27, o qual fala que pensar em saúde é:

(...) como conciliar as profundas desigualdades sociais que marcam a sociedade brasileira com a democracia, num contexto de crescente invisibilidade social, da desvalorização das políticas sociais, (...), e exatamente quando se propõe a universalização desses direitos sociais.

E esse é o espaço de atuação do Serviço Social, agir na garantia de direitos, neste caso, a garantia de direitos referente a saúde, visando melhorar o atendimento e acesso da população usuária. Outro ponto que merece destaque é a segunda fala, a qual demonstra a importância das Conferências Municipais, espaços de discussão, avaliação e aprimoramento das políticas públicas juntamente com o Serviço Social.

As atividades apontadas como principais e prioritárias pelos assistentes sociais do município também mostram como se estrutura o cotidiano do trabalho profissional na Estratégia Saúde da família e expressam a forma de organização do Serviço Social. Mesmo colocando justificativas que criticam o encaminhamento do trabalho nesta direção, as duas assistentes sociais entrevistadas declararam concordar com sua atual rotina de trabalho, considerando ter uma grande responsabilidade no encaminhamento das famílias aos serviços prestados pela ESF do município.

Questionou-se ainda os profissionais se os mesmos possuíam dificuldades nos seus afazeres profissionais, onde 56,25% responderam que não há dificuldades, e 43,75% responderam que encontram dificuldades. A análise que foi realizada frente a estes dados é que no cotidiano profissional as demandas explícitas por vezes são camufladas, seja pelo não entendimento profissional ou pelo próprio usuário que encobre seus problemas.

(...) se já é difícil, numa realidade tão complexa, apreender, sinalizar e priorizar demandas explícitas as que são aparentes, a necessidade de se abstrair da aparência da realidade trabalhada, dificulta ainda mais a sinalização, apreensão e priorização das demandas implícitas, demandas ocultas, [...] (VASCONCELOS, 2002. p.179).

As demandas do trabalho na ESF podem estar implícitas em problemas internos relacionados ao usuário ou a família, como: de relacionamento, psicológico, desconhecimento dos direitos sociais. Sendo que frente a estas situações, como o assistente social possui um conhecimento técnico e metodológico para identificar o que permeia no contexto social familiar, pode contribuir para a resolução da problemática.

Como outro questionamento, solicitou-se que os profissionais apontassem as três demandas mais importantes que se relacionam ao Serviço Social na Estratégia Saúde da Família. Entre as citadas 57,1% destas relacionam-se a capacidade técnica de intervenção profissional do assistente social na prática educacional da população em relação a gravidez na adolescência e no tratamento de hipertensos e diabéticos, Em relação aos problemas enfrentados no trabalho com as famílias destacam-se:

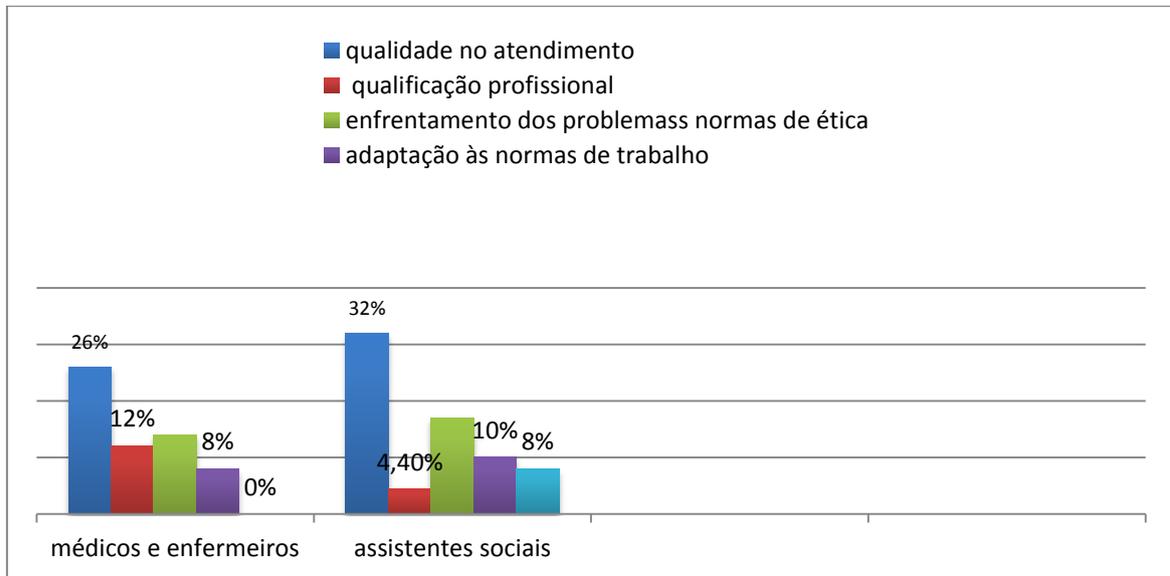
“Falta de informação da população sobre cuidados com a saúde. (PROFISSIONAL 01)”;

“Falta de comprometimento de hipertensos e diabéticos no tratamento de adolescentes grávidas e doenças sexualmente transmissíveis. (PROFISSIONAL 02)”;

Observa-se que muitas das críticas são realizadas no sentido de justificar a passividade no cotidiano da prática e a aceitação de determinadas condições de trabalho no âmbito da ESF. A seguir são sinalizadas as justificativas apresentadas pelos profissionais

quanto às suas indicações sobre o grau de importância das questões que permeiam a relação profissional na Estratégia Saúde da Família.

Gráfico 4: Relação Dos Profissionais Quanto Ao Trabalho Na ESF Do Município De Aquidabã



Fonte: Entrevista aos profissionais da ESF. Aquidabã/Se

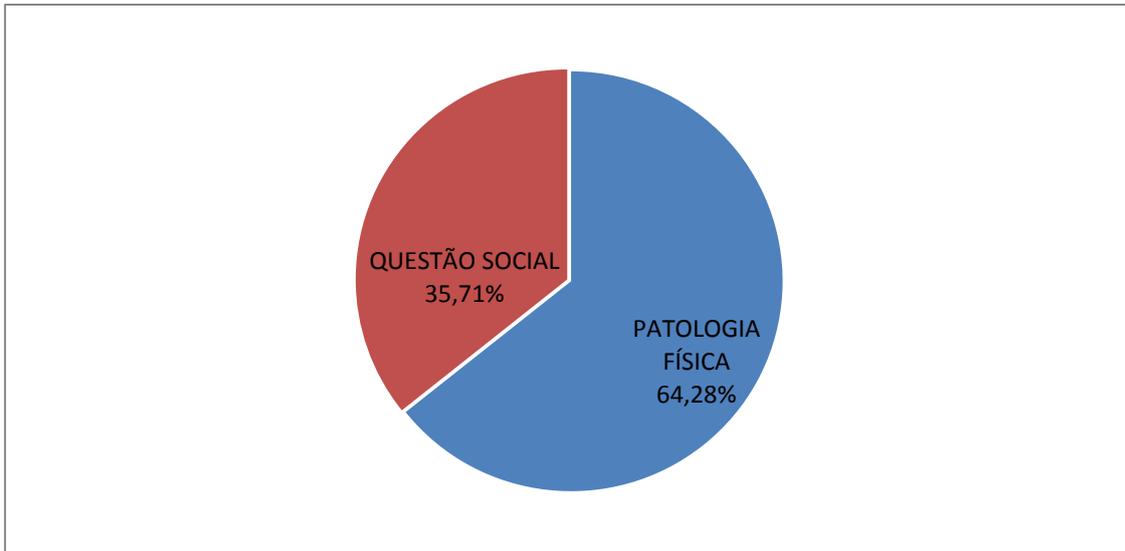
Ao analisar estas questões percebe-se que o trabalho na Estratégia Saúde da Família deve primeiramente atender a questão social e o interesse social, sendo um dos espaços mais ricos de atuação do assistente social na saúde. “A educação social não se efetiva a não ser relacionada à educação pessoal”. (VASCONCELOS, 2002, p.430).

Porém, a educação em saúde se faz importante para o desenvolvimento saudável, envolvendo mais que aspectos físicos, mas também deve compreender a saúde política, econômica, cultural, para que então se encontre a saúde social, que pode então amenizar estas demandas citadas pelos profissionais, e aperfeiçoar os serviços.

Ainda referente às demandas profissionais, questionou-se os profissionais sobre as demandas mais frequentes no cotidiano do ESF, em que os usuários apresentam para os

profissionais. Dentre vinte e oito respostas, 64,28% correspondem a patologias físicas e 35,71% a questão social.

Gráfico 5: Demandas mais frequentes no cotidiano do ESF



Fonte: Relatório de Gestão da ESF. Aquidabã/Se

Analisando essas diferenças de percentuais remete-se a uma análise sobre essas demandas que vão além de diferenciar patologias físicas ou sociais, aliás, estão interligadas intimamente, pois se faltam aos cidadãos o trabalho, educação, saneamento básico, habitação, alimentação adequada, etc., falta-lhes a saúde, não ocorre o desenvolvimento necessário para que estes cidadãos se mobilizem ou articulem-se coletivamente para reivindicar o que lhes falta é perceber que tem poder através do conhecimento.

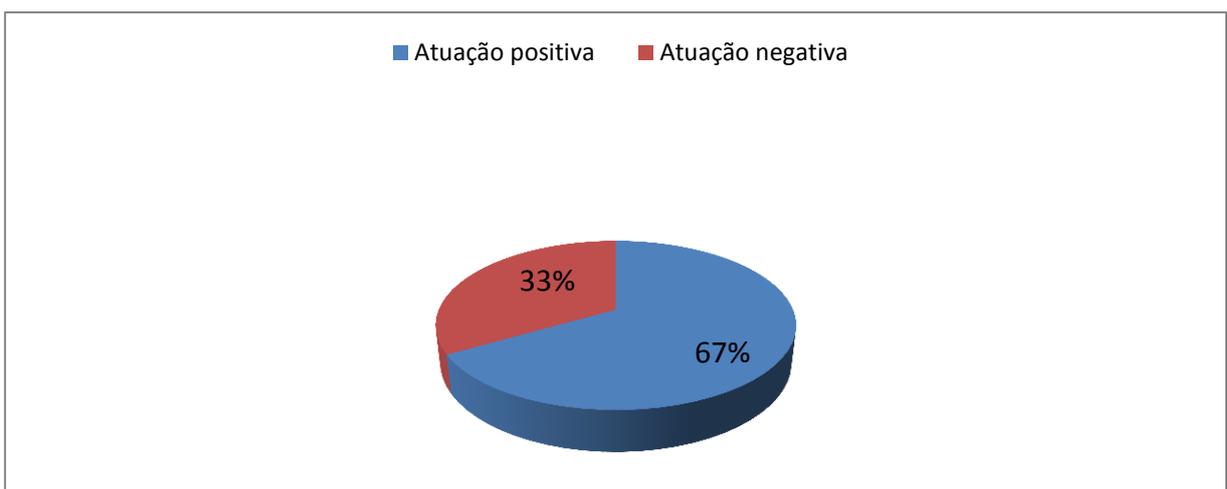
Após a segunda e terceira abordagem com os profissionais em reunião, quando apresentou-se o significado da profissão, das demandas que os profissionais podem estar apresentando para o Assistente Social conforme sua capacidade técnica, e da socialização de informações com folder, aplicou-se o segundo questionário, com o intuito de perceber em

suas respostas, as novas descobertas frente a profissão de Serviço Social, visto que esta foi a primeira vez que tiveram informação sobre o assunto.

Para a elaboração deste segundo questionário observou-se as respostas do questionário anterior, ou seja, dos 39,5% que não conhecem o trabalho do Assistente Social, 100% deles no segundo questionário responderam positivamente sobre a necessidade de uma socialização e ou divulgação de informações sobre o que é a profissão de Serviço Social na área da saúde.

Dentre os profissionais que já conheciam o trabalho do Assistente Social questionou-se sobre as percepções das competências e atuação do assistente social na dinâmica diária do ESF. Dos respondentes, 66,66% disseram que identificaram a atuação do Serviço Social na rotina diária do ESF, já 33,33% responderam que não.

Gráfico 6: Percepção dos profissionais da ESF em relação a atuação do Assistente Social na saúde



Fonte: Entrevista aos profissionais da ESF. Aquidabã/Se

Neste momento torna-se importante ressaltar a necessidade de esclarecimentos sobre as mais variadas área de atuação, uma vez que, em muitos momentos os profissionais não são reconhecidos por desconhecimento de suas funções e ou atuações. Sendo que após o conhecimento sobre suas atribuições em muitos momentos os profissionais são requisitados.

Frente ao conhecimento sobre as competências do Assistente Social, questionou-se os profissionais em quais situações o Assistente Social pode estar atuando no atendimento das famílias, enquanto integrante da equipe ESF.

“Na escola, com criança e adolescentes e familiares excluídas pela própria comunidade como grávidas, doentes mentais entre outros” (PROFISSIONAL 03)

“O Assistente Social tem papel importante nos problemas familiares dos pacientes onde esses problemas fogem do alcance das equipes de saúde” (PROFISSIONAL 02)

“Levantamento socioeconômicos, orientações, encaminhamentos, desenvolvendo projetos para o bem da coletividade” (PROFISSIONAL 03).

Frente a fala dos profissionais, fica claro o entendimento sobre a atuação do assistente social no ESF, o qual tem o papel de trabalhar com as demandas sociais, envolvendo a família no seu contexto sócio-histórico, atrelando estes a educação em saúde. Frente a atuação do Assistente Social questionou-se os profissionais sobre quais as contribuições que o mesmo pode trazer para o ESF.

“Junto com a equipe ESF, nas famílias carentes e atendendo as necessidades particulares de cada um” (PROFISSIONAL 03).

“Somar junto as equipes ESF com o intuito de melhor atender todas as famílias” .
(PROFISSIONAL 04).

“Contribuem para melhorar o quadro multiprofissional e conseqüentemente a qualidade do atendimento ao paciente.” (PROFISSIONAL 01)

Observando os princípios e diretrizes do SUS, da “universalidade, equidade, integralidade, descentralização, controle social, hierarquização dos serviços” (Lei 8.080/90 e 8.142/90), percebe-se a necessidade de inclusão de profissionais com diferentes conhecimentos, por trabalharem e ou executarem os serviços, os respondentes colocam tais considerações, ou seja, pela complexidade que é fazer cumprir tais diretrizes na atenção à saúde da população.

É como bem coloca Vasconcelos ao analisar a Resolução número 218/97 que reconhece algumas profissões da área da saúde:

(...) para tanto, pautou-se na preocupação com a integralidade da atenção e a participação social; na importância da ação interdisciplinar, no âmbito das diferentes profissões de nível superior para o avanço no que tange à concepção de saúde (VASCONCELOS, 2009. p.313).

A ESF é uma ação que o Ministério da Saúde cria para reorganizar o SUS e dar ênfase a suas diretrizes, para tanto os técnicos são a peça chave para que isso ocorra. Neste viés ainda o Serviço Social contribuiu historicamente, segundo Vasconcelos (2009), na área

da saúde, entendendo a saúde como condições determinadas pelas condições de vida, tornando-se necessário uma formação cidadã com a participação de controle social.

Historicamente a área da saúde tem absorvido grande número de assistentes sociais, principalmente na saúde pública, porém em nível primário da atenção a saúde ainda é um desafio a inserção na Estratégia da Saúde da Família. A partir da intervenção conclui-se que a inclusão de profissionais como o assistente social, além da equipe mínima enriquece e amplia o fazer de todos, fortalece o conceito ampliado de saúde, potencializa a integralidade e a organização do serviço.

O ESF é um novo espaço de trabalho e de inserção para o assistente social, e o próprio profissional precisa fazer uma análise de que não trabalha isolado, de que deve exercer suas ações de educação a saúde e promoção dos usuários dentro de uma equipe multiprofissional, articulando ações e serviços com outros setores.

Diante da análise sobre a ESF e planejamento familiar no município percebe-se que a inserção do Serviço Social não deve ser vista como redentora das causas sociais, mas de forma que o Assistente Social pode contribuir para a compreensão da saúde como um fenômeno coletivo, isso pela promoção da saúde, compreendendo o processo dos efeitos dos problemas de saúde de várias pessoas e não isoladamente.

Nos Programas de Planejamento Familiar são realizadas reuniões com as mulheres e, algumas vezes, reuniões ou entrevistas com os casais. Os depoimentos abaixo revelam alguns aspectos deste programa:

“na demanda por planejamento familiar os usuários os chegam ao programa depois de passar pelo Serviço Social, quando eles têm condições de avaliar e discutir os métodos, analisar as vantagens e as desvantagens para que a partir daí se ter condições de escolher o método de atendimento” (PROFISSIONAL 03)

“primeiro a gente apresenta o programa, depois inscreve as famílias. Em seguida são realizadas reuniões com as famílias cadastradas com Psicóloga e Assistente Social. Também é feito o agendamento para a consulta médica, além de esclarecer qualquer dúvida que o usuário tenha sobre os benefícios do programa” (PROFISSIONAL 04).

Nos programas de Planejamento Familiar do município de Aquidabã, a triagem é feita pelo assistente social, através de entrevistas ou reunião, mobilizando as mulheres para participar de discussões sobre o funcionamento do corpo e dos métodos anticoncepcionais a serem escolhidos pelas mulheres. É importante destacar que estas ações contribuem mais para suprir as ausências de conhecimento elementar por parte do serviço para obter o controle da gravidez daquelas mulheres do que para concretizar um suporte a elas para lidar com seu corpo a partir das suas necessidades, dos valores e interesses pessoais.

Atualmente o planejamento, a organização do trabalho e registro das informações é feito uma vez por mês. O ultimo relatório foi feito em outubro de 2012. Em relação às gestantes atendidas neste período foram registradas 80 jovens entre 12 e 19 anos. De acordo com as assistentes sociais entrevistadas, a coleta de dados para o programa foi feita através de um roteiro de entrevistas. “A gente faz perguntas, inscreve e orienta sobre o programa” (PROFISSIONAL 04).

Percebe-se diante de todos os fatos relatados, a importância da qualidade, do investimento e capacitação dos profissionais das unidades de saúde para planejar e realizar as ações de saúde, o que resultaria na qualificação dos serviços das unidades. Neste sentido, um espaço de produção de conhecimento, de reflexão à cerca dos caminhos que devem ser

percorridos para um bom atendimento da população, faz-se necessário, sobretudo em relação às adolescentes grávidas, vulneráveis a tantos problemas sociais, biológicos e emocionais.

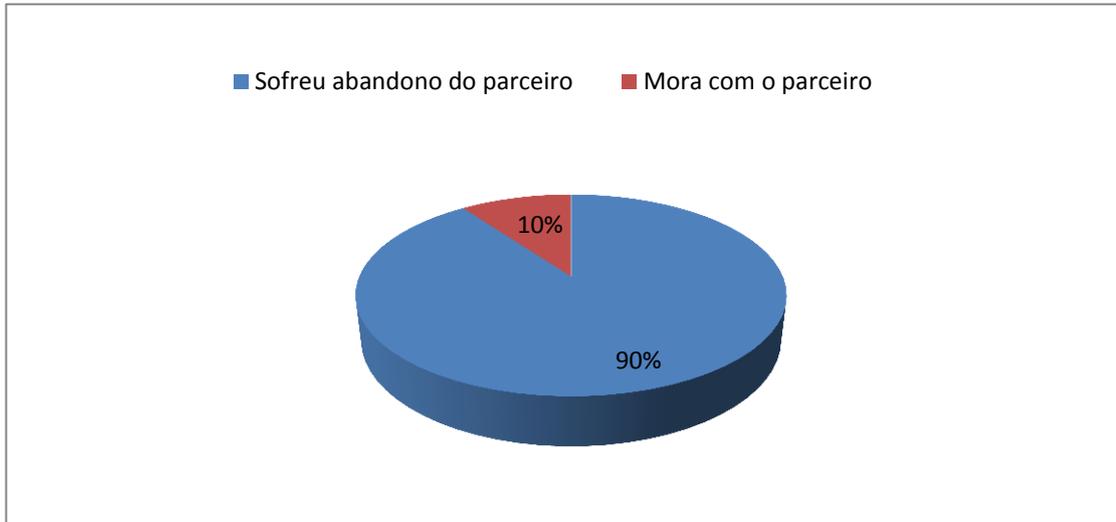
4.3. PERFIL DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS

Para a análise do perfil das adolescentes grávidas foi selecionado um universo de adolescentes de 15 a 19 anos de idade e que estão gestantes no momento. Evidenciou-se nos estudos a correlação existente entre a ocorrência da gravidez, a menor renda familiar, situação em relação aos parceiros, separação dos pais, menos informações sobre gravidez e contracepção e menor escolaridade.

A pesquisa mostra que a maioria das mães adolescentes são de famílias com pais separados. “Meu sonho era ter uma família de verdade”, é uma declaração de uma das jovens que mora com a avó, não conhece o pai e não mora com a mãe. Portanto, fica evidente que uma família com problemas é uma das causas da gravidez precoce. S. R., grávida aos 17 pela segunda vez, lembra que ainda sentia um vazio emocional criado pela falta do pai, embora sua mãe sem cônjuge trabalhasse muito a fim de prover o sustento para a família.

Questionadas sobre a situação conjugal atualmente, a maioria das adolescentes responderam que estão solteiras. 90% das entrevistadas relataram ter sido abandonada pelos seus parceiros após a descoberta de gravidez. Das 15 adolescentes entrevistadas, 10 tiveram filho entre 12 e 15 anos de idade, e 5 a partir dos 16 anos.

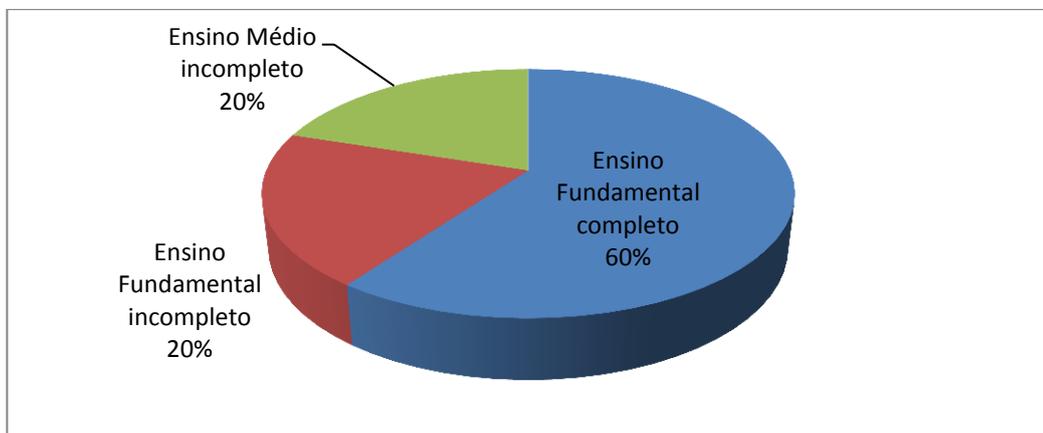
Gráfico 07: situação Conjugal em relação ao pai da criança



FONTE: Pesquisa junto às adolescentes grávidas no Município de Aquidabã/SE

Em relação à escolaridade das adolescentes, a pesquisa realizada mostrou que 60% tem pelo menos o ensino fundamental completo.

Gráfico 08: Grau de Escolaridade das Adolescentes Grávidas



FONTE: Pesquisa junto às adolescentes grávidas no Município de Aquidabã/SE

Como se percebe nenhuma das adolescentes está enquadrada no contexto de analfabetismo do município. Todas já frequentaram a escola antes de engravidar, porém todas elas pararam de estudar ao descobrir que estavam grávidas. Os dados referentes à escolaridade revelam também que a maioria das adolescentes cursa ou cursou o ensino fundamental e algumas apenas cursaram o ensino médio. Uma constatação importante é que, das garotas que

responderam não estar frequentando a escola, somente uma declarou ter concluído o ensino médio e por isso não estava mais estudando, ao passo que as demais interromperam os estudos, mas demonstram a intenção de retornar à escola.

Uma das adolescentes declarou sentir vergonha em relação ao estado de gravidez perante a escola e os colegas. Uma das adolescentes declarou haver abandonado os estudos por esse motivo; já outra, que continuou estudando, voltou à escola por exigência da mãe, pois sua vontade era mesmo de abandoná-la nesse primeiro momento.

Tais indicações levam a questionar as relações existentes entre gravidez e abandono da escola, por parte das garotas. Essa relação é desconstruída por estudiosos como Catharino e Giffin (2002) e Abramovay, (2004), que alertam sobre a importância do conhecimento das condições de vida dessa população, já que muitas vezes o abandono antecede a gravidez, ou mesmo é fruto de uma vida escolar marcada por insucessos. De qualquer modo, Abramovay (2004) adverte que não existem pesquisas de amplo alcance que permitam generalizações a respeito do assunto.

Quanto às condições de moradia observou-se que 75% das adolescentes residem com seus familiares e 25% moram com seus parceiros. Quanto à renda familiar, 40% das adolescentes não souberam informar, 10% informaram uma renda de até um salário mínimo e 50% informou conviver com uma renda familiar menor que um salário mínimo.

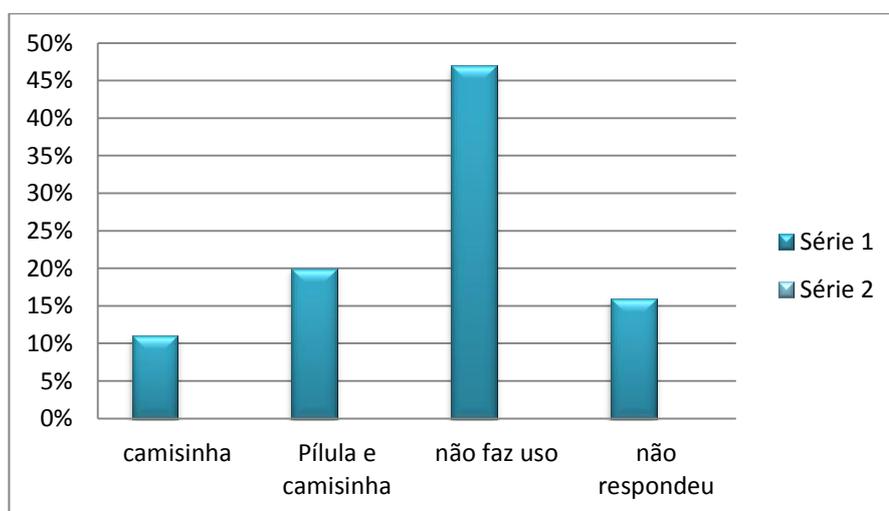
De acordo com Caldeira et. al (2007), é nas classes menos favorecidas que a gravidez na adolescência é altamente significativa. Considerando a gravidez como um fenômeno social, entende-se que a adolescente traz consigo as marcas negativas dos grupos

que lhe são particulares. Neste sentido é importante observar o grupo social e o lugar onde esta adolescente mora, para facilitar o entendimento de como a gravidez e maternidade são vivenciadas por essas adolescentes.

Sobre o perigo de engravidar e a importância de utilizar os métodos anticoncepcionais, houveram alguns relatos que demonstram pensamentos “mágicos” com relação à contracepção: “achava que tomar anticoncepcional me transformaria; se me transforma, denuncia minha vida sexual, relatou uma das adolescentes de 16 anos que já tem dois filhos.

Percebe-se que quanto mais cedo se iniciam as atividades sexuais, menos preparo tem as adolescentes quanto à prevenção da gravidez. Relatando sobre os principais métodos contraceptivos conhecidos e utilizados pelas adolescentes entrevistadas observou-se o seguinte:

Gráfico 09: Métodos Contraceptivos Conhecidos E Utilizados Pelas Adolescentes Grávidas



FONTE: Pesquisa junto às adolescentes grávidas no Município de Aquidabã/SE

É acentuado o número de adolescentes que não faz uso de nenhum tipo de método contraceptivo. Fica claro que a divulgação de tais métodos, sobretudo da camisinha, não surtem tanto efeito no contexto sexual dessas adolescentes.

Na maioria delas a primeira gestação não foi planejada, quanto menos a segunda ou mais gestações, apresentando nesta faixa etária altos índices de aborto. Aliada a grande oportunidade para manter relações sexuais, devido ao estilo de vida moderno e aos estímulos ambientais, cada vez maiores.

Procurando conhecer algumas outras características da população de adolescentes grávidas como: atividades sexuais, tipo de parto, número de gestações e realização de pré-natal, foram coletados os dados abaixo:

TABELA 3: Dados relevantes sobre as características da população de adolescentes grávidas

Porcentagem de grávidas entre 15 e 17 anos	84%
(primeira gestação)	75%
Frequentaram o pré-natal	95%
Tiveram parto normal	68%
Menarca entre os 11 e 13 anos	52%
Não utilizavam nenhum método contraceptivo	56%
Usavam camisinha às vezes	28%
Utilizavam a pílula	16%
A primeira relação sexual ocorreu:	
até os 13 anos	10%
entre 14 e 16 anos	27%
entre 17 e 18 anos	18%
entre 19 e 25 anos	17%
depois dos 25 anos	2%

Fonte: Assessoria da Unidade de Saúde do Município de Aquidabã.

Percebe-se que as características destas adolescentes têm efeitos que levam ao risco e a ocorrência da gravidez. A iniciação sexual é cada vez mais precoce e o uso da camisinha tem menor frequência do que a não utilização. As pesquisas indicam que os motivos que levaram as adolescentes à gravidez estão relacionados ao desejo de ser mãe, a não utilização de práticas preventivas por desconhecimento ou uso indevido, apresentação de um pensamento fantasioso, inerente ao desenvolvimento psicológico desta fase, achando que não irão engravidar com facilidade. As variáveis que contribuem para a gravidez na adolescência parecem variar de indivíduo para indivíduo e/ou situação para situação.

Brêtas (2008) pontua alguns motivos que levam à ocorrência de gravidez precoce:

- Vivem uma vida sexual não autorizada, as dificuldades a cercam, desde à falta de acesso aos métodos;
- Medo da família descobrir;
- Vergonha de ir ao ginecologista;
- Falta de informação a respeito do próprio ciclo reprodutivo;
- Falta de diálogo com a família;
- Os pais acham que isso nunca vai acontecer com suas filhas, neste caso, não as informam dos riscos;
- Ausência de laços afetivos com a família, que faz com que a adolescente procure apoio no namorado.

O motivo que leva uma jovem a engravidar não é, necessariamente, o mesmo que de uma outra adolescente, como também à motivação para a gravidez. Dessa maneira, remete-se ao conceito de motivação a fim de melhor compreender as variáveis individuais e comportamentais que levam uma jovem a engravidar na adolescência. A motivação tem sido considerada como fator determinante do comportamento humano, mas explicações tradicionais sobre o assunto enfatizam o papel dos processos internos.

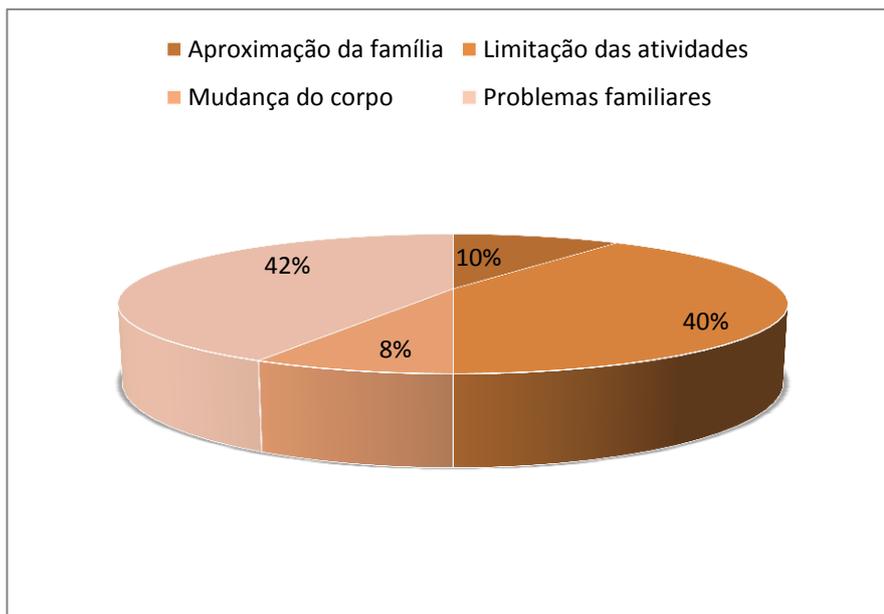
Com relação à gravidez na adolescência, é interessante avaliar quais são as operações estabelecidas da adolescente para engravidar; é importante o conhecimento dos motivos para a ocorrência de uma gravidez na adolescência, ou seja, sob que tipo de privação ou saciação estas jovens estão submetidas que as levam em alguns casos a optar ou mesmo decidir pela gravidez, realmente a desejando e planejando; e em outros casos, isso ocorrer em função da própria alienação e falta de conhecimento da responsabilidade que envolve uma gravidez seja em qualquer idade.

3.4. IMPACTO DA OCORRÊNCIA DA GRAVIDEZ

Uma vez constatada a gravidez, se a família da adolescente for capaz de acolher o novo fato com harmonia, respeito e colaboração, esta gravidez tem maior probabilidade de ser levada a termo normalmente e sem grandes transtornos. Porém, havendo rejeição, conflitos traumáticos de relacionamento, punições atroz e incompreensão, a adolescente poderá sentir-se profundamente só nesta experiência difícil e desconhecida, poderá correr o risco de procurar abortar, sair de casa, submeter-se a toda sorte de atitudes que, acredita, resolverão seu problema (MATINS & XAVIER, 2011).

A gravidez precoce gera muitas transformações tanto para o físico quanto para o psicológico das adolescentes. Durante as entrevistas foram relatados algumas mudanças acarretadas pela gravidez nesse período de adolescência.

Gráfico 10: Mudanças acarretadas pela gravidez na adolescência



FONTE: Pesquisa junto às adolescentes grávidas no Município de Aquidabã/SE

A adolescente grávida, principalmente a solteira e não planejada, precisa encarar sua gravidez a partir do valor da vida que nela habita, precisa sentir segurança e apoio necessários para seu conforto afetivo, precisa dispor bastante de um diálogo esclarecedor e, finalmente, da presença constante de amor e solidariedade que a ajude nos altos e baixos emocionais, comuns na gravidez, até o nascimento de seu bebê .

Para se ter ideia das intercorrências emocionais na gravidez de adolescentes, do total de adolescentes grávidas estudadas foram encontrados: casos de Ansiedade em 21% delas, assim como 23% de Depressão. Ansiedade junto com Depressão esteve presente em 10%.

Importantíssima foi a incidência observada para a ocorrência de ideação de aborto: 16% dos casos. Também acentuam-se os casos de depressão, ansiedade e ideação suicida entre os diversos trimestres da gravidez.

Outra repercussão importante da gravidez precoce tem a ver com a escola. O debate sobre se a gravidez na adolescência provoca ou não evasão escolar é um tanto quanto repetitivo, entretanto, questiona-se a baixa escolaridade e evasão seriam causa ou efeito deste fenómeno.

Sobre relação gravidez precoce e a evasão escolar aponta-se que a incidência de gestações foi decrescendo e a incidência da evasão manteve-se.

Diante de tudo o que foi exposto, estes números sugerem muitos desafios para as políticas públicas de um modo geral, assim como aquelas estreitamente relacionadas ao adolescente, como saúde, educação e assistência social, delineadas na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente.

Os profissionais das diversas áreas permitem sugerir algumas medidas importantes para, pelo menos, diminuir este problema social da juventude, especialmente daquelas meninas que acidental e/ou conscientemente engravidaram.

A gravidez precoce precisa ser tratada com discernimento. Especialmente para a família cristã é realmente muito difícil enfrentar essa situação. Sabendo que muitos pais se esforçam para cumprirem os seus papéis como pais cristãos, alguns filhos fogem do controle e acabam ‘escorregando na casca da banana’. É preciso aceitar a realidade; o problema precisa ser encarado diferente. Não se pode ignorar nem cair no desespero diante do fato.

Os primeiros riscos referem-se a mãe adolescente. Existem relatos de que complicações obstétricas ocorrem em maior proporção nas adolescentes, principalmente nas de faixa etária mais baixa. Há constatações que vão desde anemia, ganho de peso insuficiente, hipertensão, infecção urinária, DST, desproporção céfalo-pélvica, até complicações puerperais (Rubio et al, 1981; Sismondi, et al, 1984; Black & Deblasse, 1985; Stevens-Simon & White, 1991; Zhang & Chan, 1991). Porém, deve-se ter o cuidado de lembrar que esses achados se relacionam também com os cuidados pré-natais e desde que haja adequado acompanhamento pré-natal, não há maior risco de complicações obstétricas quando se compararam mulheres adultas e adolescentes de mesmo nível socioeconômico (Felice et al, 1981; McAnarney & Thiede, 1981).

Existem riscos, tanto físicos, imediatos, quanto psicossociais, que se manifestam a longo prazo, nos filhos de adolescentes. Devido a dificuldade em adaptar-se á sua nova condição a mãe adolescente pode vir a abandonar o filho, dando-o a adoção, e quando o recém-nascido não é abandonado, está mais sujeito, em relação a população geral, a maus tratos.

3.5 APOIO FAMILIAR E CARACTERÍSTICAS FAMILIARES

No decorrer do trabalho de campo, também foram incluídos familiares de gestantes que relataram sobre a experiência de ter uma adolescente grávida no seio familiar. A abordagem iniciou-se pela busca das representações desses sujeitos sobre a constatação do fato de se ter uma adolescente grávida.

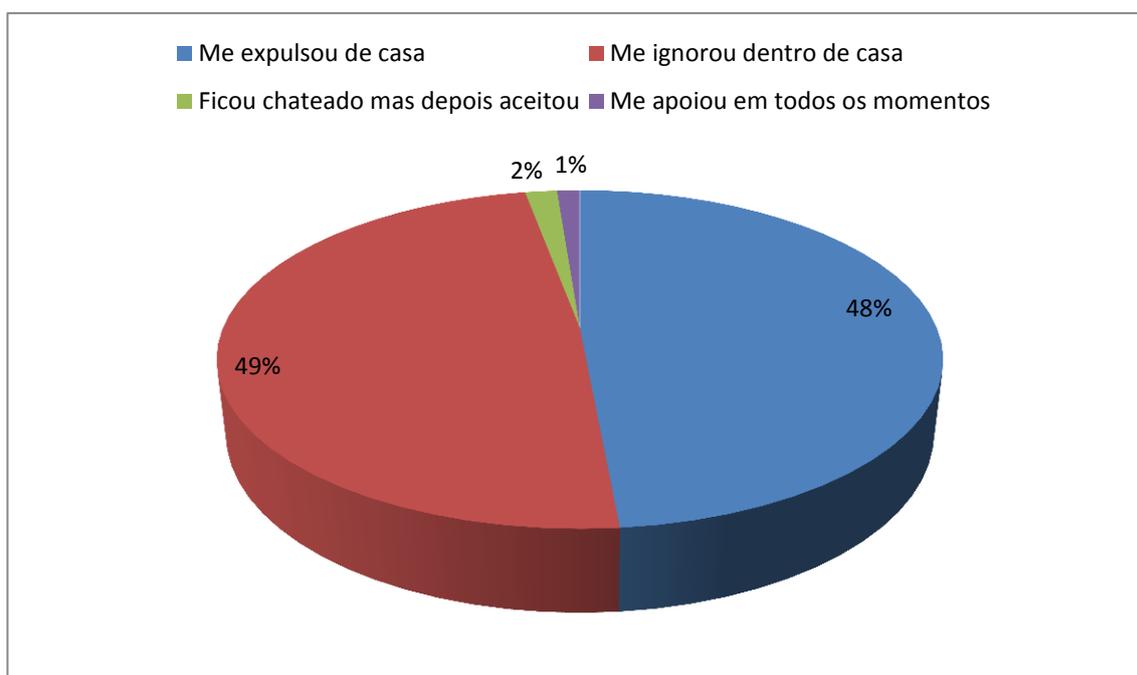
Em relação ao sentimento da família no momento da descoberta da gravidez, a análise dos discursos deste estudo permitiu que se identificasse que a notícia sobre a gestação da adolescente solteira, em um primeiro momento, representou um "choque" para seus familiares, por se tratar de um acontecimento inesperado. Segue relato de duas mães de adolescentes grávidas:

“Ela contou primeiro para as vizinhas, não queria contar, mas aí quando a gente ficou sabendo, a gente ficou muito nervoso. Na hora, a gente levou aquele choque, né? Foi inesperado e aí, a gente ficou um pouco abalado. Ela estava namorando esse rapaz e aí, de repente, logo em seguida, ela engravidou (M 1)”

“Falava para ela "olha, cuidado, um filho não é brincadeira". Aconselhava, explicava, ensinava... Ela viu o que já passei com essas crianças dentro de casa. Também, tive filho cedo. Eduquei e ensinei; fiz minha parte. Então, acho que aconteceu mesmo por um descuido dela... Elas não ouvem o que a mãe fala, né? (M 2)“

As mães entrevistadas relataram ter havido o crescimento pessoal das adolescentes uma vez que elas se tornaram mais responsáveis com o acontecimento da gravidez. As novas responsabilidades e o amadurecimento pessoal são fatores que podem estimular, inclusive, o cuidado ao recém-nascido. Em muitas famílias, o cuidado das jovens com os bebês é percebido como atencioso, zeloso, dedicado e supridor das necessidades básicas da criança.

Torna-se necessário destacar que a maioria dos familiares demonstrou não sentir-se responsável pela gravidez das adolescentes, desejando, inclusive, que elas fossem morar com o namorado como consequência do ocorrido. 90% das adolescentes entrevistadas relataram que a reação dos pais foi explosiva ao saber da gravidez, excepcionalmente do pai que em alguns casos até expulsou de casa suas filhas grávidas.

Gráfico 11: Reação do pai ao saber da gravidez da filha

Fonte: Questionário destinado às adolescentes grávidas no Município de Aquidabã/SE

Os pais, muitas vezes constrangidos com o fato acabam não tendo uma reação positiva nesta situação. Como se percebe no gráfico acima, 48% dos pais mandaram a filha ir embora de casa e apenas 1%, o que se refere a um pai de uma única adolescente, apoiou a filha em todos os momentos. Alguns relatos dessas meninas fazem perceber a ignorância e intolerância de muitos pais perante este fato.

“Meu pai mandou eu fazer o que quisesse. Que eu fosse embora de casa, porque eu era uma vergonha pra família.”(A. F., Adolescente de 16 anos)

“Ele não quer saber de mim, me ignora. Ele sempre foi assim.” (D. Q., adolescente de 17 anos).

“Ele não está nem ai pra mim. Fica mandando eu me virar pra cuidar, nem quer saber de mim”. (A. A., adolescente de 15 anos).

“Ele me expulsou de casa, que não queria filha grávida dentro de casa. Não queria sustentar filho dos outros.” (R. S., adolescente de 15 anos).

“Ele não aceita minha gravidez, mandou eu ir morar com ele (o pai da criança)”.(J. R., adolescente de 17 anos).

“Não falou nada. Ficou mudo. Ele não conversa comigo.”(C. S., adolescente de 16 anos).

“Eu nem conheço meu pai.” (F.S. adolescente de 13 anos)

De acordo com Melo (1993), quando a família não apoia e recebe a adolescente, esta passa a enfrentar diversos problemas em sua nova fase de mãe. O mesmo ressalta que para a jovem grávida, a confirmação da gravidez, o enfrentamento do fato em si, a avaliação interior psico-emocional de aceitar ou não a gestação, revelar à família sua condição de gestante é, em sua totalidade, um processo solitário e muito difícil para esta jovem.

Ainda sobre as famílias é importante considerar as características existentes entre elas. Algumas são famílias rígidas, outras são famílias omissas e outras são acolhedoras. Panicali (2006) reflete que a análise sobre essas versões familiares e, como elas interagem na questão da gravidez de suas adolescentes pode ser importante. Santos & Silva (2001), descrevem que, neste contexto, as adolescentes, diante do fato da gravidez, procuram ajuda,

sem críticas ou julgamentos, sendo esta, a forma, adequada para facilitar a compreensão de seu problema, e como procurar alternativas viáveis para solucioná-lo. Tal ajuda, é, em muitos casos, feita pela família, propriamente pelos pais, que por sua vez, vivem um momento transformador pois necessitam reavaliar sua maneira de encarar esta realidade.

De acordo com Mello (1993), depois de se tornar pública a gravidez e já, em situação irreversível, são articuladas geralmente pela família da jovem, as soluções possíveis. A gestação precoce não pode ser vista isoladamente ou como acontecimento somente pessoal. Deve ser contextualizada no meio familiar e social da adolescente, uma vez que as reações, soluções, maior ou menor apoio afetivo, social ou econômico que a jovem receba serão diversificados.

Alguns relatos abaixo demonstram o dilema das mães dessas adolescentes em relação à descoberta da gravidez.

“Foi ela que arrumou filho! Agora tem que ver se vai lá morar com ele, porque eles não moram juntos ainda. Eu nem sabia que essa menina já tinha “coisa” com ele, pensei que era só um namorinho besta, agora vai ficar ai com um filho nos braços”

O ruim é que ela tava estudando... Falava para mim que iria fazer curso disso, curso daquilo. Mas não deu, né? Insisti mais com ela para ela não parar os estudos. Já tinha feito a matrícula dela na 5ª série...A gente fica triste com isso. Não queria que ela passasse pelo que passei. Porque, ela tinha toda uma vida pela frente. Eu sou mãe solteira mais não queria que ela também fosse.

Em relação aos estudos, muitos familiares lamentam o fato de a adolescente deixar a escola em decorrência da gravidez. Dentre os fatores que determinam a saída da adolescente da escola antes do nascimento do filho estão o constrangimento e as pressões de diretores, professores, colegas e pais de colegas. Após o nascimento, o abandono dos estudos

se deve ao fato de a jovem ter de pagar, com seu trabalho doméstico, à família que abriga seu filho ou necessitar ganhar o sustento de ambos. Nesse cenário, alguns pais contribuem para esse abandono ao preferirem esconder a situação vergonhosa da gravidez de sua filha.

Foi questionado aos familiares se houve anteriormente orientação em relação à sexualidade e iniciação sexual das adolescentes no seio familiar. 80% dos questionados responderam que não.

Para muitas famílias, a adolescência é a época mais estressante do ciclo vital. Há muito que fazer para ajudar os adolescentes a desenvolverem habilidades de comunicação positiva (especialmente, a capacidade de expressar sentimentos e ouvir sem criticar), manejo de conflitos, solução de problemas e administração financeira. Diante disso tudo, a família ainda precisa solidarizar-se com a adolescente e ajudá-la a viver esse momento de forma menos traumática possível, minimizando os problemas de ordem psicossocial que põem imprimir uma marca considerável em sua vida. Como foi visto, o casamento da adolescente grávida com o seu parceiro sexual ou apenas a união consensual é uma das formas de amenizar as dificuldades que a adolescente enfrentará.

CONCLUSÃO

Com a realização desta pesquisa obtivemos grandes experiências em relação a trajetória no trabalho com adolescentes. Através da análise da realidade local foi possível perceber os conflitos enfrentados pelas jovens mães do município de Aquidabã. Tal observação fez perceber a carência em relação a uma atenção, apoio e assistência adequada. Diante dos estudos sobre esta temática compreende-se que o estado de vulnerabilidade de uma adolescente pode provocar complicações desde a sua escolha de iniciação sexual até uma possível gravidez indesejada. No caso das adolescentes grávidas o ideal seria que pudessem dispor de programas especiais à sua disposição para informá-las e cuidar delas. Além de ser um direito, os profissionais de saúde, através dos serviços oferecidos, devem possibilitar informação a respeito dos vários métodos anticoncepcionais existentes.

Um aprendizado muito importante nesse trabalho foi também em relação ao acompanhamento familiar, pois é muito importante que a família seja orientada para que haja a superação das dificuldades de comunicação e diálogo, sobretudo entre os pais e os filhos, podendo ajudar a diminuir a ocorrência da gravidez indesejada entre adolescentes. Losacco (2008) reflete que é importante destacar as relações familiares que se expressam através do ciclo de vida do lar, em que as trajetórias de vida individuais devem ser conciliadas, pois quando os planos individuais tomam rumos diferenciados da trajetória de vida familiar ocorrem divergências entre o que é estabelecido como objetivo grupal e os desejos individuais.

Através dos depoimentos e por suas características pode-se concluir que os familiares entrevistados tinham um desejo de ver suas filhas estudarem, se formarem, ter um

bom emprego. Dessa forma, o evento da gravidez na adolescência interrompeu esse curso, impulsionando a adolescente e sua família a refazerem seus projetos de vida, porém Moraes & Garcia (2002) afirmam que a culpa da gravidez sem planejamento na adolescência pode estar ligada ao poder econômico ou na falta de estrutura familiar, além disso a grande maioria dos adolescentes é pouco informada a respeito da própria sexualidade e reprodução. Muitos pais não conversam abertamente com seus filhos sobre a sexualidade e contracepção, negando aos jovens informações extremamente importantes. A família pode oferecer contribuições importantes para construir um lar seguro e afetuoso: a autoestima da adolescente está frequentemente associada à percepção positiva dos pais. O interesse dos pais pelo bem-estar dos filhos deve ser um dos fatores principais para a construção de uma boa autoestima nos adolescentes.

Na medida em que as famílias têm uma importância crucial, as políticas públicas precisam contribuir para a boa preparação dos pais e propiciar o trabalho com grupos de pais e filhos em que se enfatize a utilização da escuta ativa como meio principal de entendimento e de comunicação eficaz. Nas famílias em que adultos e adolescentes aprendem juntos a melhorar a assertividade, a canalizar a raiva e a controlar os impulsos, é possível construir uma base sólida de solução de conflitos.

Neste percurso fez-se uma observação importante referente à Estratégia Saúde da Família. Para a realização da pesquisa na Estratégia Saúde da Família e no Planejamento Familiar no município de Aquidabã, inicialmente buscou-se contatar com o trabalho do responsável pela Equipe Estratégia Saúde da Família, apresentando o plano de intervenção e solicitando a contribuição da Secretaria Municipal de Saúde de AQUIDABÃ- SE para a compreensão da inserção do assistente social na estratégia saúde da família. Para a realização

da intervenção que tinha como objetivo principal, demonstrar a importância da inserção do Assistente Social no Programa Estratégia da Saúde da Família, foi necessário a realização de três reuniões explicativas e diálogos envolvendo todos os profissionais da Saúde da Família do município, aplicando-se dois questionários, um no primeiro momento de intervenção com os profissionais e outro ao final da pesquisa. Diante dos estudos sobre esta temática compreende-se que o estado de vulnerabilidade de uma adolescente pode provocar complicações desde a sua escolha de iniciação sexual até uma possível gravidez indesejada quando não recebe devido acompanhamento e orientação. Conclui-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Planejamento Familiar não estão implantados de forma satisfatória no município de Aquidabã/SE para o atendimento às adolescentes. O que se tem é uma tentativa de algumas ações que visam melhorar o atendimento ao público.

A revisão literária fez perceber que a ESF deve envolver profissionais de saúde, familiares, adolescentes e Assistentes Sociais para acompanhá-las de perto, compreendendo suas complexidades e peculiaridades.

REFERÊNCIAS

AQUINO Estela & ET ALL. **Adolescência e reprodução no Brasil: a heterogeneidade dos perfis sociais**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S377-S388, 2007

ALMEIDA, Maria da Conceição Chagas de. **Gravidez na adolescência e escolaridade: um estudo em três capitais brasileiras**. Tese (Doutorado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva, 2005. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 05 nov. 2012.

ALMEIDA, J. **Adolescência e Maternidade**. 3 ed- São Paulo: Cortez; 1987

BARBIERI, Márcia. **Gravidez na adolescência em unidades de saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura**. Artigo de Revisão. Vol. 7 n° 4 - Out/Dez - 2009

BECKER, Daniel. **O que é adolescência**. 13°ed. São Paulo Editora Brasiliense Coleção Primeiro Passos 1988.

BORGES, Ana Luzia Vilela. FUGIMORI, Elizabeth. **Condições de vida e saúde dos adolescentes no Brasil**. IN: BORGES, Ana Luiza Vilela. FUGIMORI, Elizabeth. *Enfermagem e a Saúde do Adolescente* (org.) São Paulo: Manoele, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Painel de indicadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde/DataSUS. **Informações demográficas e socioeconômicas. População residente**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 01 jun. 2012.

BRASIL, **Estatuto da Criança e do Adolescente**, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei nº 080/1990, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente**. Diário Oficial da União. Brasília, 16 de julho de 1990.

_____. Ministério da Saúde/DataSUS/SIM. **Divisão nacional de epidemiologia**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> . Acesso em: 01 jun. 2012.

_____. Ministério da Saúde/DataSUS/SIM/Sinasc. **Estatísticas vitais-mortalidade e nascidos vivos**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br> . Acesso em: 01 jun. 2001

_____. Ministério da Saúde/DataSUS. **Assistência à Saúde**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>. Acesso em: 2000.

_____. Art. 3 do Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8069/90. Sobre os direitos fundamentais inerentes à criança e adolescente.

_____. **Lei n.º 8.080/90.** Dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, definindo os parâmetros para o modelo assistencial e estabelecendo os papéis das três esferas de Governo. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br>. Acesso em 20 de out. 2012.

_____. Indicadores de Mortalidade Geral. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acessado em 08 de nov.2012.

_____. **RESOLUÇÃO Nº 338, DE 17 DE DEZEMBRO DE 2009,** reafirma o assistente social como profissional de saúde.

_____. **Razão entre mulheres e homens alfabetizados na faixa etária de 15 a 24 anos.** Dados do Ministério da Educação – INEP, 2010 em Aquidabã- SE. Disponível em: www.portalodm.com.br Acesso em 10 de outubro de 2012.

_____. **Rendimento escolar feminino em relação ao masculino.** Dados do Ministério do Trabalho e Desemprego, 2010 em Aquidabã- SE. Disponível em: www.portalodm.com.br Acesso em 10 de outubro de 2012.

_____. **Taxa de mortalidade de menores de 5 anos de idade a cada mil nascidos vivos - 1995-2010.** Dados do Ministério da Saúde – DATASUS em Aquidabã- SE. Disponível em: www.portalodm.com.br Acesso em 10 de outubro de 2012.

BRASÍLIA: Organização Mundial da Saúde, 2005. 60p.

BRAVO, Maria Inês Souza & MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate.** IN: BRAVO, Maria Inês Souza [et al] (organizadoras). Saúde e Serviço Social - São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

BRÊTAS, José Roberto da Silva. SILVA, Conceição Vieira da. **Orientação Sexual para Adolescentes.** IN: BORGES, Ana Luiza Vilela. FUGIMORI, Elizabeth. Enfermagem e a Saúde do Adolescente (org.) São Paulo: Manoele, 2009.

BOCK, A. M. B; OZELLA, S. **A orientação profissional com adolescentes: um exemplo de prática na abordagem sócio-histórica.** In: BOCK, A. M. Adolescência: Uma Perspectiva Crítica, Artigo Científico. São Paulo, 2003.

BOCK, A. M. LIBESNI. A. **Adolescência: Uma Perspectiva Crítica,** Artigo Científico. São Paulo, 2003.

CATARINO, S. GIFFIN, Karen. **Questões de Saúde Reprodutiva.** Rio de Janeiro, 2002.

CALDEIRA, Alany Pinto. **Adolescentes grávidas usuárias do Sistema de Saúde Pública**. IN: BRAVO, Maria Inês Souza [et al] (organizadoras). Saúde e Serviço Social - São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Famílias e políticas públicas**. IN: ACOSTA, Ana Rojas & VITALE, Maria Amália Faller (Organizadoras). Família: redes, laços e políticas públicas. 4ª Ed. – São Paulo : Cortez, 2008.

CORRÊA, A. C. P. **Paternidade na adolescência: vivência e significados no olhar de homens que a experimentam**. (Tese de Doutorado). São Paulo: Universidade de São Paulo, 2009

COSTA, M.N.J. Teresinha de. **Gravidez na adolescência: um estudo de caso sobre a maternidade na faixa de 10 a 14 anos** em Juiz de Fora, MG. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas e Saúde do IMS da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2000

COSTA, Maria Dalva. Os elos invisíveis do processo de trabalho na saúde: um estudo sobre as particularidades do trabalho do assistente social nos serviços públicos de saúde nos anos 90 em Natal (RN). Recife: UFPE (Dissertação de Mestrado), 1998.

CRUZ, Ana Cláudia Neves da Sílvia & OLIVEIRA, Michele Paiva de. **Sexualidade Do Adolescente: Um novo Olhar sem Mitos e Preconceitos**. Monografia apresentada à Universidade de BELÉM – PARÁ, 2002

CFESS- **Código de Ética do Assistente Social**. 3ª ed. Brasília, 2009.

DANZÉ, S. S apud SILVA, LMP. **Adolescência**. IN: PANICALI, Maria Da Penha. Gravidez Na Adolescência E Projeto De Vida. Relatório de pesquisa apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso: **Palhoça, 2000**

DATASUS. **Indicadores e dados básicos**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2000/matriz.htm> Acesso em: 7 ago. 2012.

_____ **Dossiê Aborto Inseguro**, Panorama do aborto no Brasil. A necessidade de um fator de correção, Abortos provocados e espontâneo,

DIAZ, J.; DIAZ, M. **Cadernos juventude, saúde e desenvolvimento**. Disponível em <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em 16 Abr 2012.

FONTENELLE, Leonardo. **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Artigo.2008

FREITAS, Elisa Aires Rodrigues de - **“Meu corpo sabe ler, mas minha alma escreve”** blogs [manuscrito] / Elisa Aires Rodrigues de Freitas. -2010. 140 f. disponível em <<http://www.webposgrad.propp.ufu.br/.../014>>, acesso em 02 de nov. 2012

FURLANI, Jimena. **Educação Sexual**. São Paulo: Abril 1997

GUIMARÃES A. V. **Gravidez na Adolescência**. Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1995.

GIL, José Luiz. Jovens, cyber, espaço e tempo digital. **Adolescência Latino-americana**, v.1, n. 3, p.183-186, oct./dez. 1987

HARVEY, David. **Condições pós-modernas**. 5 ed. São Paulo: Loiola, 1989

IAMAMOTO, M. V & CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. São Paulo: Cortez/Celats, 2009.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. Ensaio Crítico. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **O Serviço Social na cena contemporânea**. São Paulo: Cortez, 2000.

IBGE, – **Estimativas Anuais e Mensais da População do Brasil e das Unidades da Federação: 2000 – 2011**. Estimativas das Populações Municipais. Revisão 2000.

ITÓZ, Sônia de. **Adolescência e sexualidade para eles e para nós**. São Paulo: Paulinas, 1999.

JUNIOR, José Domingues dos Santos, BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde e Desenvolvimento. Área da Saúde do Adolescente e do Jovem. Cadernos, **Juventude Saúde e Desenvolvimento** Vol I. Brasília-DF, Ago (1999). Disponível em <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em 10 Ag. 2012.

JÚNIOR, Nelson Chaban; MAQUERA, Abian Eliel R. e LOPES, Creso Machado. **Prevalência da gravidez em adolescentes em uma vila. Acre – Brasil**. Disponível em <<http://www.scielo.com.br>> Acesso em 16 Abr 2006.

KAHALE, EDNA MARIA S. P. **Gravidez na adolescência: orientação materna no pré-natal** (2003). Disponível em: www.extensio.ufsc.br/20052/Saude_CFH_192.pdf. Acesso em 14 de jul de 2012.

LIMA, Helena. **Educação Sexual para adolescentes. Desvendando o corpo e os mitos**. São Paulo: Iglu, 1996.

LIMA, Samantha Dias de. **Gestão Planejamento e políticas públicas ULBRA**: Curitiba:IBPEX,2009.

LOSACCO, Silva. **O jovem e o Contexto Familiar**. IN: ACOSTA, Ana Rojas & VITALE, Maria Amália Faller (Organizadoras). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 4ª Ed. – São Paulo : Cortez, 2008.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. **Famílias: questões para o Programa Saúde da Família**. IN: ACOSTA, Ana Rojas & VITALE, Maria Amália Faller (Organizadoras). **Família: redes, laços e políticas públicas**. 4ª Ed. – São Paulo : Cortez, 2008.

MARCONI, M. D. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1996.

MARTINS, Aline de Carvalho & XAVIER, Rozânia Bicego. **Famílias com Adolescentes Genitoras: entre o Direito ao Cuidado e a Responsabilidade de Cuidar**. IN:DUARTE, Marco José de Oliveira & ALENCAR, Mônica Maria Torres (organizadores). 2ª Ed. _ Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**: edição compacta. São Paulo: Atlas, 1996.

Manual de Orientação elaborada pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, com o objetivo fornecer orientações básicas para nortear a implantação e/ou a implementação de ações e serviços de saúde que atendam os adolescentes e jovens– Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

MATTOS, Solange Aparecida Oliveira. SOARES, Fabiana Regina. **Experiência do Programa Saude da Família de Nhandera/SP**. IN: ACOSTA, Ana Rojas & VITALE, Maria Amália Faller (Organizadoras). Família: redes, laços e políticas públicas. 4ª Ed. – São Paulo : Cortez, 2008.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. **O desafio da política de atendimento à infância e à adolescência na construção de políticas públicas equitativas**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro,2000

MENDONÇA, M. H. M. **Crianças e Adolescentes Pobres de Direitos. A Trajetória da Política Social Dirigida à Infância e Adolescência no Brasil Republicano**. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

MENDES. Eugenio Vilaça. **As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal** . In: distrito social : o processo social de mudança das políticas sanitárias do sistema Único de Saúde 2º ed. São Paulo/ Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco,1994.

MELO, A. V. **Gravidez na Adolescência**. Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1993.

MINELLI ,Luciana Aparecida, **Adolescência**, São Paulo: Cortez, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE.(2004) A (2010) Rede Assistencial do SUS (. Disponível em: <http://www.saude.gov.br> . Acesso em 15 de mar. 2012

MONNERAT, G. Et. Al. Do direito incondicional à condicionalidade do direito: as contrapartidas do Programa Bolsa Família. In: Revista Ciência & Saúde, vol. 12. ABRASCO/FIOCRUZ, 2007.

NOGUEIRA, Vera, M. R. MIOTO, Regina. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde - SUS e as exigências para os assistentes sociais.** MOTA, Ana Elizabete [et. al] (orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2009

PANICALLI, Maria da Penha. **Gravidez na Adolescência e Projeto de Vida.** Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006

PROENÇA, Nelson Guimarães. **Políticas Públicas de Atenção à família.** IN: ACOSTA, Ana Rojas & VITALE, Maria Amália Faller (Organizadoras). Família: redes, laços e políticas públicas. 4ª Ed. – São Paulo : Cortez, 2008.

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Adolescentes saúde sexual saúde reprodutiva: dossiê.** Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde, 2004. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> Acesso: 5 nov 2008.

MOURÃO, Carla. , **Adolescência, Drogas e Prevenção (2007).** Disponível em <<http://www.estantevirtual.com.br/>> acesso em 02 de nov. 2012

RAPOSO, Clarissa, **A Política de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem: uma perspectiva de garantia de direito à saúde?** REVISTA Em Pauta Volume 6 - Número 23 - Julho de 2009.

RIZO, Sandra. **O Estatuto da Criança e do Adolescente. (2010)** Disponível em: <http://www.sandrarizo.blogspot.com.br/>, Acesso em 20 de out. 2012.

RODRIGUES, V.. **Hábitos de Saúde e Comportamentos de Risco em estudantes do ensino Básico/Secundário; estudo da eficácia da introdução de um programa educacional de intervenção.** Tese de Doutorado apresentada no ICBAS da Universidade do Porto, 2004.

SANTOS IMM, SILVA LR. **Estou grávida, sou adolescente e agora?** - Relato de experiência na consulta de enfermagem. In: Ramos FRS, Monticeli M, Nitschke RG, organizadoras. Projeto Acolher: um encontro de enfermagem com o adolescente brasileiro. Brasília: ABEn/Governo Federal; 2000. p.176-82

SILVA, Renato. **Abandonados e Delinquentes: a infância sob os cuidados da medicina do Estado.** (dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em História das Ciências da Saúde. FIOCRUZ, 2003

SILVA, Andréa Costa da. **Gravidez Na Adolescência: Um Olhar Sobre Imagem E Texto,** Monografia apresentada à Universidade Federal de Minas Gerais, 2010

SILVA, Liliane Moura da. **Gravidez na Adolescência: Um problema biopsicossocial.** Monografia apresentada à Universidade de Minas Gerais, 2010.

SILVA, A. A. LOPES, J. DENIZ, L. **A influência relativa das percepções partilhadas ou divergentes no relacionamento dos pais com os filhos adolescentes.** Dissertação de Doutorado em Ciências da Educação, U. T.A.D., Rio de Janeiro, 2008.

SILVA, M. M. – **“Mulher, identidade fragmentada.** “In: Romero, E. (org). Corpo, mulher e sociedade. Campinas: Papyrus, 2009

SOARES, Cássia Baldini. **Mais que uma etapa do ciclo vital: a adolescência como um construto social.** IN:BORGES, Ana Luiza Vilela. FUGIMORI, Elizabeth. Enfermagem e a Saúde do Adolescente (org.) São Paulo: Manoele, 2009.

SZYMANSKI, Heloísa. **A relação família/escola: desafios e perspectivas.** 2. ed. Brasília: Plano, 2008.

SZYMANSKI, H. **Significado de avaliação para mães de uma escola estadual da região central de São Paulo.** São Paulo, p. 69-74, 1994. Disponível em: . Acesso em: 08 nov. 2007.

SZYMANSKI, H. **Viver em família como experiência de cuidado mútuo: desafios de um mundo em mudança.** Serviço Social e Sociedade, São Paulo, ano 23, n. 71, p. 9-25, set. 2002.

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

TEIXEIRA, Mary Jane. A interdisciplinaridade no Programa Saúde da Família: Uma utopia. IN: BRAVO, Maria I. S. et. al (org.). Saúde e Serviço Social. 3 ed. – São Paulo: Cortez, 2007.

TEIXEIRA, Sônia Fleury. **“A política de saúde na transição conservadora”.** Saúde em debate, n. 26. Londrina: Cebes, 2009.

TRINDADE, Ruth França Cizino da. BORGES, Ana Luzia Viela. **Gravidez na Adolescência.** IN:BORGES, Ana Luiza Vilela. FUGIMORI, Elizabeth. Enfermagem e a Saúde do Adolescente (org.) São Paulo: Manoele, 2009.

TORRES, C.R.; MARTINS, M.C.C; MONTEIRO,C. F. S. ; **O ex-sistir do ser-adolescente depressivo.** São Paulo, set. 2005.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** 7ª ed. – São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Política Social, cidadania e neoliberalismo: Reflexões sobre a experiência brasileira.** IN: CARVALHO, D. B. de et. al (org.). Novos Paradigmas da Política Social. Brasília: Unb, Programa de Pós – graduação em política social. Departamento de Serviço Social, 2002.

_____. **Serviço Social e práticas democráticas.** IN: BRAVO, Maria Inês Souza [et al] (organizadoras). Política social e democracia - São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). Abordagens Psicossociais (Vol III). São Paulo: HUCITEC, 2009.

WUST apud MARTINS, 2000. IN: PANICALI, Maria Da Penha. Gravidez Na Adolescência E Projeto De Vida. Relatório de pesquisa apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso: Palhoça, 2000.

www.portaleducacao.com.br/2010. Acesso em 10 de nov. 2012, às 14:00

www.portalodm.com.br. Acesso em 10 de nov. 2012, às 12:00

APÊNDICE

Instrumentos de Coleta de Dados

QUESTIONÁRIO DESTINADO ÀS ADOLESCENTES

Data de Nascimento:

Situação Conjugal:

Solteira () Casada () União Estável () Viúva ()

Escolaridade: Ensino Fundamental Completo ()

Ensino Fundamental Incompleto ()

Ensino Médio Completo ()

Ensino Médio incompleto ()

Renda Familiar:

() 1 salário () 2 salários () 3 salários () outros

Média de idade da Menarca:

() 10 anos () 12 anos () 15 anos () outros

Iniciação Sexual

() 12 anos () 13 anos () 14 anos () 15 anos () outros

Número de parceiros:

() 1 () 2 () 3 () ou mais

Quantidade de filhos

() 1 () 2 () 3 () ou mais

Intervalo das gestações

() 1 ano () 2 anos () 3 anos () outros

Você conhece

Em quais programas/ projetos foi incluída durante a gestação?

Você conhece a ESF e o programa de Planejamento Familiar?

() Sim () Não

Já havia sido consultada pelas ESF?

() Sim () Não

Houve orientação e acompanhamento profissional durante a gestação?

() Sim () Não

Por quais membros da equipe da ESF?

Médico Enfermeira Agente de Saúde Assistente social outros

Número de consultas durante o pré –natal:

1 5 10 ____

Alguma ocorrência de aborto?

Sim Não

Se sim, de que forma?

provocado espontâneo

Utiliza algum método contraceptivo?

Sim Não

Se sim, Qual?

camisinha pílula Injeção diafragma Tabela _____

Houve planejamento para engravidar?

Sim Não

Vai ao médico frequentemente?

Sim Não

Frequência do PSF na comunidade:

toda semana a cada 15 dias uma vez por mês nenhum

Qual a sua reação ao confirmar a gravidez?

Qual a reação de seus pais?

Seu parceiro é adolescente?

Sim Não

Qual a reação dele ao saber que ia ser pai?

Ele está lhe acompanhando nas consultas e dando apoio?

Que mudanças você acredita que possam ocorrer na sua vida a partir do nascimento de seu filho?

O número de adolescentes grávidas está aumentando. A que você deve atribuir esse aumento?

Você acha que a mídia interfere nesse aumento?

Sim Não

QUESTIONÁRIO DESTINADO À ASSISTENTE SOCIAL/SAÚDE**Tempo de trabalho na área de assistência social ou na saúde:**

1 ano 2 anos 3 anos outros

Tempo de trabalho na cidade de Aquidabã

1 ano 2 anos 3 anos outros

Estratégias de atendimento adotados pelo serviço:

Oferta de informações

Realização de encaminhamentos a rede socioassistencial

Visitas domiciliares

outros

O CRAS produz material socioeducativo para os adolescentes?

Sim Não

De que forma?

O planejamento, organização do trabalho e registro das informações é feito em que frequência?

toda semana a cada 15 dias uma vez por mês nenhum

Qual o período de funcionamento do CRAS no município?

1 ano 2 anos 5 anos __ anos

Quantos dias da semana você trabalha?

Qual o papel do assistente social no atendimento às adolescentes grávidas?

O programa saúde da família atende atualmente quantas gestantes grávidas no município?

Quando foi feito o último relatório de gestão do PSF?

Quais os programas sociais voltados para os jovens no CRAS e CREAS do município?

Com que frequência são atendidas adolescentes grávidas na instituição em que trabalha?

Todos os meses toda semana poucas vezes no ano outros

Há médico ginecologista e obstetra para atendê-las no PSF?

Sim Não

Casos de aborto espontâneo na unidade de saúde:

Sim Não

Casos de aborto induzido:

Sim Não

As jovens chegam ao atendimento acompanhadas de:

familiares amigos parceiro sozinha

Média de idade das jovens atendidas:

12 anos 13 anos 14 anos 15 anos __ anos

Quais o papel do enfermeiro nas consultas pré-natais?

QUESTIONÁRIO DESTINADO À FAMÍLIAS DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS**Informação parental:**

Pai Mãe irmão avô avó _____

Recebeu notícia da gravidez da adolescente através:

da própria outros

Você já sabia que ela tinha vida sexual ativa?

Sim Não

Houve anteriormente orientação familiar em relação à sexualidade e iniciação sexual?

Sim Não

Você considera a orientação familiar importante para evitar a gravidez na adolescência:

Sim Não

Você conhece o trabalho de Assistência Social do município?

Sim Não

Na sua opinião o serviço de Assistência Social do município realizam um trabalho importante para os usuários do CRAS?

Sim Não

Você acompanha o estado de saúde da adolescente grávida?

Sim Não

QUESTIONÁRIO DESTINADO AO MÉDICO DA FAMÍLIA

Quanto tempo de trabalho na saúde do município de Aquidabã?

Qual a importância da Estratégia Saúde da Família para você enquanto médico?

Quantas adolescentes gestantes em média são atendidas no Posto de Saúde?

Qual a média de idade das adolescentes atendidas?

Como você avalia o trabalho do Assistente Social na área da saúde?

Em quais situações o Assistente Social pode estar atuando no atendimento das famílias, enquanto integrante da equipe ESF

Qual a sua opinião sobre as causas do aumento de adolescentes grávidas no município de Aquidabã?

Quais as demandas mais frequentes no cotidiano do ESF do município?

Como você avalia o grau de importância das questões que permeiam a sua relação profissional na Estratégia Saúde da Família?

QUESTIONÁRIO DESTINADO AO ENFERMEIRO

Quanto tempo de trabalho na saúde do município de Aquidabã?

Qual a importância da Estratégia Saúde da Família para você enquanto enfermeiro?

Quantas adolescentes gestantes em média são atendidas por você no Posto de Saúde?

Qual a média de idade das adolescentes atendidas?

Quais os procedimentos realizados por um enfermeiro da ESF no atendimento às gestantes?

Quais os problemas de saúde mais frequentes apresentados pelas adolescentes grávidas?

Como você avalia o trabalho do Assistente Social na área da saúde?

Em quais situações o Assistente Social pode estar atuando no atendimento das famílias, enquanto integrante da equipe ESF

Qual a sua opinião sobre as causas do aumento de adolescentes grávidas no município de Aquidabã?

Quais as demandas mais frequentes no cotidiano do ESF do município?

Como você avalia o grau de importância das questões que permeiam a sua relação profissional na Estratégia Saúde da Família?

ANEXOS



Fig. 1: Posto de saúde do Pov. Cruz Grande, município de Aquidabã. Em 28/11/2012



Fig. 2: SESP de Aquidabã/Se . Em 30/11/2012



Fig. 3: SESP de Aquidabã/Se . Em 30/11/2012.



Fig. 4: Posto de saúde do Pov. Cruz Grande, município de Aquidabã.



Fig. 5: Posto de saúde do Pov. Cruz Grande, município de Aquidabã.



Fig. 6: Hospital e Maternidade Santa Cecília em Aquidabã /Se. Em 27/11/2012

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que eu Graziela Oliveira dos Santos portadora do RG: 3123. 479-8 SSP/SE, residente no município de Aquidabã em Sergipe, formada em letras português e Espanhol pela UNIT – Universidade Tiradentes em Aquidabã Sergipe no ano 2009 sou responsável pela correção ortográfica do Trabalho de Conclusão de Curso-TCC, apresentado à Universidade Tiradentes, das alunas Helenize Cátia de Melo Andrade e Luciana Martins Barbosa da Universidade Tiradentes Campus Propriá/se.

Aquidabã _____ de _____ de 2012

Graziela Oliveira dos Santos