

## Introdução

A modernização dos meios de comunicação e as facilidades de acesso a eles alteraram, nos últimos quinze anos, as funções exercidas pela família, que deixou de ser o único e mais importante meio de conhecimento. Tal fato contribuiu para que os adolescentes buscassem outras fontes de informações sobre questões relacionadas à sexualidade, como métodos anticoncepcionais, gravidez e relações sexuais. O acesso a essas outras fontes, no entanto, não resultaram em um exercício seguro e consciente da sexualidade por parte dos adolescentes, de modo que a gravidez entre meninas tem atingido índices muito preocupantes. O tema deve ser retirado do foro privado e debatido como questão de saúde pública.

A mulher adolescente vive, na atualidade, em um contexto de alterações de valores e concepções relacionadas à: virgindade, maternidade e papel sexual na sociedade patriarcal. Estes são valores fortemente vinculados à identidade feminina. A gênese da problemática da gravidez na adolescência encontra-se diante dessa realidade, pois interrompe uma possível trajetória de ascensão e independência econômica e social, já que são poucas as que têm condições financeiras de manter a si e ao seu filho, recaindo a responsabilidade, em alguns casos, sobre os pais dos adolescentes e o Estado.

Neste contexto coloca-se as adolescentes grávidas e os profissionais de saúde como figuras centrais deste estudo. A necessidade de fazer uma investigação da gravidez na adolescência insere-se em um contexto contraditório, onde dados mostram que o aumento do número de adolescentes grávidas é uma problemática presente na sociedade, mas que ao mesmo tempo, não consegue publicizar<sup>1</sup> as suas demandas e elaborar políticas de proteção. Desconstruir os mitos, desvelar a

---

<sup>1</sup> Entende-se por publicizar aquilo que é de fórum privado que é tornado público. Ver RAICHELIS, Raquel. Esfera pública e conselhos de assistência social: Caminhos da construção democrática. 2. ED. São Paulo: Cortez Editora, 2000. / RAICHELIS, Raquel. Legitimidade popular e poder público. São Paulo: Cortez Editora, 1988.

realidade, compreender os motivos que levam à gravidez na adolescência é um dos caminhos para a prevenção. Mas por que ainda há este problema que se apresenta de forma tão acentuada? Por que as respostas do Estado não se fazem eficazes? É preciso demonstrar a necessidade desse fenômeno ser considerado e tratado como problema de saúde pública, o que justifica a apresentação deste estudo.

Este trabalho se deterá a compreender o porquê da não adesão dos métodos contraceptivos por parte das adolescentes, a fim de corroborar para a eficaz elaboração de uma política pública de prevenção quanto à gravidez na adolescência. Para realizar tal movimento de compreensão serão utilizadas as seguintes categorias de análise: elaboração psicossociológica do termo adolescente e suas implicações; questão de gênero; sexualidade e liberdade sexual e políticas públicas de saúde. A dissertação está dividida em duas partes: Discutindo os conceitos e Estudos empíricos.

A parte que discute os conceitos está dividida em quatro capítulos, onde são abordados e discutidos os conceitos utilizados neste trabalho. No *Capítulo I Infância, adolescência e sexualidade: conceitos em discussão* se apresentam os conceitos de infância e adolescência demonstrando sua construção na sociedade moderna, fazendo um paralelo com as questões de gênero e sexualidade. No *Capítulo II Estatuto da Criança e do Adolescente: a mudança de foco* apresenta um resgate histórico da construção do Estatuto da Criança e do Adolescente trazendo uma comparação entre a atual legislação e as anteriores. No *Capítulo III Política (pública) social: Estado e cidadania* apresenta-se os direitos sociais no Brasil instituídos à base da cidadania, o processo de elaboração de políticas públicas e da política pública de saúde no Brasil. No *Capítulo IV Uma questão de saúde pública* demonstra quantitativamente dados brasileiros sobre a gravidez na adolescência e os motivos pelos quais esta deve ser considerada uma questão de saúde pública.

Os estudos empíricos estão divididos em dois estudos realizados para uma melhor apreensão do contexto em que se inserem as adolescentes e os profissionais

de saúde pertencentes ao grupo de pré-natal do Hospital Regional do Paranoá. O *Estudo empírico 1 Adolescentes e a adesão aos métodos contraceptivos* visa conhecer a realidade a qual pertencem as adolescentes, qual o espaço de fala que lhes é dado, qual o grau de conhecimento sobre os métodos contraceptivos, as representações sociais quanto à gravidez na adolescência, o porquê da não adesão aos métodos contraceptivos e quais expectativas de mudança quanto ao nascimento do filho (a). O *Estudo empírico 2 Gravidez na adolescência na voz dos profissionais da saúde* visa analisar as representações sociais dos profissionais em relação à gravidez precoce, e as dificuldades na realização do trabalho junto às adolescentes.

## Capítulo I

### Infância, adolescência e sexualidade: conceitos em discussão.

Todas as cores concordam no escuro

Francis Bacon

Dividir a vida humana em etapas a serem cumpridas remete ao que Ariès (1978) chama de “idades da vida”. Estas ocuparam um lugar importante nos tratados pseudocientíficos da Idade Média e foram inspiradas na “idade do homem”, dos filósofos jônicos do século VI a.C. Os compiladores medievais reviveram-na nos escritos do Império Bizantino, dividindo a vida do ser humano em infância e puerilidade, juventude e adolescência, velhice e senilidade.

A partir do século XIV inicia-se a correlação das “idades da vida” ao temperamento, aos planetas, à numerologia, e tantos outros possíveis fatores que pudessem explicar tal divisão. O caráter biológico não era utilizado para delimitar a idade do ser humano. A vida era percebida como um movimento cíclico, dividida em etapas e representada por imagens (retratos) que relacionavam os meses e estações climáticas ao ser humano, criando proximidade entre o real e o abstrato e criando uma sensação de pertencimento à sociedade.

No ciclo vital havia também a representação da morte. Esta era atribuída geralmente às pessoas mais velhas, o que confortava os mais jovens com a possibilidade de se alcançar uma idade mais avançada. De fato, estes viviam num contexto onde as péssimas condições sanitárias e as pestes<sup>2</sup> elevavam os índices de mortalidade.

---

<sup>2</sup> Doença infecciosa, essencialmente do rato, causada pelo bacilo de Yersin, e que por meio da pulga se transmite ao homem, assumindo, neste, uma de duas formas: a bubônica (em que há o aparecimento de tumefações ganglionares denominadas, popularmente, bubões), e a pneumônica (que se desenvolve com um quadro clínico típico de pneumonia lobar). A primeira dessas formas é benigna, e a segunda acarreta a morte, praticamente, em todos os casos. Fonte: Dicionário Aurélio, Século XXI.

(...) a vida era a continuidade inevitável, cíclica, às vezes humorística ou melancólica das idades, uma continuidade inscrita na ordem geral e abstrata das coisas, mais do que na experiência real, pois poucos homens tinham o privilégio de percorrer todas essas idades naquelas épocas de grande mortalidade (ARIEËS, 1978, p. 8-9).

A naturalização das idades da vida ocorre a partir de um processo gradual de transformação do imaginário social. A família incorpora esses novos valores sociais atribuídos ao ciclo vital e passa a reproduzi-los. Com o passar dos séculos acontecem alterações nos conceitos envolvidos no chamado ciclo vital. As definições de juventude (presente no século XVII), infância (século XIX) e adolescência (século XX) são elaboradas de acordo com o contexto e com a evolução histórica das sociedades.

### 1.1. Breve relato sobre a infância

Na sociedade medieval não existia o sentimento de infância. Não se compreendia as pessoas de certa idade como crianças ou como quem vivesse o período da infância. Elas eram encaradas tão somente como pequenos adultos. O que não significa dizer que havia negligência ou desprezo pelas crianças. Na verdade, demonstrava-se afeição. Este se difere do sentimento da infância por não percebê-la como uma fase inerente ao ciclo de desenvolvimento do ser humano, devendo ser entendida em sua peculiaridade.

A falta do apego não deve ser entendida como ausência total de carinho, afinal este sentimento era permitido às mães e às amas (desde que não fossem feitas demonstrações públicas), mas o que não se compreendia era o desespero da ausência causada pela morte.

Num contexto onde a infância não tinha suas necessidades compreendidas, os cuidados dirigidos a ela seguiam também esse caminho. As condições de higiene e as doenças comuns à época propiciavam a alta taxa de mortalidade de crianças, o que tornava socialmente comum a morte na infância. Dessa forma, as crianças mais

novas, principalmente aquelas que mal falavam e andavam, não eram consideradas parte da família, pelo menos não como o eram as mais velhas e que já haviam ultrapassado a zona de perigo da mortalidade. Como bem explica a fala de Montaigne (*apud* ARIÈS, 1978, p. 99): “Perdi dois ou três filhos pequenos, não sem tristeza, mas sem desespero.” A morte de crianças era considerada natural, possível e até positivo, já que daria menos trabalho à mãe, sendo o sofrimento pela perda considerado desnecessário.

No século XVII justificava-se este afastamento pelo entendimento de que as crianças não possuíam alma como os adultos. Levava-se em conta, ainda, o trabalho que era despendido para cuidar delas. Alegava-se, tranqüilamente, que a quantidade de crianças era tão grande que menos uma não fazia falta. Sobre isso é ilustrativa a fala encontrada em *Le Caquet de l'accouchée* (*idem*, p. 22):

vemos uma vizinha, mulher de um relator, tranqüilizar assim uma mulher inquieta, mãe de cinco “pestes”, e que acabara de dar à luz: ‘Antes que eles te possam causar muitos problemas, tu terás perdido a metade, e quem sabe todos’.

Ao superar esta primeira frágil etapa de suas vidas, as crianças tinham suas chances de sobrevivência aumentadas. Tão logo não necessitassem mais de auxílio para alimentar-se, vestir-se e para procederem a outras tarefas que as vinculavam a mãe ou a ama, eram inseridas na sociedade dos adultos. Neste momento, misturavam-se a eles e perdiam seu diferencial. Era quando, enfim, iriam aprender as “coisas da vida”.

Badinter (1985) destaca que algumas famílias enviavam seus filhos para serem criados por amas em fazendas distantes da cidade para evitar as pestes da época. Só retornavam quando se tornavam capazes de participar do mundo adulto. Essa atitude poderia ser interpretada como um prenúncio do cuidado, embora houvesse elevado o

número de mortes de crianças por maus tratos e a debilidade de desenvolvimento devido à falta de higiene apropriada.

O processo de reconhecimento da infância pela sociedade pode ser melhor compreendida por meio da história da iconografia, religião, vestimenta e arte durante os séculos. Até o século XIII a criança era retratada como miniaturas de homens adultos, inclusive as mais novas, desconsiderando-se suas peculiaridades.

O traje tinha uma notável importância à época, denunciando a classe social a qual pertenciam as pessoas. Às crianças, contudo, era delegada a utilização de camisolas longas, que não distinguiam sexo, serviam apenas para cobrir o corpo, deixando clara a ausência de inserção social.

Mas quando é que o paradigma muda? Quando essa falta de apego torna-se necessidade de cuidados? Não se tem um marco histórico, porém fatos que corroboram para tal compreensão serão destacados em cinco pontos de análise: religião, iconografia, noção da imortalidade da alma da criança, vacinação e a escola.

O campo religioso é o primeiro a demonstrar uma tendência favorável à infância, e a partir do século XIII anjos e santos começam a apresentar formas arredondadas e delicadas, como as das crianças. Os retratos de crianças mortas aparecem no século XVI. No século seguinte, essa prática se tornou comum e assim se conservava o aspecto fugaz da infância. Ao final deste século as crianças eram retratadas sozinhas junto aos seus brinquedos ou na natureza, e não mais em família ou mortas. Também os adultos desejavam resgatar sua infância pedindo para que se pintassem seus retratos como se fossem crianças.

As condições demográficas do século XIII ao século XVII não se alteraram muito. A mortalidade infantil ainda apresentava taxas elevadas. Porém, houve uma modificação da consciência coletiva a respeito da imortalidade da alma da criança. Decerto esta comoção é fruto da cristianização profunda dos costumes.

A vacinação contra varíola e outras práticas higiênicas acabaram por provocar a redução da taxa de mortalidade, favorecendo um aumento da expectativa de vida da

criança. Diminuir o número de filhos agora se tornou importante para que pudesse ser dada atenção, cuidado e educação a todos de maneira igual. A consciência da particularidade da infância ocorre a partir do século XIII, sua evolução acompanha a da história da arte e iconografia dos séculos XV e XVI, mas seu pleno desenvolvimento e multiplicação ocorrem a partir do final do século XVI e durante o século XVII.

A escola a partir do século XVI assumiu um papel fundamental, antes não delegado a ela, na formação moral e social das crianças. Levando os pais a acreditarem na importância da inserção de seus filhos na educação escolar a fim de torná-los homens honrados e racionais. Da Idade Média até o século XVI a escolarização não se fazia diferente entre as classes sociais<sup>3</sup>, mas sim entre os sexos<sup>4</sup> o tempo de estudo era de 1 a 2 anos, passando para 4 e 5 anos no século XVII, e a noção de infância acompanhou este período de tempo.

Mas ainda existia um movimento contrário a este sentimento dispensado às crianças organizado por moralistas e educadores do século XVII, onde se desenvolveu o sentimento de repugnância aos paparicos da infância, de tal sorte a considerar leviana tal demonstração de carinho. Esse novo sentimento é o que impregna as cartilhas distribuídas nas escolas e prevaleceu na educação até o século XX.

Para bem educar vossas crianças. / Não poupeis o preceptor; / Mas, até que elas cresçam, / Fazei-as calar quando estiverem entre adultos, / Pois nada aborrece tanto / Como escutar as crianças dos

---

<sup>3</sup> A partir do século XVII, houve a divisão entre liceu ou colégio (nível secundário) e escola (nível primário), na qual o primeiro era para os burgueses e o segundo para o povo, apresentando-se aí a condição de classe social. Os burgueses, com medo da expansão da escolarização de alto nível por toda a população, fazem com que a educação se restrinja a uma pequena parcela da sociedade, a classe social denominada burguesia, pois tinham receio de que houvesse uma explosão de intelectuais e não mais houvesse pessoas voltadas para o trabalho rural.

<sup>4</sup> Às mulheres não era permitido estudar, logo mantendo-se a noção de fraqueza, inocência, infância curta, hábitos de precocidade, desde a Idade Média até o século XVIII. A mulher, portanto, era criada e educada para ser uma boa dona-de-casa, casar-se e ter filhos. “Além da aprendizagem doméstica as meninas não recebiam nenhuma educação”<sup>4</sup>. As meninas eram “mulherezinhas” já prometidas a homens desde muito jovens, por volta dos seis anos de idade, a fim de garantir-lhes o futuro. Tornou-se também de praxe mandar as meninas aos conventos, que não tinham função de escola, mas apenas de educação religiosa. No final do século XVII começou-se a fornecer um modelo de instituição de caráter moderno para as meninas que entravam dos 7 anos até aos 12 e saíam aos 20 anos de idade.

outros. // O Pai cego acredita sempre / Que seu filho diz coisas inteligentes, / Mas os outros, que só ouvem bobagens, / Gostariam de ser surdos; / e, no entanto é preciso / Aplaudir o *enfant gâté*.// Quando alguém vos disser por polidez / Que vosso filho é bonito e bem comportado, / Ou lhe der balas, / Não exigais mais nada / – Fazei vosso filho, assim como seu preceptor, / Agir como um servidor. // Ninguém acreditaria que uma pessoa de bom senso / Pudesse escrever / Para criancinhas de três anos, / Se as de quatro não sabem ler. / No entanto, há pouco tempo, / Vi um pai entregue a essa tola diversão. // Sabeis ainda, caros amigos, / Que nada é mais insuportável de que ver vossos filhinhos, / Pendurados na mesa como uma réstia de cebolas, / Moleques que, com o queixo engordurado, / Enfiam o dedo em todos os pratos. // Que eles comam em outro lugar, / Sob as vistas de uma governanta / Que lhes ensine a limpeza / E não seja indulgente, / Pois não se pode com rapidez / Aprender a comer com limpeza (ARIÈS, 1978 p. 102).

Ao final do século XVIII encontramos os dois sentimentos mesclados, e enfim a criança assume um papel central na família, seja como receptora privilegiada dos novos valores sociais, seja como elemento de distúrbio da harmonia familiar.

## 1.2. O conceito de adolescência

A palavra adolescência tem sua origem no verbo em latim *adolescere*, que significa: “crescer para a maturidade” (HURLOCK, 1979, p. 2). Mas seu conceito ultrapassa o crescimento físico e o desenvolvimento psicológico.

Adolescência é um conceito contemporâneo e se distingue das características biológicas do ser humano em outras fases. Faz-se necessário, então, diferenciar pubescência, puberdade e adolescência: o primeiro é o processo de maturação biológica, em que ocorrem modificações físicas que levam à maturidade reprodutiva, o segundo é “o período em que a maturidade é obtida” (MOREIRA, 2001, p. 1) e o terceiro é o objeto de estudo deste trabalho, que será discutido abaixo.

No universo da ciência o termo “adolescência” se destaca por várias definições e elaborações de conceitos como o de Ariès (1978), que destaca o séc. XVIII como precursor da diferenciação entre adolescência e infância, a partir do recrutamento militar de jovens. Na perspectiva de Almeida (2005, p. 221) a:

representação de criança, que sustentava práticas educativas baseadas na idéia de necessidade de proteção e cuidado, nos “adolescentes” era ressaltada a virilidade, a força e a resistência.

Já no século XIX sobressai-se a necessidade de qualificação de mão-de-obra devido ao aumento da industrialização, quanto pela importância no aumento da renda familiar, que levou os jovens a ingressarem no mercado de trabalho. Mas “(...) até o final do século XIX, tal etapa de transição não era reconhecida socialmente pelos adultos como uma etapa do ciclo vital” (MOREIRA, 1997 p. 104).

A partir do século XX a adolescência é entendida como uma das “idades da vida” que segundo Moreira (2001) significa priorizar o reconhecimento social das etapas do desenvolvimento humano ao longo dos séculos. O processo de elaboração e construção do conceito de adolescência é complexo e sofreu, como vimos, diferentes influências segundo os contextos históricos específicos, remontando o século XVIII, passando pelo século XIX e culminando no século XX, quando a categoria finalmente se estabelece como etapa do ciclo vital. Tal culminação recebe colaboração da psicologia norte-americana, como se verá adiante.

No ano de 1904 o estudioso Granville Stanly Hall, considerado o Pai da Psicologia do Desenvolvimento nos Estados Unidos, desenvolveu o trabalho pioneiro, intitulado *Adolescence: its psychology and its relations to physiology, antropology, sociology, sexes, crime, religion, and education* (Adolescência: sua psicologia e relação com a fisiologia, antropologia, sociologia, sexo, crime, religião e educação) no qual estuda, a partir de métodos científicos, o período evolutivo da adolescência, retratando-a como um período de “tormenta e *stress* – época em que o indivíduo é errático, emocional, instável e imprevisível” (HURLOCK, 1979 p. 4), o que levava à necessidade de tutela pelos adultos, a fim de discipliná-lo para enfrentar as “responsabilidades” do mundo adulto. Contudo, se a

...tormenta e o *stress* fossem biologicamente gerados, seriam, então, encontrados em todos os adolescentes e em todas as civilizações. (...)—Além disso, os estudos do relacionamento da maturação sexual para as tensões emocionais têm demonstrado que estas persistem até muito depois de completa aquela. Também revelaram que as condições e pressões sociais e econômicas são grandemente responsáveis pelas dificuldades que o indivíduo encontra ao passar da infância para a idade adulta (idem, p.5).

Ao final do ano de 1920, estudiosos da corrente culturalista, do campo de conhecimento da psicologia, perceberam que a adolescência é construída a partir da absorção das “influências das instituições sociais e dos fatores culturais no processo de desenvolvimento” (MOREIRA, 2001, p. 1). Portanto, ser adolescente é estar absorvendo as informações que lhe são passadas, sejam elas coerentes, verdadeiras, que reproduzam a realidade, ou não.

Para os autores Muuss (1966), Sprinthal e Collins (1988), Hall (1904) entendia a adolescência como um novo nascimento do indivíduo, marcado por mudanças significativas, que tinham seu ápice em uma nova personalidade, diferente da personalidade da infância, ou seja, a concepção se dava em decorrência da maturação sexual, atribuindo-lhe aspectos biológicos.

Hurlock (1961) defende que as pesquisas realizadas após Hall serviram para refutar os postulados iniciais, abrindo assim as portas para um novo entendimento da adolescência, período este que não é desconexo do resto da vida, mas intrínseco a um ciclo de transformações tanto no âmbito individual quanto sócio-histórico. Portanto, a adolescência não pode ser limitada a um contexto biológico, mas concebida numa conjuntura social, econômica, cultural que permeia sua vida.

Mead (1968) após desenvolver uma pesquisa em Samoa constatou que não havia mudanças bruscas quanto à fase de transição da infância para a vida adulta, deixando evidentes as diferenças comportamentais existentes quando comparadas ao desenvolvimento dos jovens das sociedades modernas.

Da mesma forma Muuss (1966) entende que o período chamado de adolescência na verdade se trata de uma *invenção social*, já que depende da

conformação da sociedade para criar e manter as características “próprias” do adolescente. Tal processo consiste no prolongamento e na intensidade com que a adolescência se apresenta levando em consideração os avanços dos conhecimentos científicos, ou seja, o tempo necessário para se alcançar a ascensão social é aumentado, mantendo o indivíduo por um período maior sob a custódia dos pais. Portanto, quanto mais evoluída tecnologicamente a sociedade, mais longo será o período da adolescência, porque quanto maior as exigências sociais para um desenvolvimento profissional progressivo do meio em que vivem maiores as probabilidades da manutenção do comportamento estereotipado de adolescente. Logo, a puberdade atinge a todos os seres humanos, mas a adolescência não é um fenômeno universal, e sim uma construção social.

Partindo do pensamento desenvolvido por Moscovici (1981) sobre a Teoria das Minorias Ativas<sup>5</sup> que dentre seus pressupostos está a função da Influência Social, reside o entendimento de que as atitudes podem ser modificadas pelas representações sociais que a sociedade apresenta sobre determinadas questões, ou seja, o comportamento pode se diferenciar da atitude do indivíduo, assim, a manutenção do comportamento do “adolescente rebelde” se dá em parte pela afirmação constante da sociedade.

Moscovici (1981) desenvolve a Teoria das Minorias Ativas<sup>6</sup>. Dentre seus pressupostos está a função da Influência Social, na qual reside o entendimento de que as atitudes podem ser modificadas pelas representações sociais de determinadas questões. Assim, um comportamento pode se diferenciar da atitude do indivíduo. A

---

<sup>5</sup> “A Teoria das Minorias Ativas possibilita a compreensão da dinâmica social do processo de influência social, no qual sujeitos em grupo constroem normas, crenças e valores que dão um sentido à realidade social e servem como base para a definição do olhar sobre si e sobre os outros, como também da ação social.” (RIBEIRO, 2005, p. 115).

<sup>6</sup> “A Teoria das Minorias Ativas possibilita a compreensão da dinâmica social do processo de influência social, no qual sujeitos em grupo constroem normas, crenças e valores que dão um sentido à realidade social e servem como base para a definição do olhar sobre si e sobre os outros, como também da ação social.” (RIBEIRO, 2005, p. 115).

manutenção do comportamento do “adolescente rebelde” se dá, em parte, pela afirmação constante da sociedade de este é o comportamento natural do adolescente.

Os sujeitos podem comportar-se em discordância com aquilo que acreditam, com o que consideram certo, com seus princípios. Opiniões e comportamentos públicos não necessariamente ocorrem em consonância com os comportamentos privados. Evidencia-se assim, que as adesões às normas sociais não se dão de forma absoluta, mas em um processo de negociação entre os sujeitos, no qual alguns aderem mais, outros menos (RIBEIRO, 2005 p. 103).

No Brasil o conceito de adolescência no âmbito jurídico está ligado à promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>7</sup> que dita a Doutrina da Proteção Integral em substituição à Doutrina da Situação Irregular imposta pelo Código de Menores revogado em 1990. Ao lado da importância legal está a busca da igualdade entre crianças e adolescentes, pertencentes a qualquer classe social, explícito no ECA em seu Título I Das Disposições Preliminares, art. 2º: “Considera-se criança, para efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade”, sendo assim

...todos os indivíduos entre zero e dezoito anos passam a ser considerados, diante da lei, crianças e adolescentes, conceito antes restrito a uma pequena parcela da população, já que na doutrina da situação irregular aos pobres, abandonados e em conflito com a lei era reservado o termo “menor” (ALMEIDA; CUNHA; SANTOS, 2004, p. 637).

No âmbito da saúde a classificação de criança e adolescente difere do âmbito legal sendo considerado adolescente o indivíduo na faixa etária entre 10 e 19 anos de idade, baseando-se nos pressupostos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

---

<sup>7</sup> “Com a lei nº 8.069/90, crianças e adolescentes deixaram de ser rotulados de ‘em situação irregular’ para terem seus direitos garantidos em uma doutrina Sócio-Jurídica de Proteção Integral, preconizada pela ONU, tendo o Brasil como signatário. O Estatuto de 90, conquista da sociedade civil organizada, derrubou o Código de Menores que, ao longo da história, contribuiu para discriminar as crianças e adolescentes das classes populares”. COMISSÃO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Rio de Janeiro, outubro/2000.

Neste estudo serão utilizadas ambas definições, pois a pesquisa se dá no âmbito da saúde e os dados se referem às definições da OMS, entretanto haverá momentos onde serão abordados questões legais será utilizada a definição constante no ECA.

### 1.3. Sexualidade<sup>8</sup> e gênero: revendo paradigmas

Em meio ao processo de absorção de conhecimentos responsável pela construção da identidade social do adolescente é fundamental compreender o papel e peso dos agentes socializadores que perpassam sua vida. São exemplos de agentes de culturação grupos de amigos, escola, ambiente de trabalho, família, mídia, etc. Tais instituições são formadoras de conceitos sociais e norteadoras do processo de desenvolvimento humano no que se refere à construção da identidade de gênero e, conseqüentemente, dos modos de vivência da sexualidade.

A partir das informações adquiridas, o adolescente se percebe em meio a uma discussão desigual de gênero e sexualidade, em que o primeiro exige uma postura forte e decidida aos meninos, e fragilidade e submissão às meninas; e a segunda “conduz” este menino a ter relações sexuais o quanto antes, e vela pela castidade feminina.

Conhecer ambos os conceitos permite compreender os papéis diferenciados pela sociedade patriarcal atribuídos a homens e mulheres. Segundo Joan Scott (1990) o Movimento Feminista traz a discussão de “gênero” e no início do século XX, com a finalidade de desvincular o aspecto biológico dos “papéis” representados na sociedade.

As pesquisadoras (es) e historiadoras (es) feministas começam a utilizar a palavra “*gênero*” para referir-se à organização social da relação entre os sexos, ou

---

<sup>8</sup>As diversas interpretações direcionadas ao conceito “sexualidade” permeia o seu entendimento, pois acredita-se que não seja uma categoria única, homogênea. Assim, nesse trabalho os vetores priorizados são: gênero, identidade sexual e reprodução humana a fim de melhor compreender suas nuances.

seja, percebe-se o “caráter fundamentalmente social das distinções fundadas sobre o sexo” (SCOTT, 1990, p. 4).

“*Gênero*”, na sociedade ocidental, é entendido como “construções sociais” – a criação social de idéias sobre os papéis diferenciados atribuídos a homens e mulheres, pautadas nas condições biológicas do ser humano já configuradas desde o nascimento dos bebês, quando a educação transmitida marca diferenças bem concretas entre meninas e meninos. Tais papéis, a serem representados pelos indivíduos, já trazem, implicitamente, a condição de inferioridade das mulheres e a superioridade do homem, portanto tais diferenças são frutos da sociedade, o que leva os estudiosos da área a utilizarem as expressões: “*identidade de gênero*”, e “*relações de gênero*”.

Gênero é, na verdade, um conceito em construção. Não há, na teoria feminista, consenso sobre como, na personalidade humana, se diferenciam as características que se encontram em homens e em mulheres. As definições que utilizam a biologia como determinante ou fundamento de tais diferenças são denominadas de “fundamentalismos biológicos”. Porém, outras correntes buscam minar o uso da biologia para explicarem a origem dos comportamentos distintos entre pessoas de sexo diferentes. Entretanto, basta, para a presente discussão, reter a grande contribuição dos estudos de gênero: ter despertado a atenção das ciências sociais e políticas que não é possível naturalizar comportamentos e, portanto, posições sociais ocupadas por homens e mulheres com base no sexo. Independentemente de como se compreende Gênero, é consenso apenas que as **diferenças** entre homens e mulheres têm determinado **desigualdades**. Ou seja, não existe mais fundamento científico que justifique as desigualdades sociais entre homens e mulheres, sendo necessário e absolutamente fundamentado, a elaboração de políticas públicas que visem reverter situações que coloquem as mulheres em posição de inferioridade e desvantagem em relação aos homens. A gravidez na adolescência é um desses casos típicos que requerem intervenção com perspectiva de gênero.

O papel feminino ainda exige da mulher satisfação por estar exercendo suas funções de mãe, dona-de-casa, ao mesmo tempo em que é meiga, atenciosa, frágil e principalmente guardiã da moral e dos “*bons costumes*” – papel reforçado pela tradição cristã ocidental. Ao homem “*resta*” o papel de provedor, aquele que traz o sustento do meio público, sendo forte, viril, sagaz e portador de racionalidade.

A sexualidade no período entre o final do século XIX até a metade do XX sofreu grandes mudanças no seu foco de discussão, o que acaba por constituir novos paradigmas pautados na individualidade, não mais no ato sexual, agora vigente na idade moderna (Duarte, 1996; Giddens, 1992; Heilborn, 1999, cit. por Castro, *et al*, 2004).

Uma explosão de novos conceitos tornou “objeto de estudo em diferentes áreas do conhecimento, a sexualidade antes inserida num campo de preocupações associado à regulação da reprodução biológica e social das populações” (HEILBORN *apud* CASTRO, *ET AL*, 2004 p. 30). A psicologia de Freud (1900), que estuda a sexualidade e a subjetividade do comportamento, associada ao movimento médico-higienista trouxe a discussão da individualidade dos corpos, iniciando-se um processo de intervenção no indivíduo e não apenas percepção da coletividade.

Para Madeira (1984) há certo consenso de que “adolescente” em sua concepção moderna significa, além de viver um período transitório e legítimo, usufruir de liberdade e direitos relacionados à sexualidade, que são socialmente delegados aos homens e às mulheres resta o papel de esposa casta. A questão a ser entendida sobre sexualidade e adolescência é como viver esses “direitos sociais e de liberdades” de forma equânime e sem ocasionar prejuízos à saúde. Há pelo menos três pólos de discussão sobre gênero e sexualidade:

1. *Família*: é o referencial primeiro dos valores morais, éticos, educacionais e influência diretamente os adolescentes;

2. *Religião*: é o sítio de discussões ferrenhas quanto à questão da castidade até o casamento, o comedimento sexual entre os casados, defendem o ato sexual apenas como caminho para uma gestação, a não utilização de métodos contraceptivos, e o uso de preservativos masculino e feminino, tendo por representantes mais expressivos no Brasil a igreja católica e as igrejas protestantes.

3. *Mídia*: divulga propagandas sobre altos e crescentes índices de contaminação por DST/AIDS, gravidez não planejada na adolescência e também discursos inflamados em novelas e filmes sobre o prazer sexual, sendo a eroticidade<sup>9</sup> apresentada, por vezes, de forma despreocupada com o impacto que causará na sociedade.

O pano de fundo das questões de gênero e sexualidade é a alteração no mundo do trabalho. Na perspectiva de Borchard (1969), Marx discursa sobre o papel da mulher inglesa defendendo a transformação do processo de trabalho em meados do século XIX, na medida em que os produtos, antes confeccionados em casa por apenas um trabalhador, passam a ser produto do trabalho social, ou, a força produtiva social de trabalho que é a força produtiva decorrente da cooperação com outros operários.

A partir das mudanças ocorridas no mundo do trabalho devido à inserção de um novo sistema econômico, o capitalismo, o dono do capital entende que com as máquinas realizando o serviço pesado que exigia a força física, não mais se faria necessário prender-se somente ao homem, mas também se pensou na expansão do trabalho para as mulheres e crianças, com o discurso de aumento da renda familiar.

A mulher que antes cuidava da casa e dos filhos, também costurava e mantinha a família com seus trabalhos manuais, contudo trabalhando fora de casa lhe falta tempo para realizar todos os seus afazeres, levando a um aumento das despesas devido a uma maior procura por mercadorias prontas para uso.

---

<sup>9</sup> Entendido como sensual, lascivo.

Neste momento a mulher é convocada a trabalhar tanto quanto o homem nas fábricas que necessitam de mais mão-de-obra para aumentar o lucro extraíndo a mais-valia. O homem se vê mexido no seu íntimo, porque há definição de papéis sociais distintos para homem e mulher sustentada por uma rígida divisão sexual do trabalho. O papel do masculino idealizado é de responsabilidade pela subsistência econômica da família e a isso corresponde designar o trabalho do homem na produção. Para as mulheres, a atribuição do trabalho doméstico designa as mulheres para o trabalho na reprodução (PERROT, 1988).

A mudança no processo de trabalho a partir da economia industrial trouxe um novo enfoque na posição feminina na sociedade, mas tais alterações não tocavam na necessidade de se perceber a mulher como “ser” que necessita também de cuidados. A mulher do século XIX tem por preocupação maior o marido, os filhos e a casa, o seu bem-estar não é levado em conta a ponto de haver uma mudança estrutural.

O século XX foi marcado por diversos modelos econômicos desde o keynesianismo até chamado neoliberalismo, embora não haja uma corrente predominante, este contribuiu substancialmente com a necessidade da saída da mulher do contexto privado para o público, o que por sua vez levou ao aumento da luta feminina para o reconhecimento da mulher como igual ao homem em seus direitos e deveres, agora não mais teoricamente, mas na prática, a partir de pontos de debate como equiparação salarial e garantia de condições de trabalho – creches para os filhos, licença maternidade, etc. – e tantos outros pontos que ainda são foco de discussão e debate de entidades feministas.

Tais organizações buscam junto ao Estado respostas a suas demandas e este responde por meio da criação de políticas públicas, afinal, como explica Coutinho (1996), o direito só pode ser garantido pelo Estado a partir da execução de políticas públicas.

Dentro deste contexto a mulher passa a investir na sua vida profissional, por meio da educação - por longos séculos negada, não mais priorizando o casamento e

filhos, agora vislumbrando a possibilidade da prática sexual desvinculada da procriação. Dois fatores se tornaram marcos para a mudança de conceito da sexualidade:

A segunda metade deste século foi marcada por, pelo menos, dois importantes eventos que deram novos impulsos para os estudos sobre a sexualidade, bem como aos seus sistemas de práticas e representações sociais: 1) o desenvolvimento de métodos contraceptivos que rompe com a associação, até então existente, entre o exercício da sexualidade e a reprodução da espécie; 2) o surgimento de novas reflexões derivadas da interseção entre a mobilização de alguns segmentos da sociedade civil organizada e de estudos realizados no âmbito da academia (CASTRO, 2004 p. 30).

No Brasil, baseando-se na cultura patriarcal autoritária e nos valores europeus, a mulher exercia a função social de reprodução e mais tarde em meados do século XVIII, sob a influência do Iluminismo, de criação dos filhos. Esta destinação “natural” é questionada a partir dos anos 60 do século XX pelo movimento feminista norte-americano, que trouxe a discussão da sexualidade sobre o prisma dos parâmetros de normalidade sexual vigente, que acabaram por impulsionar estudos de gênero no Brasil na década de 1970.

Os fóruns internacionais, em particular o ciclo de conferências sociais das Nações Unidas, tornaram mais visíveis, então, a complexa dimensão social e política da relação entre sexualidade, saúde, construção de cidadania e o exercício efetivo de direitos. As discussões sobre os Direitos Reprodutivos<sup>10</sup> e Direitos Sexuais<sup>11</sup> podem ser consideradas como um enorme avanço em termos políticos (idem, p. 31).

Perrot (1988), citando Galilée (1979), diz que algumas mulheres, de acordo com a classe social a que pertencem, trocam a “representação dominante de dona-de-casa insignificante, negligenciável e negligenciada, oprimida e humilhada, pela de uma

---

<sup>10</sup> Segundo Ávila (2002) esse conceito vincula questões de reprodução a um mesmo campo de direitos, que devem ser assegurados às pessoas como parte de sua cidadania, rompe com a naturalização dos fatos da reprodução, que sempre esteve regulada, protegida por normas e códigos.

<sup>11</sup> “Direitos Sexuais são um elemento fundamental dos direitos humanos. Eles englobam o direito a uma sexualidade prazerosa, que é essencial em si mesma e, ao mesmo tempo, um veículo fundamental de comunicação e amor entre as pessoas. Os direitos sexuais incluem o direito a liberdade e autonomia e o exercício responsável da sexualidade” (Plataforma de Ação de Beijing, 1995). Verificar

'mulher popular rebelde', ativa e resistente, guardiã das subsistências, administradora do orçamento familiar no centro do espaço urbano."<sup>12</sup>

As transformações do trabalho, a questão de gênero, a sexualidade formam a conjuntura em que as adolescentes se inserem e constroem sua identidade, a maternidade passa a ser compartilhada como posto principal na vida feminina com a profissão, a busca da remuneração e da autonomia.

A questão a ser resolvida é como lidar, com pelo menos três papéis na sociedade: adolescência, maternidade e a vida escolar, pois no momento em que ocorre a gravidez, em alguns casos, há uma relação direta com o abandono definitivo da escola e ocorrência de matrimônio, mesmo que informais, restrições às opções de vida e de oportunidades de inserção no mercado de trabalho (FREDIANI *et al*, 1994, e DESSER, 1993).

---

<sup>12</sup> *L'Histoire sans qualité*, Paris, Galilée, 1979, obra coletiva.

## Capítulo II: Estatuto da Criança e do Adolescente: a mudança de foco

"O que mais preocupa não é nem o grito dos violentos, dos corruptos, dos desonestos, dos sem-caráter, dos sem-ética. O que mais preocupa é o silêncio dos bons."  
**Luther King**

Discutir a elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente requer pressupostos históricos muito bem alinhavados. Faz-se relevante compreender a trajetória de luta pela defesa dos direitos básicos de crianças e adolescentes, até que chegassem a ser garantidos em lei.

Ao tratar deste tema se aceita o desafio de demonstrar as múltiplas facetas nas lutas políticas travadas em vários momentos históricos e evidenciar os atores inseridos nesta ação pela garantia de inclusão social e construção da cidadania. Este breve histórico abrange o período compreendido entre a promulgação do *Código de Menores* de 1927 e o momento atual. Busca-se apenas estabelecer uma cronologia que aponte as principais mudanças ocorridas até o surgimento do *Estatuto da Criança e do Adolescente* - o ECA.

### 2.1 A Mudança de Foco.

O ECA foi criado a partir de amplas discussões e estudos de diferentes organismos da sociedade. Reforça a proteção integral de todas as crianças e adolescentes, assegurando-lhes a condição de pessoas em desenvolvimento e que gozam de direitos e deveres.

No que diz respeito à promoção e defesa dos Direitos da Criança, o Brasil foi o primeiro país da América Latina – e um dos primeiros do mundo – a "acertar o passo" da sua legislação com o que há de melhor na normativa internacional. De fato, o artigo 227 da Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90) superaram o desgastado modelo da doutrina da situação irregular substituindo-o pelo enfoque de proteção integral, concepção sustentadora da Convenção Internacional

dos Direitos da Criança, aprovada pela Assembléia Geral da ONU em 20 de novembro de 1989.

O mais notável nesse processo de mudança foi que ele não resultou, como é freqüente acontecer nesses casos, do trabalho isolado de um seleto grupo de especialistas. Ao contrário, tanto o dispositivo constitucional como a lei que o regulamenta foram produzidos no seio de um extraordinário processo de mobilização ética, social e política, que envolveu representantes do mundo jurídico, das políticas públicas e do movimento social.

A implementação de um novo ordenado jurídico é um processo lento, laborioso e difícil. Em relação às leis anteriores, o ECA trouxe grandes avanços. A principal mudança de enfoque é que, anteriormente, no Código de Menores, vigorava a doutrina da situação irregular, pela qual o menino de rua, a menina explorada sexualmente, a criança trabalhando no lixão, estavam em situação irregular e deveriam ser “objeto” de intervenção do Estado. Com o ECA, quem está em situação irregular não são mais as crianças, mas a família, o Estado e a sociedade, que não garantiram em conjunto a proteção integral.

O Estatuto influenciou a elaboração de legislações semelhantes em mais de 15 países, pois é uma legislação que atende a Convenção dos Direitos da Criança das Organizações das Nações Unidas (ONU). É reconhecido internacionalmente como uma das leis mais avançadas do mundo em relação à proteção da infância e adolescência, garantindo os direitos e deveres de cidadania a crianças e adolescentes, determinando à família, à sociedade, à comunidade e ao Estado a co-responsabilidade pela sua proteção integral.

O Estatuto institui um sistema participativo de formulação, controle e fiscalização das políticas públicas entre Estado e sociedade civil: os conselhos. O ECA assegura a participação da sociedade na definição de políticas públicas por meio de Organizações Não Governamentais, que são eleitas de dois em dois anos para comporem os conselhos e representarem toda a Sociedade Civil.

## 2.2 O Código de Menores

O *Código de Menores*, redigido por Mello Mattos, foi aprovado em 1927, após intensos debates que reuniam figuras proeminentes, à época, nos meios políticos, jurídicos, legislativos e assistenciais. Tal código foi elaborado com extrema minúcia, e continha 231 artigos. Destacava-se, dentre os dispositivos apresentados, uma detalhada descrição das atribuições da *autoridade competente - o Juiz de Menores*. Sob sua esfera de ação encontram-se os *"Infantes com menos de 2 anos de idade, criados fora das casas dos pais"*, os menores nos *"asilos dos expostos"*, as nutrizes de aluguel, as residências, as escolas, as vias públicas, os estabelecimentos de recolhimento e internação de menores, as oficinas, as indústrias, etc.

A vigilância da autoridade pública se dá através da Inspetoria de *"Hygiene Infantil"* e do *"Laboratório de Biologia Infantil"*, este criado na década de 20 sob a égide da medicina higienista e composto também por outros trabalhadores sociais, propiciando à instância jurídica elementos para definir o conteúdo psíquico-social da *irregularidade*, artifício jurídico que transformou a criança pobre em *"menor carente"* ou *"menor infrator"*.

Em que pesem tais artifícios, o problema da assistência permanecia por ser equacionado, na medida em que o Código de Menores, ao definir a irregularidade de maneira abrangente, fazia com que a rede de atendimento tivesse por objetivo abarcar todos os efeitos da pobreza, subsumindo funções de abrigo, casa, escola, hospital e prisão (RIZZINI, 1995 p.215).

Eram também da competência do Juizado de Menores a suspensão do Pátrio Poder e as ações dirigidas aos menores abandonados, delinquentes, *"pervertidos"* ou que estivessem em *"perigo de o ser"*.

Ao final da década de 30, intensificam-se as ações do Laboratório de Biologia Infantil. Os exames físico, mental e social que eram realizados tinham o objetivo de

investigar as "*causas que levam a criança ao vício e ao crime, apurando a influência do meio e das taras hereditárias*" (Lima *apud* Rizzini, 1995:265). Os diagnósticos realizados à época (década de 30) incluem um número crescente de termos psiquiátricos em relação à década anterior, pois a divulgação e prestígio da psiquiatria crescem com a influência exercida pela *Liga Brasileira de Hygiene Mental*, legitimando, "... *cientificamente, uma prática de exclusão e discriminação*" (Rizzini, 1995: 266).

Segundo Rizzini (1995:136), "*As transformações que sobrevirão, instalado o governo Vargas nos anos 30, incidirão diretamente sobre a questão da infância e da adolescência, como parte importante do projeto de reformulação do papel do Estado*".

Observa-se, no Artigo 127 do texto constitucional de 1937, uma mudança da conotação jurídica na descrição do problema dos menores para uma caracterização de cunho social da infância e adolescência:

A infância e a juventude devem ser objeto de cuidados e garantias especiais por parte do Estado, que tomará todas as medidas destinadas a assegurar-lhes condições físicas e morais de vida sã e de harmonioso desenvolvimento de suas faculdades. O abandono moral, intelectual e físico da infância e da juventude importará falta grave dos responsáveis por sua guarda e educação, e cria ao Estado o dever de provê-las de conforto e dos cuidados indispensáveis à sua preservação física e moral. Aos pais miseráveis assiste o direito de invocar auxílio e proteção do Estado para a subsistência e educação da sua prole<sup>13</sup> (idem p. 136).

Um lugar de destaque para a Assistência Social começa a se configurar, e a partir de 1936 são fundadas escolas de Serviço Social no país. No início da década de 40, em pleno Estado Novo, é nítida a política de Estado voltada ao menor e à criança, então duas categorias indiscutivelmente separadas e específicas.

Cria-se, através do Decreto-lei n° 3.799 de 05/11/41, o *Serviço de Assistência aos Menores* (SAM), cuja finalidade é:

---

<sup>13</sup> Constituição de 1937.

- a) sistematizar e orientar os serviços de assistência a menores desvalidos e delinqüentes, internados em estabelecimentos oficiais e particulares;
- b) proceder à investigação social e ao exame médico-psico-pedagógico dos menores desvalidos e delinqüentes;
- c) abrigar os menores a disposição do Juízo de Menores do Distrito Federal;
- d) recolher os menores em estabelecimentos adequados, a fim de ministrarlhes educação, instrução e tratamento sômato-psíquico;
- e) estudar as causas do abandono e da delinqüência infantil para a orientação dos poderes públicos;
- f) promover a publicação periódica dos resultados de pesquisas, estudos e estatísticas<sup>14</sup>.

No ano seguinte (1942), cria-se a *Legião Brasileira de Assistência - a LBA*, voltada para a Assistência Social às famílias dos brasileiros convocados na guerra, mas estendendo seu amparo aos mais diversos objetivos, como a melhoria do nível de vida dos trabalhadores, a educação popular, a saúde do "*povo brasileiro*" e o "*reajustamento das pessoas, moral ou economicamente desajustadas*" (Estatuto da LBA, *apud* Rizzini, 1995, p. 138).

### 2.3 Quadro Comparativo.

A partir desse esboço anteriormente descrito, procederemos a uma análise da Legislação voltada para a infância e adolescência na década de 90, época da

---

<sup>14</sup> Decreto-lei nº 3.799 de 05/11/41 *apud* Rizzini, 1995,p. 277.

implantação do *Estatuto da Criança e do Adolescente* e dos *Conselhos Tutelares*, iniciando com um quadro comparativo entre as legislações anteriores e o ECA.

Este quadro comparativo foi obtido a partir do *Quadro Sinóptico Comparativo Entre as Leis 6.697/79* (Código de Menores de 1979), *4.513/64* (Política Nacional de Bem-Estar do Menor) e o *Estatuto da Criança e do Adolescente*, quadro este organizado pelo livro *Brasil Criança Urgente - O Novo Direito da Criança e do Adolescente* (Costa *et al.*, 1989), acrescido da inclusão, feita pela autora da presente dissertação, do *Código de Menores* de 1927 (Mello Mattos *apud* Minguzzi, 1973).

O Código de Mello Mattos foi incluído por sua detalhada elaboração e pelo fato dos códigos que o sucederam, à exceção do *Estatuto da Criança e do Adolescente*, trazerem poucas modificações quanto ao conteúdo.

O lançamento do *Estatuto da Criança e do Adolescente*, em 1990, marca, portanto, uma ruptura com a tradição "*menorista*" dos códigos anteriores. Esse processo não se dá sem que uma importante tensão surja no cenário jurídico social, e o próprio termo "*menor*", abolido do ECA pela conotação estigmatizante que recebeu ao longo de décadas, continua sendo empregado pela imprensa em 2007, dezessete anos após a promulgação do Estatuto.

<b>Aspecto Considerado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Código de Mello Mattos (1927)</li> <li>• Código de Menores (6.697/79)</li> <li>• Lei 4.513/64</li> </ul>	<b>Estatuto da Criança e do Adolescente</b>
1. <i>Base doutrinária</i>	Direito tutelar do menor. Os menores eram objeto de medidas judiciais quando se encontravam em situação irregular, assim definida legalmente.	<i>Proteção integral: a lei assegura direitos a todas as crianças e adolescentes sem discriminação de qualquer tipo.</i>

<p><i>2. A concepção político-social implícita</i></p>	<p>Tratava-se de um instrumento de controle social da infância e adolescência, que eram sujeitas às omissões e transgressões da família, da sociedade e do Estado em seus direitos básicos.</p>	<p><i>Trata-se de um instrumento de desenvolvimento social voltado para o conjunto da população e juventude do País, garantindo PROTEÇÃO ESPECIAL àquele segmento, considerado pessoal e socialmente mais sensível.</i></p>
<p><i>3. Visão da criança e do adolescente</i></p>	<p>Menor em situação irregular: objeto de medidas judiciais.</p>	<p><i>Sujeito de direitos Condição peculiar de pessoa em desenvolvimento</i></p>
<p><i>4. Posição do magistrado</i></p>	<p>Os códigos não exigiam fundamentação das decisões relativas à apreensão e confinamento de menores, utilizando critérios exclusivamente subjetivo.</p>	<p><i>Garante à criança e ao adolescente o direito a ampla defesa, com todos os recursos a ela inerentes. Limita os poderes, antes absolutos, do juiz.</i></p>
<p><i>5. Em relação à apreensão</i></p>	<p>A prisão cautelar era preconizada nesses códigos, o que, à época da elaboração do ECA, já constituía uma medida antijurídica</p>	<p><i>Restringe a apreensão a apenas dois casos</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>1. flagrante delito de infração penal</i></li> <li><i>2. ordem expressa e fundamentada do juiz</i></li> </ol>
<p><i>6. Objetivo</i></p>	<p>Dispor sobre a assistência a menores entre zero e dezoito anos, que se encontrem em situação irregular, e entre 18 e 21</p>	<p><i>Garantia dos direitos pessoais e sociais, através da criação de oportunidades e facilidades a fim de favorecer o</i></p>

	anos, nos casos previstos em lei através da aplicação de medidas preventivas	<i>desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade</i>
<i>7. Efetivação em termos de política social</i>	As medidas previstas restringiam-se ao âmbito: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. da Política Nacional de Bem-Estar do Menor (Funabem e congêneres)</li> <li>b. Segurança Pública</li> <li>c. Justiça de Menores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>políticas sociais básicas;</i></li> <li>• <i>políticas assistenciais (em caráter supletivo)</i></li> <li>• <i>serviços de proteção e defesa das crianças e adolescentes vitimizados</i></li> <li>• <i>proteção jurídico-social</i></li> </ul>
<i>8. Princípios estruturadores da política de atendimento</i>	Políticas sociais compensatórias (assistencialismo) e centralizadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>municipalização das ações</i></li> <li>• <i>participação da comunidade organizada na formulação das políticas e no controle das ações</i></li> </ul>
<i>9. Direito de defesa</i>	Considerava o menor acusado de infração penal como prescindindo de advogado de defesa, já que tal função seria exercida pelo curador de menores (promotor público)	<i>Garante ao adolescente, a quem se atribua autoria de infração penal, defesa técnica por profissional habilitado (advogado)</i>
<i>10. Mecanismos de participação</i>	Não abria espaços à participação de outros atores que limitassem os poderes da autoridade policial judiciária e administrativa	<i>Prevê instâncias colegiadas de participação (Conselhos paritários Estado-sociedade) nos níveis federal, estadual e municipal</i>

<p>11. <i>Vulnerabilidade sócio-econômica</i></p>	<p>Os menores carentes, abandonados e infratores deviam passar todos pelas mãos do juiz</p>	<p><i>Os casos de situação de risco pessoal e social são atendidos por uma instância sócio-educacional colegiada: o Conselho Tutelar</i></p>
<p>12. <i>Infração</i></p>	<p>Os casos de infração penal implicavam, sob o eufemismo de procurar atender "ao melhor interesse" da criança e do jovem, na invariável reclusão dos mesmos</p> <p>O dispositivo utilizado era o da institucionalização ampla, aplicada até mesmo nos casos de infrações que não resultassem em ameaça à pessoa.</p>	<p><i>Os casos de infração que não impliquem grave ameaça à pessoa podem ser beneficiados por remissão (perdão), como forma de exclusão ou suspensão do processo</i></p>
<p>13. <i>Internamento</i></p>	<p>Medida aplicável a crianças e adolescentes por pobreza (manifesta incapacidade dos pais para mantê-los), sem tempo e condições determinados</p>	<p><i>Medida só aplicável a adolescentes autores de ato infracional grave, obedecidos os princípios de:</i></p> <p><i>brevidade,</i></p> <p><i>excepcionalidade</i></p> <p><i>e respeito à sua condição peculiar de pessoa em desenvolvimento</i></p>

<p><i>14. Caráter social</i></p>	<p>Penalizava a pobreza através de mecanismos como:</p> <p>a. cassação do pátrio poder</p> <p>b. imposição da medida de internamento a crianças e adolescentes pobres.</p>	<p><i>A falta ou insuficiência de recursos deixa de ser motivo para perda ou suspensão do pátrio poder. Através do Conselho Tutelar, desjudicializa os casos exclusivamente sociais</i></p>
<p><i>15. Crimes e infrações cometidos contra crianças e adolescentes</i></p>	<p>Código de Mello Mattos - penalizava tais crimes através da sanção penal ao adulto infrator e do internamento da criança ou adolescente vitimados.</p> <p>Os demais códigos eram omissos a esse respeito.</p>	<p><i>Pune o abuso do pátrio poder, das autoridades e responsáveis pelas crianças e jovens.</i></p>
<p><i>16. Fiscalização do cumprimento da lei</i></p>	<p>Não havia fiscalização do Judiciário por nenhuma instância, governamental ou não.</p>	<p><i>Prevê participação ativa da comunidade e, através dos mecanismos de defesa e proteção dos interesses difusos e coletivos, pode levar as autoridades omissas ou transgressoras ao banco dos réus.</i></p>

<i>17. Internamento provisório</i>	Era medida das mais corriqueiras	<i>Só prevê internamento provisório em caso de crime cometido com grave ameaça ou violência à pessoa</i>
<i>18. Política Nacional do Bem-Estar do Menor (PNBEM)</i>	O Código de 1979 e a Lei de 1964 tinham como retaguarda dos juízes a Funabem e suas congêneres estaduais - Febem(s)*	<i>O Estatuto prevê a extinção da Funabem e a criação do Conselho e de uma Coordenação Técnica</i>
<i>19. Funcionamento da Política</i>	Traçada pela Funabem e executada pelas Febem(s) e congêneres com apoio técnico e financeiro do órgão nacional	<i>Ao órgão nacional caberá apenas a função de traçar as normas gerais e coordenar a política no âmbito nacional</i>
<i>20. Estrutura</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Funabem</li> <li>• Febem(s)</li> <li>• Justiça de Menores</li> <li>• Segurança Pública</li> </ul> Programas municipais e comunitários	<i>Conselhos paritários, fundos e coordenações técnicas em todos os níveis: União, Estado e Município</i>
<i>21. Elaboração</i>	Elaborados por um seleto grupo de juristas	<i>Elaborado pelo movimento social em favor da criança e do adolescente, articulado pelo Fórum DCA (Fórum Nacional permanente de entidades não-governamentais de Defesa da Criança e do Adolescente), com apoio técnico-judiciário dos</i>

		<i>ministérios públicos, de juristas de magistratura e da Funabem</i>
--	--	---

\* Nos itens 18-20, as células não incluem o Código de Menores de 1927.

## 2.4 Os Avanços do ECA

Como foi demonstrado pelo quadro comparativo apresentado, são inegáveis os avanços propostos pelo ECA em relação aos Códigos de Menores que o precederam.

Tirar o Estatuto do papel é uma operação que, além de implicar mudanças no panorama legal dos Estados e Municípios, requer também um corajoso e amplo reordenamento institucional dos organismos que atuam na área.

Este processo necessita, também, de um esforço concentrado e continuado de capacitação de todo o pessoal dirigente, técnico e auxiliar envolvido diretamente no atendimento à população infanto-juvenil, a fim de implantar práticas novas. Não há como negar que já se fez muita coisa. O Conselho Nacional e quase todos os Estaduais já estão funcionando.

Cerca de dois mil municípios implantaram ou já iniciaram a implantação de seus Conselhos de Direitos. Este é um processo inédito de mobilização em favor da criança. Nunca uma lei organizou tantas pessoas, em tantos lugares diferentes, em defesa de uma mesma causa. Os avanços, porém, não se resumem ao plano da mobilização. A mortalidade infantil vem sendo enfrentada com seriedade e competência em vários estados do Brasil. Na educação, há estados e municípios traduzindo, em termos práticos, o direito à educação como ingresso, regresso,

sucesso e permanência de todas as crianças na escola. No campo da proteção, a criatividade institucional e comunitária de estados, municípios e ONGs tem gerado um expressivo elenco de programas voltados para a idéia de educação o dia inteiro, sem que isso signifique escola o dia inteiro.

Finalmente, no que diz respeito ao judiciário, hoje já podemos apontar juizes, promotores e advogados capazes de enfrentar o problema da delinqüência juvenil com severidade e justiça sem, no entanto, abrir mão das garantias próprias do estado democrático de direito. Contudo, ainda resta muito por fazer. Principalmente no campo das políticas sociais básicas: educação, saúde e profissionalização. As culturas política, administrativa e técnica do passado continuam barrando os avanços dos Conselhos. A burocracia, o corporativismo, o clientelismo e o fisiologismo seguem obstaculizando os anseios de participação e de transparência que o novo direito da infância e da juventude pressupõe e requer.

A mobilização social em favor da criança, a cada dia se aprofunda e amplia em todo o país. O Pacto pela Infância, por sua vez, é a demonstração cabal da capacidade da criança de servir de base para a edificação de consensos em uma sociedade democrática. As forças nele aglutinadas colocaram, de fato, os direitos da população infanto-juvenil acima de qualquer outro bem ou interesse, pondo de lado as divergências e antagonismos que os separam em outros planos da vida nacional.

É inevitável, porém, que algumas vozes se ergam pregando o retrocesso. São pessoas e grupos que ainda não acreditam que o Brasil seja capaz de conviver com os avanços mais recentes no campo dos direitos da criança. Advogam, por isso mesmo, o retorno ao panorama legal anterior à redemocratização.

Para esses segmentos, o mais importante é lembrar que, se é verdade que existe no Brasil hoje uma enorme distância entre a lei e a realidade, o melhor caminho para diminuir esse hiato entre o país-legal e o país-real não é piorar a lei, mas melhorar a realidade, para que ela se aproxime cada vez mais do que dispõe a

legislação. As dificuldades de uma conjuntura adversa não podem justificar um retrocesso histórico nas conquistas do estado democrático de direito em favor da infância e da juventude.

### Capítulo III: Política (pública) social: Estado e cidadania

(...) ao se fixar nas evidências da perda e impotência dos direitos sociais,  
há o risco de demissão do pensamento,  
para não dizer da ação,  
por conta de uma espécie de aprisionamento no próprio presente,  
sem abertura para um campo de possíveis.

Vera da Silva Telles

#### 3.1 Política pública<sup>15</sup> e cidadania

Vislumbrar a possibilidade de concretização de um Estado de Direito num contexto neoliberal requer ter em mente qual viés metodológico está se adotando. De acordo com a filosofia marxista, o Estado dever intervir no sentido de viabilizar a emancipação dos indivíduos da sociedade, emancipação esta—entendida como a socialização das riquezas produzidas, e não somente (como ocorre nos dias de hoje) a socialização da produção dessas riquezas; assim como a socialização dos meios de produção.

Sob este prisma, percebe-se que as ações desenvolvidas pelo Estado não promovem emancipação, mas antes certa acomodação e até mesmo a alienação para aquele que utiliza o serviço.

Dentro do conceito mais geral de neoliberalismo, pode-se dizer que é uma faceta do capitalismo, mas apresentado sobre sua forma mais voraz, até mesmo que o liberalismo, porque se espalhou de forma mais cruel e globalizada.

O fenômeno da globalização mundial é definido por Chesnais (1999, p.77) como:

O quadro político e institucional no qual um modo específico de funcionamento do capitalismo foi se constituindo desde o início dos

---

<sup>15</sup>A *política pública* se apresenta como um conjunto de diretrizes, legislação, normas voltadas para a sociedade, evidenciando seu caráter público, podendo oferecer serviços que revertam lucro para o beneficiário. Ao contrário, a *política social* parte do pressuposto da não lucratividade, e da garantia de serviços e benefícios que visam o atendimento das *necessidades humanas básicas*, àqueles que dela comprovarem necessitar. Sendo assim, toda política social é política pública, mas nem toda política pública é política social.

Para maiores esclarecimentos sobre as temáticas acima propostas recomendo os livros: PEREIRA, Potyara A. P. *Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais*. São Paulo: Cortez, 2000. e FALEIROS, Vicente de Paula. *O que é Política Social*. 3ª edição. São Paulo: Editora brasiliense, 1988.

anos 80, em decorrência das políticas de liberalização e de desregulamentação das trocas, do trabalho e das finanças, adotadas pelos governos dos países industriais, encabeçados pelos Estados Unidos e a Grã-Bretanha.

Apesar de haver correntes teóricas que dizem do “mito da mundialização”<sup>16</sup>, o que é recorrente é a disseminação de informações das muitas qualidades do neoliberalismo. Não se pretende neste estudo ignorar os benefícios que este modelo trouxe, como o avanço tecnológico, por exemplo, mas questiona-se qual o preço a se pagar para que haja a evolução? Quantas pessoas da sociedade têm efetivamente acesso a esses benefícios tecnológicos?

Em nome de toda esta evolução criam-se miseráveis as diferenças econômicas entre as classes sociais estão diminuindo, contudo estão se igualando para baixo. Os “novos” pobres já se apresentam em vários segmentos da sociedade, porque não conseguem manter seu *status* em tal conjuntura perversa.

Soares (2002 p. 18) defende que a exclusão causada pelo severo ajuste neoliberal apresenta “o caráter global da modernização (...) pelo sentido comum de agravamento das desigualdades e de produção de excludência”.

A questão social<sup>17</sup> se apresenta travestida com outra roupagem nos dias atuais, pode-se identificar “indivíduos e grupos sociais em situações particulares de denegação de direitos” (TELLES, 1999, p. 129), e não mais delegar a pobreza à determinada classe social.

---

<sup>16</sup> Ibidem, p. 80.

<sup>17</sup> Segundo Potyara Pereira (s.d.) “*Questão social*, como diz Castel (1998) é um desafio que interroga, que põe em questão a capacidade de uma sociedade (ou nação) existir como um conjunto ligado por relações de interdependência, isto é, por relações de integração. É, mais exatamente, uma *ameaça* de rompimento desse conjunto de relações, que se manifesta por meio de conflitos de interesses. Esta é a percepção corrente de *questão social* encontrada também em autores como Rosanvallon (1998) e outros, mais antigos, que se tornaram clássicos, como Karl Polanyi (1980)”.

Para aprofundamento da temática recomendo as seguintes leituras: ROSANVANLLON, Pierre. *A nova questão social: repensando o Estado Providência*. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998; CASTEL, Robert. *As metamorfoses da questão social: uma crítica do salário*. Petrópolis: Vozes, 1998; POLANYI, Karl. *A grande transformação: as origens de nossa época*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

A resposta dada pelo Estado-às mazelas sociais é fruto de lutas de movimentos sociais preocupados com o rumo que toda a sociedade está tomando, e não como simples resposta aos apelos da burguesia para manter os mínimos possíveis.

Através de suas lutas, os trabalhadores postulam direitos sociais que, uma vez materializados, é uma indiscutível conquista; isso não anula a possibilidade de que, em determinadas conjunturas, a depender da correlação de forças, a burguesia use as políticas sociais para desmobilizar a classe trabalhadora, para tentar cooptá-la, et (COUTINHO, 1997, p. 157).

É verdade que a figura do Estado é parte do problema, afinal esta instituição não responde por si mesma, senão através de governantes que defendem seus pontos de vista. Isso traz à tona a questão: como um organismo se pretende isento, se nele estão contidas pessoas da sociedade que dão norte a ele? É impensável a idéia de um Estado neutro, e a doutrina ideológica por ele seguida fica muito evidenciada nas ações que desenvolve.

De maneira a atender a reivindicações, o Estado implanta políticas sociais, mas estas se apresentam, em sua maioria, de cunho focalizado, para cumprir acordos firmados-previousmente como previa o Consenso de Washington<sup>18</sup>, segundo o qual o ataque à pobreza se dá de forma pontual.

A partir de então, como pensar cidadania, como compreender democracia, dentro do Estado que ao mesmo tempo deve cumprir acordos, e atender a sociedade, seja ela representada pela burguesia ou pelo proletariado?

Coutinho (1997, p. 145-146) compreende que a cidadania é uma conquista não alcançada por todos, num contexto neoliberal, apresentando-se como resultado de

---

<sup>18</sup> Reunidos na capital americana em novembro 1989 no *International Institute for Economy*, funcionários do governo dos EUA, dos organismos internacionais e economistas latino-americanos discutiam um conjunto de reformas essenciais para que a América Latina superasse a crise econômica e retomasse o caminho do crescimento. O diagnóstico era tenebroso: dívida externa elevada, estagnação econômica, inflação crescente, recessão e desemprego. As conclusões desse encontro passaram a ser denominadas informalmente como o Consenso de Washington, expressão atribuída ao economista inglês John Williamson. Longe de ser uma tese conspiratória do governo norte-americano, do Banco Mundial ou do FMI, o consenso representava uma corrente de pensamento na defesa de um conjunto de medidas técnicas em favor da economia de mercado, que visavam, em tese, a recuperação econômica dos países latino-americanos. Denominadas "neoliberais", essas medidas foram aplicadas inicialmente no programa de governo de Margaret Thatcher, a partir dos anos 80. Tendo como eixo central o combate ao poder dos sindicatos e a redução do papel do Estado na economia (Estado mínimo), empregou-se o receituário neoliberal: privatização das empresas estatais, flexibilização da legislação trabalhista, redução da carga fiscal e abertura comercial.

uma luta diária; e a democracia como meio de a população fazer parte das decisões tomadas pelo seu país:

Cidadania é a capacidade conquistada por alguns indivíduos, ou (no caso de uma democracia efetiva) por todos os indivíduos, de se apropriarem dos bens socialmente criados, de atualizarem todas as potencialidades de realização humana abertas pela vida social em cada contexto historicamente determinado.

A cidadania não é dada aos indivíduos de uma vez para sempre, não é algo que vem de cima para baixo, mas é resultado de uma luta permanente, travada quase sempre a partir de baixo, das classes subalternas, implicando um processo histórico de longa duração.

(...) democracia é sinônimo de soberania popular. Ou seja, podemos defini-la como a presença efetiva das condições sociais e institucionais que possibilitam ao conjunto dos cidadãos a participação ativa na formação do governo e, em consequência, no controle da vida social.

Estas definições procuram nortear os meios a se chegar à eliminação das desigualdades sociais e econômicas, em que a política e ideológica pelo reconhecimento de direitos à pessoa humana o despertar da alienação e o exercício da cidadania devem ser levados em consideração *a priori*.

### 3.1.1 Os direitos sociais num contexto neoliberal

Segundo Marshall (1967), os direitos sociais se forjaram na Inglaterra em 1834 com o advento da *Poor Law*, que garantia determinados benefícios àquelas pessoas que não eram capazes de manterem-se economicamente sozinhas, mas para fazer parte deste grupo o indivíduo deixava de ser considerado cidadão porque era obrigado a abrir mão de seus direitos civis e políticos. Sua função de proteção social era muito restrita, e trazia inúmeros estigmas a quem dela se utilizava, caracterizando um modelo discriminatório.

O século XIX foi em grande parte fundador dos direitos sociais, mas estes eram desconectados do conceito de cidadania. Ao final deste século a educação primária faz os direitos sociais insurgirem como elemento fundante de cidadania.

Tornou-se cada vez mais notório, com o passar o século XIX, que a democracia política necessitava de um eleitorado educado e de que a produção científica se ressentia de técnicos e trabalhadores qualificados. O dever de auto-aperfeiçoamento e de autocivilização é, portanto, um dever social e não somente individual porque o bom funcionamento de uma sociedade depende da educação de seus membros. E uma comunidade que exige o cumprimento dessa obrigação começou a ter consciência de que sua cultura é uma unidade orgânica e sua civilização uma herança nacional. Depreende-se disto que o desenvolvimento da educação primária pública durante o século XIX constitui o primeiro passo decisivo em prol do restabelecimento dos direitos sociais da cidadania no século XX (MARSHALL, 1967, p. 74).

No século XX os direitos sociais se tornam parte do conceito de cidadania, servindo para equilibrar a defasagem quanto às rendas reais e nominais, trazendo melhorias, mesmo que pequenas, para a condição econômica e social da população.

O sistema neoliberal é um retorno ao liberalismo ortodoxo, mas modificado para adaptar-se a realidade de crise do capitalismo que estava configurado. Este processo se deu de forma mais aparente nos idos da década de 1970.

Este modelo econômico introduzido pelo sistema neoliberal desencadeia a acumulação de divisas e disputa entre grandes corporações, homogeneizando os padrões de produção e consumo – o que se denomina globalização – e trazendo a reboque a quebra de autonomia dos Estados Nacionais.

Para Friedman (1977) o Estado deve manter suas ações restritas ao auxílio à pobreza quando necessário, a fim de complementar a filantropia privada e das comunidades.

O neoliberalismo traz em sua roupagem nova “a informalidade no trabalho, o desemprego, o subemprego, a desproteção trabalhista, e (...) uma ‘nova’ pobreza” (SOARES, 2002, p. 12), e o discurso do “Estado mínimo” como o “mercado constituindo o melhor e mais eficiente mecanismo de alocação de recursos; a redução do Estado (do seu tamanho, do seu papel, e de suas funções)” (DRAIBE, 1994, p. 89).

Há de se ter claro que as mazelas sociais não são indícios do mau funcionamento do processo, mas ao contrário, dizem do sacrifício ao qual uma grande parcela da população deve se submeter para que ocorra o bem comum.

As políticas sociais nos países capitalistas—ou no Estado Neoliberal são vistas como cerceadoras do direito individual, sendo “resultado das relações entre capital e trabalho mediadas pela intervenção estatal” (TEIXEIRA, 1988, p. 46).

Os Estados Nacionais perdem seu poder de decisão sobre as orientações que irão nortear seu país pelos próximos anos, ficando à mercê do mercado globalizado. Os direitos sociais da população também se tornam reféns das decisões estrangeiras, contudo, “os impactos e conseqüências da crise (...) diferenciam-se entre os países pela inserção internacional de suas economias e pelos particulares desenvolvimentos históricos, que determinam respostas sociais e políticas específicas”(idem, p. 11).

As políticas de proteção social são forjadas em meio a este cenário político, o que acaba por suscitar o questionamento quanto aos “benefícios” oferecidos pelo Estado. Pode-se separar didaticamente esta ferramenta estatal em duas formas de ação, das quais a primeira diz respeito aos benefícios oferecidos à sociedade e a segunda trata da legitimação da ordem vigente. E em se tratando desta dualidade deve-se prestar atenção à complementaridade e repulsa que ambas exercem reciprocamente, o que torna as políticas sociais, desta forma, um paradoxo para o cidadão.

...porque ao mesmo tempo em que responde positivamente aos interesses dos representantes do trabalho, proporcionando-lhes ganhos reivindicados na sua luta constante contra o capital também atende positivamente interesses dos representantes do capital, preservando o potencial produtivo da mão-de-obra e, em alguns casos, (...) desmobilizando a classe trabalhadora (PEREIRA, 1999 p. 54).

O Estado Social, segundo Behring (2002), se propõe a garantir direitos individuais, sociais e econômicos aos cidadãos a partir do atendimento das

necessidades humanas básicas<sup>19</sup>. Contudo, Demo (2001) alerta para a elaboração de uma política social de cunho redistributivo e autopromotor, aquela que tange as desigualdades sociais.

Nas sociedades modernas tais medidas governamentais são destinadas a amenizar a relação de contradição decorrente do desequilíbrio entre a acumulação e a igualdade, através da redistribuição de benefícios sociais.

As políticas sociais podem se tornar mecanismos para obtenção e manutenção da hegemonia por parte do bloco no poder, satisfazendo os interesses das classes dominantes, buscando enfim a diminuição de conflitos e a obtenção do consenso.

O processo de retratação e concomitante privatização das políticas sociais no Brasil e na América Latina – com a introdução de cobranças “seletivas” para determinados serviços básicos essenciais, como a assistência médica – tem levado à dualidade no acesso a esses serviços, criando um setor público para pobres, sem recursos e cada vez mais desfinanciado; e, de forma “complementar”, um setor privado (representado hoje por empresas e conglomerados financeiros de seguro), para quem pode pagar e, o que é mais grave, cada vez mais subsidiado com recursos públicos (SOARES, 2002, p. 91).

Tornar um povo cidadão requer mais do que mera assistência despolitizada e desconexa da realidade posta, antes pressupõe a contemplação plena dos direitos políticos, civis e sociais (COUTINHO, 1997).

Os direitos sociais não podem ser considerados como “benefícios” oferecidos pelo Estado ou Mercado, mas antes uma resposta aos embates travados na arena política, numa tentativa de equilibrar as enormes diferenças sociais e enfim erradicar a pobreza e a miséria, causadas pela ultra-exploração da força de trabalho. E é através desta exploração que o indivíduo não se percebe parte do todo e se deixa enredar pelos “encantos” do capitalismo, que traz um belíssimo discurso de convencimento demonstrando a possibilidade de qualquer indivíduo alcançar o patamar mais elevado na escala social, por meio de seu trabalho, já que as condições estão postas para

---

<sup>19</sup> Para ampliar o conhecimento sobre o tema ver: Pereira, Potyara A. P. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

todos. Portanto, utopia e propaganda fazem parte dos instrumentos utilizados para manter o controle hegemônico da sociedade.

O cidadão tem que *se ver* e *se fazer ser* parte da engrenagem que move todo esse processo econômico, porque só assim, vencendo a alienação, é que se tornará cidadão de fato.

A indiferenciação do pobre remete a uma esfera homogênea das necessidades na qual o indivíduo desaparece como identidade, vontade e ação, pois plenamente dominado pelas circunstâncias que o determinam na sua impotência. É essa homogeneização carregada de conseqüências, inscrita na figura do pobre, que a prática da cidadania dissolve (TELLES, 2002, p. 129)

Apenas quando a questão social é publicizada, colocada em pauta na agenda pública, é que ocorre a busca da realidade que cerca a pobreza e isto é um exercício de cidadania. Apesar da dualidade presente na elaboração de políticas públicas sociais e todas as dificuldades enfrentadas na contemporaneidade, pode-se dizer dos ganhos conquistados nos meandros da sociedade, mesmo que “a acusação de ignorância e incompetência para a coisa pública continue a mobilizar o imaginário coletivo e a tranquilizar a opinião pública ‘esclarecida’ que se vê confirmada em seus arraigados preconceitos”(idem, p. 130).

### 3.1.2 Impactos do neoliberalismo na América Latina

Na década de 1970 foi implementado o modelo criado pelo Consenso e Washington que se caracteriza por

um conjunto abrangente de regras de condicionalidade aplicadas de forma cada vez mais padronizada aos diversos países e regiões do mundo, para obter o apoio político e econômico dos governos centrais e dos organismos internacionais. Trata-se também de políticas macroeconômicas de estabilização acompanhadas de reformas estruturais liberalizantes (TAVARES e FIORI, cit. por SOARES, 2002, p. 16)

O final da década de 1980 e início da década de 1990 é o marco de deslanche dos ajustes neoliberais na América Latina, que se apresentaram de formas

diferenciadas. Na década de 1980 os ajustes diziam respeito ao pagamento da dívida externa. Ao contrário disto, na década de 1990 os saldos foram convertidos para que houvesse um aumento da importação com o discurso de elevar a competitividade. E cada vez mais a autonomia dos Estados foi se deteriorando.

Sendo assim, as modificações implementadas pretendem diminuir os gastos do Estado – a partir de políticas liberalizantes, combater a inflação, transformar em médio prazo a exportação no fator primordial de crescimento, lançando mão da abertura econômica para o mercado especulativo.

Este modelo, contudo, não é unânime. Nos países centrais, como Inglaterra e EUA, o modelo vigente é proteção econômica no que concerne ao equilíbrio da balança de pagamento e controle da inflação por meio de medidas recessivas.

Portanto, os países centrais utilizam a necessidade dos países pobres e em desenvolvimento para oferecer insumos, à custa da miséria da população.

As políticas sociais de proteção sofreram um grande impacto nos países onde o Estado Social não estava consolidado. As ações de ajuste se deram mais pelo lado econômico do que pelo lado da intervenção social, já que as políticas sociais ou não existiam ou eram de muito superficial fonação. Sendo assim, os programas sociais se tornaram de cunho emergencial, focalizado e dependente da solidariedade da comunidade.

Nos países onde o Estado Social era forte a mudança na estrutura econômica não afetou gravemente o setor público, apesar de terem sido reduzidos os gastos com as políticas sociais.

Em comum com esses dois grupos de países está a ínfima redução na desigualdade social e pobreza, anteriormente existentes, e acirradas pelo neoliberalismo.

Cada país da América Latina sofreu de forma diferenciada os embates ocasionados pelo desmonte da autonomia estatal. Soares (2002) destaca alguns pontos fundamentais:

- O período de implantação: diferenças de conjuntura internacional e dentro dos próprios países nos anos 80 e anos 90 (...);
- O tipo e a intensidade das políticas de ajuste (...);
- A estruturação da economia (...);
- A estruturação do Estado (...) na maioria dos países a fragilidade político-institucional veio acompanhada de um recrudescimento do autoritarismo, ainda que em regimes supostamente “democráticos” ou em fase de “democratização”;
- A estruturação anterior das políticas públicas (...);
- (...) as diferenças relativas às condições sociais encontradas em cada situação específica.<sup>20</sup>

Contudo, pode-se considerar comum a todos os países o grave endividamento externo, a falta de proteção aos produtos nacionais e, sobretudo, a exposição à miséria na qual se encontra uma grande parcela da sociedade.

### 3.1.3 Os direitos sociais no Brasil

Os direitos sociais no Brasil tiveram início a partir da caridade e benemerência das instituições governamentais de forma mais acentuada até o final do século XIX, quando a saúde e a educação recebiam atenção residual, por exemplo.

No século XX, nos idos da década de 30, é que surgem no cenário político-social os primeiros esboços de um projeto de proteção social, como por exemplo, a legislação trabalhista, ampliação da previdência social, etc.

As décadas de 1940 e 1950 foram de repressão política e frágil democracia, mas houve no campo social, ganhos na ampliação da cobertura, mas ainda repleto de resquícios de mecanismos injustos de financiamento e processo decisório centralizador e autoritário.

---

<sup>20</sup> Soares, 2002, p. 31-32.

Os anos 1960 e 1970, num contexto de ditadura militar, há a necessidade de legitimação e ampliação da base de sustentação do regime, que se deu a partir de uma construção ideológica baseada na Segurança e Desenvolvimento.

Tais políticas sociais não eram resultado das demandas populares, mas antes de decisões populistas a fim de manipular os brasileiros.

Os trabalhadores não intervinham na gestão dos recursos e nem dos processos decisórios. As políticas sociais “em nome dos trabalhadores pode ser considerada como um instrumento da acumulação, na medida em que produziu a privatização e capitalização dos setores sociais”.<sup>21</sup>

A privatização dos serviços sociais se deu sob dois aspectos:

- Financiamento de interesse privado com dinheiro público destinado aos setores sociais ou pela reciclagem de Fundos Sociais nos mercados financeiro e imobiliário;
- Transformação de serviços sociais em mercadoria, com a perda de seu caráter de bens coletivos. A ação estatal tornou-se ação empresarial, passando a ser orientada por critérios lucrativos de mercado.

O Estado Social no Brasil, até a década de 1980, teve a seguinte configuração, de acordo com Draibe (1990):

- A extrema centralização política e financeira no nível federal das ações sociais do governo;
- Acentuada fragmentação institucional;
- Exclusão da participação social e política dos processos decisórios;
- O princípio do autofinanciamento do investimento social;
- O princípio da privatização;
- O uso clientelístico da máquina social<sup>22</sup>.

---

<sup>21</sup> Teixeira, 1988, p. 48

O Brasil apenas começou a ter leis de proteção integral ao direito a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, quando tomou passo da busca da cidadania através da

experiência dos movimentos sociais, das lutas operárias, dos embates políticos que afirmavam, frente ao Estado, a identidade de sujeitos que reclamavam por sua autonomia, construindo um espaço público informal, descontínuo e plural por onde circularam reivindicações diversas. Espaço público no qual se elaborou e se difundiu, para usar a expressão de Lefort, uma “consciência do direito a te direitos”, conformando os termos de uma experiência inédita na história brasileira, em que a cidadania é buscada como luta e conquista e a reivindicação de direitos interpela a sociedade enquanto exigência de uma negociação possível, aberta ao reconhecimento dos interesses e das razões que dão plausibilidade às aspirações por um trabalho mais digno, por uma vida mais decente, por uma sociedade mais civilizada nas suas formas de sociabilidade (DRAIBE, 1990, p. 15).

Mas, como diz Coutinho (1997), a existência da lei que reconhece o direito não o faz se materializar na sociedade, a não ser por meio de permanentes lutas dos cidadãos.

Ainda nos dias de hoje a luta pelos direitos se faz presente de forma severa e contínua, e nos novos tempos neoliberais as propostas de luta tomaram novo formato, de tal sorte que se antes se reivindicava aquisição de direitos protetivos, hoje se briga pela manutenção dos já existentes. Os meios de negociação tornaram-se restritivos e seletivos, e o “exército de reserva” empurra cada vez mais as pessoas para o fatalismo, o descrédito e a conformação, desmobilizando as categorias profissionais.

### 3.2 O processo de elaboração de políticas públicas

A elaboração de uma política pública remete ao atendimento de demandas previamente estabelecidas e trazidas à discussão na arena política. Contudo, Müller e Surel (1998) destacam que o Estado não detém a única força de decisão, antes ela é disseminada por todos da sociedade no exercício da cidadania, ou seja, a democracia deve ser o lócus de definição de atendimento das necessidades.

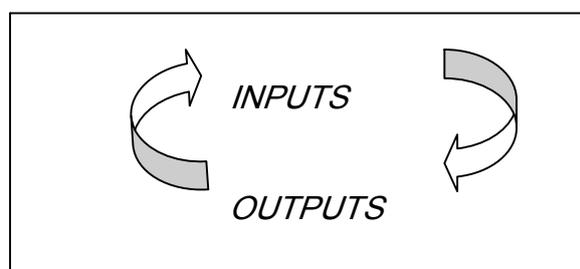
Molina (2002) defende o modelo participativo nas decisões quanto às políticas sociais por entender ser o mais adequado já que oferece maior solidez, pertinência e sustentabilidade, abarcando as várias opiniões dos muitos atores, o que torna mais completa a elaboração de ações – ao contrário do modelo verticalizado de se criar política pública, que atende a um só demandante, distorcendo a realidade e a função da política pública.

O processo de construção de política pública requer um estabelecimento de agenda em que três fatores determinam as ações: os problemas, a política e os atores (KINGDOM, 1995). Sendo assim, faz-se necessário dar atenção a todos esses fatores a fim de tornar o mais amplo possível os resultados.

Os atores políticos detêm o papel de desenhar os contornos a serem dados às ações, medidas, projetos, programas desenvolvidos pelo Estado e devem interagir entre si, convivendo constantemente com as contradições que os permeiam, afinal uma política pública não é feita a partir de uma medida isolada, mas conjugando as soluções para as várias facetas apresentadas pela problemática.

A implementação de uma política pública ocorre num movimento cíclico e retroalimentável, *inputs*<sup>23</sup> e *outputs*<sup>24</sup> baseado nos recursos materiais, intelectuais (*expertise*<sup>25</sup>) e financeiro e a legislação.

Quadro 1 Movimento cíclico dos *inputs* e *outputs*



<sup>23</sup> *Inputs*: demandas que chegam aos atores políticos.

<sup>24</sup> *Outputs*: produtos das demandas.

<sup>25</sup> *Expertise*: profissionais qualificados a desempenharem funções específicas.

Pelo menos três fases são reconhecidas na maioria dos processos de elaboração de uma política pública, quais sejam:

1ª fase: Fase propositiva:

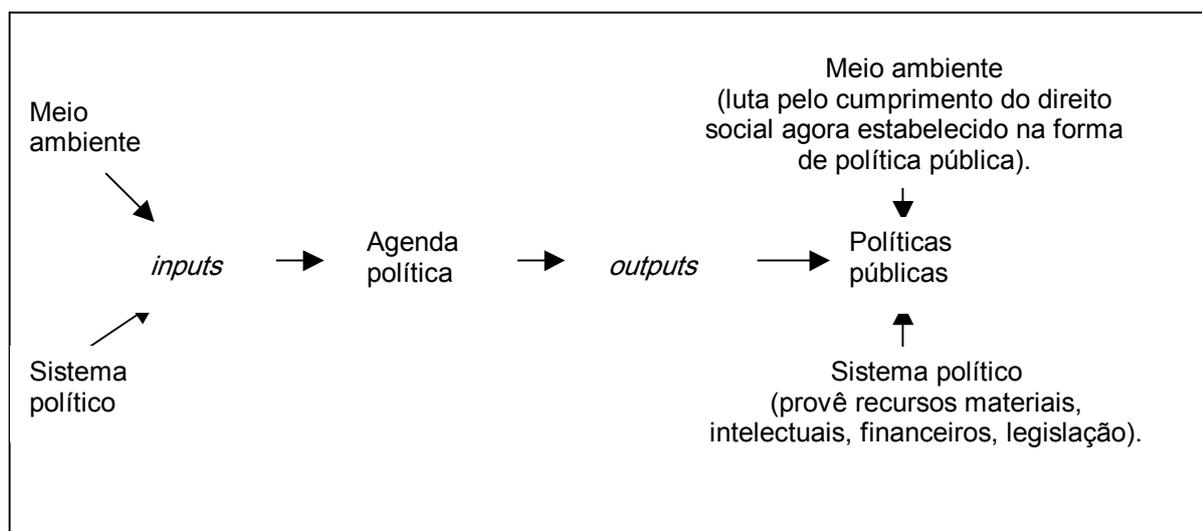
É o momento em que o problema é percebido, publicizado e agendado na esfera pública, ou seja, quando o problema se torna uma questão social, segundo Pereira (s.d., p. 2):

- a) *Problemas* (ou questões potenciais, porque constituem a condição prévia para o aparecimento de uma questão). São identificados com necessidades e demandas ainda não suficientemente problematizados tendo, por isso, a sua resolução política constantemente adiada. Assumem, geralmente, a forma de “estados de coisas” naturalizados que, apesar de produzirem efeitos negativos, não mobilizam forças políticas para o seu enfrentamento. Daí serem também considerados “não-questões”;
- b) *Questões*. São necessidades e demandas socialmente problematizadas por atores sociais estratégicos e com poder de pressão, que crêem poder fazer algo para mudar “estados de coisas” prevaletentes e se mobilizam porque possuem condições de promover a incorporação de seus pleitos na agenda pública.

Nesta fase apresenta-se a correlação de forças existentes no âmbito institucional, as quais podem trazer entraves no que concerne à elaboração de repostas à altura das questões demandadas pela população. Isso é o que explica Rúa (s.d.), quando diz que tanto os sistemas políticos quanto o meio ambiente são capazes de gerar demanda, mas são os primeiros que decidem quais serão os rumos que as políticas públicas tomarão.

Sendo assim, é fator *sine qua non* a percepção do cidadão como tal, tendo em vista a relevância de se manter em pauta as questões pendentes na luta pelo direito da sociedade buscando sua inserção na agenda política.

Quadro 2 Processo de elaboração de políticas públicas



### 2ª fase: Fase decisional

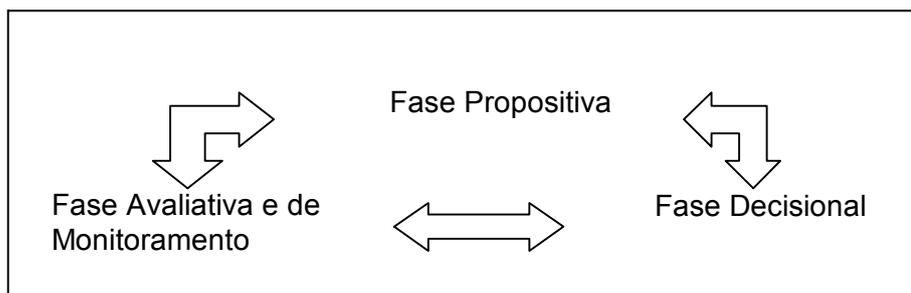
Refere-se à tomada de decisões quanto ao que será chamado de questão social, de tal sorte ser relevante a elaboração da política pública, bem como a apreciação de recursos humanos e financeiros.

### 3ª fase: Fase avaliativa e de monitoramento

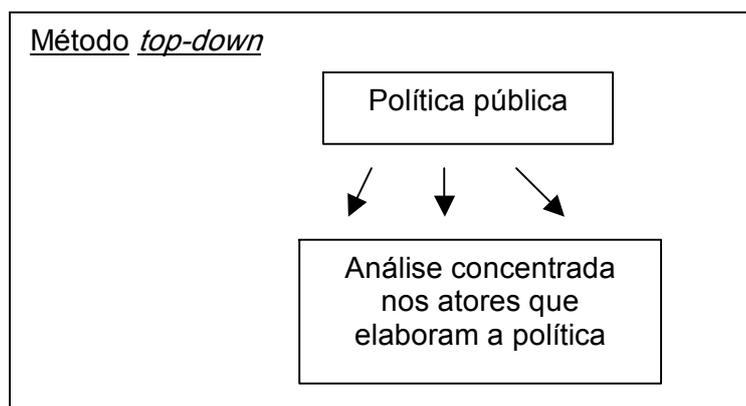
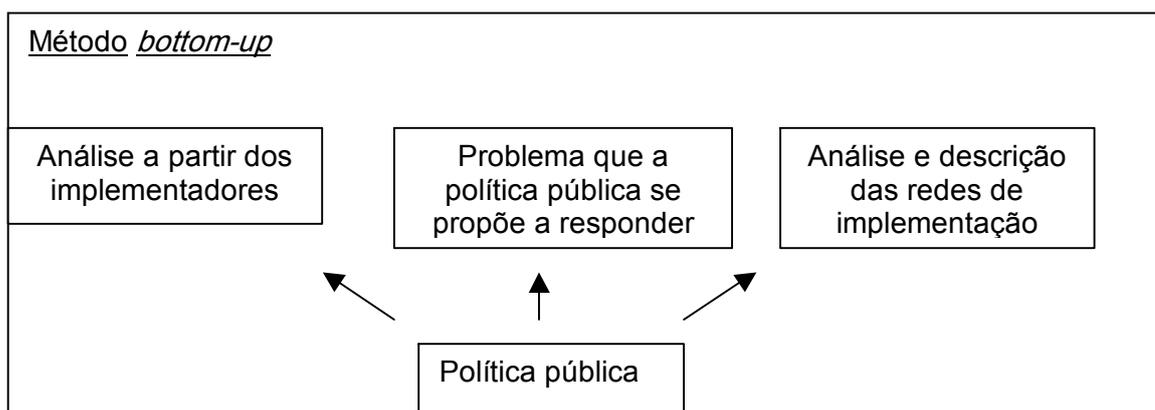
Esta fase é fundamental tanto no momento da implementação da política pública quanto durante o seu decurso, não devendo ser negligenciada pelos gestores, já que o monitoramento e a avaliação das ações desenvolvidas são capazes de prever e aparar arestas antes que todo o trabalho desenvolvido seja perdido, ou mesmo se torne sem função para aquela demanda.

O processo descrito traz de forma didática um dos modelos de elaboração e implementação de uma política pública, mas a realidade implica no diálogo constante entre todas estas fases, como demonstra o quadro abaixo:

Quadro 3 Fases do processo de elaboração de políticas públicas



Souza (2003) analisa as políticas públicas a partir da elaboração de dois métodos: *top-down*, em que os atores políticos concentram a análise da política pública, e *bottom-up*, que parte de pelo menos três agentes: os implementadores, o problema a ser respondido, e a rede que os cercam. Tal metodologia propõe desvelar quem participa efetivamente da elaboração de uma política pública, percebendo se ela é de cunho participativo ou não.

Quadro 4 Método *top-down*Quadro 5 Método *bottom-up*

O processo de privatização da saúde no Brasil nos anos 1960 e 1970 trouxe por cerne o aprofundamento da atenção médica individual – de base hospitalar privada – através da Previdência Social, ao mesmo tempo em que o Ministério da Saúde era negligenciado, o que por fim gera-o seu abandono e o fortalecimento do Ministério da Previdência Social.

O Ministério da Saúde tornou-se sem função à modernização que visava as ações dirigidas à coletividade e financiadas pelo orçamento fiscal da União, sem a preocupação com retorno monetário.

A Previdência Social, por meio da compra de serviços de saúde de empresas privadas, coloca-se no lugar de permitir a expansão da cobertura, “e também garantiu diretamente, o crescimento e a capitalização das empresas de serviços médicos; e indiretamente, a da indústria farmacêutica e de equipamentos” (TEIXEIRA, 1988 p. 50).

A princípio o atendimento abrangia somente os trabalhadores que dispusessem da Carteira Profissional mais tarde, com o aumento das despesas e manutenção dos valores pagos, a Previdência Social abriu o pagamento para aquisição do benefício da assistência médica a quem pudesse pagar, aumentando assim seu caixa, mas também o público a ser atendido.

Pesquisas da época traziam o tema saúde como questão a ser debatida. Vários movimentos a partir de 1968, principalmente, nas Escolas de Medicina, começaram a emergir os mais importantes são:

### **Medicina Preventiva**

A *Transformação da Prática* da medicina por meio de nova estruturação do ensino tem sua égide no período entre 1922 e 1950 nos EUA e Canadá.

Dois pontos são fundamentais para a Medicina Preventiva:

- I. Condições de ocorrência da doença;
- II. Atitude preventiva na prática médica.

Os estudos de Arouca (1978) trazem a Medicina Preventiva como um marco na mudança de atitude médica, mas não se tratava de um novo modelo de atenção aos pacientes, e sim de reforço da concepção liberal na atenção médica por se tratar de uma forma alternativa do Estado, pois não trazia o social como determinante para ocorrência de algumas doenças. O movimento pretendia ver o indivíduo distante das relações sociais já estabelecidas.

As contradições desse movimento no Brasil e sua inviabilidade residem na falta de discussão da prática teórica e da prática política.

### **Medicina Comunitária**

Este movimento emerge nos países africanos como parte de estratégia de expansão capitalista dos países colonizadores. Seu objetivo não é somente uma nova atitude médica, mas também uma nova forma de prestação de serviço.

Tal prática destina-se não ao indivíduo, mas a grupos sociais, e pretende a integração de cuidados preventivos e curativos, individuais e coletivos, isolando o pobre como alvo de atenção e diferenciando o atendimento das outras classes sociais e econômicas.

O Estado brasileiro não assumia sua posição de provedor de saúde até então, delegando assim tais ações ao setor privado.

Apesar de ainda trazerem uma grande carga neoliberal, os movimentos das escolas de medicina já são uma forma de questionamento do que estava sendo proposto como ideal. Nesse momento histórico percebe-se a importância da prevenção para que não haja gastos desnecessários no futuro para o tratamento e a cura.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPS), principal agência de difusão na América Latina das Medicinas Preventivas e de Comunidade, em 1963, a partir da 1ª Reunião de Ministérios de Saúde, realizada em Washington, promoveu o acordo das

metas sociais a serem alcançadas. Tal evento ficou conhecido como Carta de Punta Del Este, que trazia dentre muitos outros pontos:

- Reduzir a mortalidade de menores de cinco anos de idade à metade das taxas atuais;
- Preparar Planos Nacionais de Saúde;
- Criar nos Ministérios de Saúde unidades de planejamento com a devida representação ante os organismos nacionais de planejamento geral do desenvolvimento econômico e do progresso social, para a correspondente coordenação.

A Carta de Punta Del Este é concebida como marco na OPS por dar destaque à necessidade de o Estado nortear as ações dos Ministérios de Saúde para prevenção e cura, já que os gastos seriam menores a partir de tais práticas.

Os reflexos deste acordo no Brasil geraram ações contraditórias: por um lado havia a proteção por meio das políticas sociais abrangentes e eficientes. E por outro, as políticas eram discriminatórias atreladas à lógica mercantil e aos interesses privados, por conta do projeto modernizante da sociedade.

O sucateamento dos serviços públicos, o refluxo das dotações orçamentárias para as políticas sociais, as múltiplas formas de privatização dos serviços sociais, a utilização dos fundos sociais de acordo com parâmetros ditados pelo mercado financeiro, são mostras desse fenômeno. Juntamente com a brutal concentração da renda, esses fatores vão determinar a incapacidade de manutenção de uma legitimidade à modernização autoritária imposta (TEIXEIRA, 1988, p. 58).

Os anos que decorreram após 1980 trazem mudanças consideráveis no âmbito da saúde, um dos mais importantes movimentos é o da Reforma Sanitária, que traz a proposta de contra-hegemonia ao projeto neoliberal (Bravo e Matos, 2001), buscando a garantia de um Estado democrático de direito, reconhecendo a doença para além do

fator biológico, mas antes uma resposta a várias influências causadas por falta de condições mínimas de higiene, trabalho, má alimentação, acesso a tantos outros bens e serviços básicos à vida humana.

Em oposição a essa manifestação encontra-se o movimento privatista que tem por princípios o Estado mínimo, a importância das parcerias público-privado e privatizações para se garantir um atendimento de qualidade aprovada pela sociedade, no qual a refilantropização é a resposta.

A reforma sanitária foi permeada pelo novo conceito de saúde discutido na Conferência de Alma-Ata<sup>26</sup>, que preconizou “Saúde para todos no ano de 2000”<sup>27</sup>, em que a atenção primária à saúde era o principal foco de ação. Contudo, apenas ao final década de 1970 é que se reconhece o direito universal de acesso à saúde.

### 3.3 A Constituição de 1988 – A criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

A política de saúde se apresenta na Constituição Federal promulgada em 1988 como parte da Seguridade Social, que é o exemplo da tríade de proteção social composta pela Previdência Social, Assistência Social e Saúde, tendo esta última a garantia de direito universal do cidadão e dever do Estado.

Segundo o Título VIII, Da Ordem Social, Capítulo II, Seção I, art. 194, referente à Seguridade Social:

Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

---

<sup>26</sup> A Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, de Alma-Ata, realizada em setembro de 1978 na cidade de Alma-Ata, na antiga União Soviética, foi convocada pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Mundial da Saúde (OMS).

<sup>27</sup> Vianna *et. al*, 2003.

A Previdência Social é de cunho contributivo, e a assistência social depende de critérios de avaliação, mas a atenção à saúde torna-se direito de todos e dever do Estado, segundo o Título VIII, Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II, arts. 201, 203, 196, respectivamente:

Art. 201. A previdência social será organizada sob a forma de regime geral, de caráter *contributivo e de filiação obrigatória*<sup>28</sup>, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial, e atenderá, nos termos da lei. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 20, de 1998):

Art. 203. A assistência social será prestada *a quem dela necessitar*,<sup>29</sup> independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

II - o amparo às crianças e adolescentes *carentes*;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV - a habilitação e reabilitação das *pessoas portadoras de deficiência* e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V - a garantia de um salário mínimo de benefício mensal *à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família*, conforme dispuser a lei.

Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos a ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A criação do Sistema Único de Saúde se dá no contexto de garantia de atendimento universal de saúde à população pelo Estado, mas a partir da análise do art. 197 da Constituição Federal pode-se perceber a delegação de competência de atendimento também ao setor privado, o que se torna uma abertura para a discussão neoliberal de “incapacidade” estatal de cobrir toda a população, defendendo o enxugamento da máquina do Estado.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

---

<sup>28</sup> Grifo da autora.

<sup>29</sup> Grifos da autora.

A fim de tornar viáveis as propostas do SUS foram criadas diretrizes para manter a descentralização do atendimento, e o Ministério da Saúde torna-se o centro das ações de saúde, antes pulverizadas entre o Ministério da Previdência Social, o Ministério do Trabalho-e o próprio Ministério da Saúde.

As ações do Ministério da Saúde, por conta do SUS, tomam por prioridades políticas de saúde que não somente residem na letalidade e periculosidade, mas no seu custo social mais amplo (COHN,1998, p. 52).

O conceito de saúde que antes da Constituição de 1988 era de ausência de doença, passa a ser entendido como redução de risco de doença, baseado nos serviços de promoção, proteção e recuperação mediante políticas sociais e econômicas.

O art. 198, alínea II, explicita a proposta de ações preventivas de saúde a partir do seguinte texto:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

(...)

II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas , sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Contudo, as ações de promoção da saúde começam a se dar de maneira efetiva a partir de um movimento do Ministério da Saúde na última década do século XX, o que retardou a prevenção de inúmeras doenças.

A prevenção então, tornou-se ponto chave na eliminação de várias doenças e tão logo a diminuição de risco social para homens, mulheres, crianças e adolescentes. Para tanto, foram criadas políticas públicas de saúde com o intuito de materializar tais propostas. Com intuito de cumprir o objetivo proposto, este estudo se aterá às políticas públicas de saúde voltadas para a mulher e para a adolescente.

### 3.4 Breve análise sobre a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS)

A Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS) é parte do Programa Internacional de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS), teve três edições: a primeira em 1986, de caráter nacional; a segunda em 1991, na região nordeste; e a última em 1996, também nacionalmente.

Essas pesquisas foram realizadas pela BEMFAM<sup>30</sup> (Bem-Estar Familiar) com apoio técnico a Macro International, Inc.<sup>31</sup>, e contribuição técnica dos integrantes de várias instituições públicas e privadas brasileiras, de agências estrangeiras e de organismos internacionais, com apoio financeiro dos governos do Brasil e dos Estados Unidos, como também, das Nações Unidas.

O trabalho desenvolvido por esse grupo é de relevância para estudos comparativos, planejamento de ações, estabelecimento de políticas sociais.

A PNDS utiliza amostra de representatividade nacional/regional para mulheres de 15 a 49 anos e estão desenhadas para administrar informações sobre fecundidade, saúde materno-infantil e características sócio-econômicas da população entrevistada.

- Na área de fecundidade, as informações coletadas permitem avaliar níveis e tendências de fecundidade, conhecimento e uso de métodos contraceptivos, amamentação e outros determinantes próximos da fecundidade, como proporção de

<sup>30</sup> Instituição não governamental da área de saúde sexual e reprodutiva que proporciona assistência clínico-educativa através de sete clínicas próprias; oferece suporte técnico à oferta de serviços de saúde da mulher na rede pública através de nove programas integrados e provê apoio laboratorial à prevenção do câncer através de três laboratórios de citopatologia. Realiza, ainda, pesquisas nas áreas de Demografia e Saúde e de avaliação de serviços. Tem sido, no Brasil, a instituição executora do Programa DHS através da realização de três pesquisas em 1986, 1991 e 1996. Integra, desde 1967, o quadro de associações afiliadas à IPPF (Federação Internacional de Planejamento Familiar).

<sup>31</sup> Instituição privada responsável pelo desenvolvimento do Programa Internacional de Pesquisas de Demografia e Saúde, DHS. O Programa DHS objetiva:

- Subsidiar a formulação de políticas e implementação de programas na área de população e saúde;
- Aumentar a base internacional de dados sobre população e saúde para acompanhamento e avaliação;
- Aprimorar metodologias de pesquisa por amostragem; e
- Consolidar a capacidade técnica, na área de pesquisa, da instituição executora no país participante do Programa.

O Programa DHS teve início em 1984 e, desde então, já realizou pesquisas em mais de 50 países da América Latina, Caribe, África, Ásia e Leste Europeu. O programa é basicamente apoiado pela *United States Agency for International Development* (USAID), contando também com o apoio do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), World Bank e outros. Até o presente, o programa entrevistou mais de 535.000 mulheres em 50 países e cerca de 45.000 homens em 27 países.

mulheres casadas e/ou em união e duração da amenorréia pós-parto. Investiga, ainda, intenções reprodutivas e necessidades não satisfeitas em planejamento familiar;

- Na área de saúde materno-infantil, coleta informações sobre mortalidade materna, DST/AIDS, gravidez, assistência pré-natal e parto. No nível da saúde da criança, os dados coletados permitem a determinação de taxas e tendências da mortalidade infantil e na infância, como também a análise de seus determinantes sócio-econômicos, uma vez que são investigadas as principais causas de doenças predominantes na infância (diarréia e infecções respiratórias), imunização, estado nutricional, acesso à água e esgotamento sanitário; e
- A pesquisa registra, ainda, características sócio-econômicas da população entrevistada, como: idade, educação, acesso aos meios de comunicação, ocupação, cor, religião, condições do domicílio em relação a acesso à água, esgoto, eletricidade, bens duráveis de consumo, número de cômodos e material predominante do telhado, parede e piso<sup>32</sup>.

A PNDS<sup>33</sup> (1996) trata-se de uma pesquisa domiciliar, cuja amostra uma subamostra da Pesquisa Nacional Por Amostra de Domicílios (PNAD) 1995 do IBGE, probabilística em dois estágios foi desenhada para obter resultados representativos e estimativas independentes para as sete regiões da PNAD Rio de Janeiro, São Paulo, Sul, Centro-Leste, Nordeste, Norte (áreas urbanas) e Centro-Oeste e para as áreas de residência urbanas e rurais. Além disso, a amostra permite algumas estimativas independentes para os estados de Minas Gerais, Rio Grande do Norte, Bahia, Ceará, Pernambuco e Rio Grande do Sul.

Ao final da pesquisa, coletaram-se informações para 13.283 domicílios, tendo sido entrevistadas 12.612 mulheres de 15 a 49 anos. Uma subamostra para homens, correspondente a 25% dos domicílios, permitiu entrevistar 2.949 homens com idade de 15 a 59 anos. A pesquisa levantou ainda informações sobre 4.782 crianças menores de 5 anos, filhos de mulheres entrevistadas.

A análise da PNDS torna-se importante por ser uma pesquisa em nível nacional que baseia a criação de políticas públicas sociais, portanto serão estudados neste

---

<sup>32</sup>Fonte: Boletim SISVAN (nº. 5, Dez. 2006). Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/boletim\\_SISVAN](http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/boletim_SISVAN)>. Acesso em: 19 fev. 2007.

<sup>33</sup> A pesquisa teve início em setembro de 1995, com a criação de Comitê Consultivo integrado por instituições públicas e privadas de atuação expressiva na produção, análise e divulgação de dados de saúde e demografia no país. A participação do comitê contribuiu à discussão do conteúdo dos questionários e abrangência da amostra, à apreciação do plano de análise e divulgação dos resultados da pesquisa. A pesquisa contou também com a colaboração do IBGE na seleção amostral (modelo PNAD) e participação dos técnicos, durante a fase de treinamento das equipes de campo e na entrada de dados.

trabalho os pontos que tocam a questão da gravidez na adolescência, quais sejam: fecundidade e saúde materno-infantil.

Na PNDS foram entrevistadas 2.874 adolescentes entre 15 e 19 anos de idade. Ao se estudar os dados da fecundidade encontra-se a taxa de 18% de adolescentes que já tinham engravidado pelo menos uma vez.

A faixa etária escolhida restringe os dados, pois vincula a fecundidade ao casamento, sendo que 86% das adolescentes não eram casadas.

*O casamento é um indicador da exposição da mulher ao risco de engravidar<sup>34</sup>, sendo, portanto, importante para se analisar a fecundidade. Populações, em que a idade de casamento é precoce, costumam iniciar o processo reprodutivo em idades muito jovens e a apresentar alta fecundidade. Daí a importância de se estudar as tendências de idade ao casar (PNDS 1996).*

Não foi pesquisada a área da saúde materno-infantil das adolescentes em separado, o que impossibilita o conhecimento destes números.

Apesar de não ser o foco daquela pesquisa, os dados acabam por declarar a problemática da gravidez na adolescência e trazer o questionamento quanto à negligência em busca de meios para elaboração de uma política pública de prevenção à gravidez na adolescência, bem como de prevenção às DST/AIDS.<sup>35</sup>

#### 3.4.1. Política pública de saúde para a mulher

Até o final dos anos 1970 a saúde da mulher era voltada para a gravidez, mais especificamente para a saúde do feto<sup>20</sup>. Nos anos 1980 houve uma reformulação das prioridades quanto à saúde da mulher a conjuntura do período trazia a emergência das epidemias de DST/AIDS e a mudança no padrão de procriação, o que levou à mudança de foco dos programas de atendimento à mulher: em substituição àqueles relativos à concepção, à gravidez e ao parto, emergem as ações pertinentes à sexualidade feminina e à utilização e efeitos da contracepção.

---

<sup>34</sup> Grifo da autora.

<sup>35</sup> Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida (AIDS).

<sup>20</sup> Aquino, 1999.

A luta feminista e o movimento sanitário foram de grande importância para a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no ano de 1983, considerado como marco histórico das “políticas públicas dirigidas às mulheres ao buscar romper com a tradicional perspectiva materno-infantil e com noções essencialistas de saúde, doença e reprodução”.<sup>21</sup> Apesar das muitas atribuições o PAISM ainda é uma referência na luta pela saúde como direito e cidadania.

Em 1984, o Ministério da Saúde recebe a responsabilidade pela definição e financiamento público dos programas voltados à assistência integral à saúde da mulher. Ao final dos anos 1990 há uma rede complexa de questões a serem solvidas por tais programas de atendimento, mas o preconceito oriundo do patriarcado, que tem resistido—a “aceitar” com naturalidade a sexualidade feminina, dificulta a elaboração de ações eficazes.

Segundo Leão e Marinho (2002), as pesquisas na área de saúde dão maior ênfase às análises clínicas, não havendo uma relevante preocupação com as questões sociais que as permeiam.

Apesar de todos os esforços, as prioridades em políticas públicas voltadas para a mulher continuam inscritas na esfera reprodutiva e privada, enquanto o homem está inserido na esfera produtiva e pública. Esses conceitos ainda arraigados na sociedade brasileira trazem grandes transtornos à elaboração de políticas de saúde, que na verdade não cumprem com eficiência o seu papel de prevenção, tratamento e cura.

Desnaturalizar as diferenças de gênero e romper com essencialismos amplia as possibilidades de reflexão sobre determinantes do processo saúde-doença, e conseqüentemente, pode contribuir para a formulação de novas propostas na busca da equidade em saúde (LEÃO e MARINHO, 2002, p. 35).

---

<sup>21</sup> Citação de Estela Leão e Lilian Marinho (2002) na Revista Programa de Saúde nº 06 out 2002.

## Capítulo IV

### Uma questão de saúde pública

A problemática de reprodução na adolescente engloba não só a área médica como muito mais a psicológica, social e cultural  
José Eduardo Nestarez.

O Brasil não está isento da problemática em que se tornou a gravidez na adolescência. Dados do Ministério da Saúde apontam que desde 1980 até 2004 houve um aumento de 15% entre a faixa etária de 10 a 19 anos. Isso significa que cerca de 700 mil adolescentes tornam-se mães a cada ano. Dentre elas 3,9% estão na faixa etária de 10 a 14 anos (DATASUS, 2004)<sup>36</sup>.

Entre 1993 e 1998 houve um aumento de 31% dos casos de adolescentes grávidas entre 10 e 14 anos atendidas pelo SUS. Durante esses cinco anos, 50 mil adolescentes foram atendidas em hospitais públicos devido a complicações causadas por abortos clandestinos. Quase 3 mil se encontravam na faixa de 10 a 14 anos. Segundo dados do DATASUS de 2004 a taxa nacional de gravidez na adolescência é menor que 23%. Vale destacar, porém, que o índice de adolescentes grávidas na Região Norte do país é de 28,9% (89.502) o que sugere uma relação entre o fenômeno da gravidez na adolescência e aspectos socioeconômicos e culturais.

Aproximadamente 22% dos partos feitos pelo SUS no ano de 2004 foram em adolescentes entre 10 e 19 anos, ou seja, a cada 100 partos, 22 foram em adolescentes, gerando um total de 661.290, naquele ano (DATASUS, 2004). Já no Distrito Federal o índice de gravidez na adolescência, segundo o DATASUS (2004), no mesmo ano foi de 13,3% (7.397) do total de partos realizados na região (55.626).

A fecundidade no Brasil tem apresentado uma curva decrescente significativa a partir da década de 1960, devido à inserção no mercado comercial de anticoncepcionais orais. Contrastando com esse dado está a maternidade na

---

<sup>36</sup> Dados disponíveis em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em 11 de junho de 2007.

adolescência que nos últimos 18 anos alcançou um aumento no valor de 391% enquanto que a população brasileira no mesmo período cresceu apenas 42,05%. Em mulheres na faixa etária entre 15 a 19 anos, essa taxa aumentou 26%, de 1970 a 1991<sup>37</sup>. Dados do Ministério da Saúde<sup>38</sup> informam que a cada ano setecentos mil brasileiras são mães antes dos 19 anos de idade.

Apesar das pesquisas demonstrarem um aumento significativo da gravidez na adolescência, tal fato ainda é evitado pelo Estado. O problema está apresentado na sociedade na forma de notícias, pesquisas, críticas, seminários – como o que aconteceu no ano de 2003 no Estado de São Paulo, o 2º encontro municipal sobre a criação de políticas públicas de prevenção à gravidez na adolescência<sup>39</sup>, organizado pela sua prefeitura, a partir da constatação do número elevado de adolescentes com filhos ou grávidas – mas não foi incorporado pela agenda social do governo brasileiro, ou seja, o poder público ainda não se mobilizou de forma eficaz e efetiva sobre esta temática.

É sabido que com a promoção de saúde da (o) adolescente haverá a construção de cidadania destes e de seus filhos, diminuirão as mortes decorrentes da ignorância, mas por que o Estado ainda não elaborou um sistema de proteção à saúde do adolescente, na forma de uma política pública de prevenção à gravidez precoce, a fim de preservar a integridade física, moral e social destes cidadãos e seus filhos?

No decurso de sua iniciação sexual os adolescentes enfrentam barreiras que se constroem mediante uma sociedade patriarcal cristã que não entende a sexualidade de seus jovens como algo natural e importante para o desenvolvimento humano. As imposições morais e conversas distorcidas sobre o tema afastam os adolescentes da realidade sobre sua sexualidade, que acabam por realizar suas “descobertas” sob a

---

<sup>37</sup> Censos Demográficos, IBGE; FNUAP – Brasil

<sup>38</sup> ASSEF, 2000.

<sup>39</sup> 2º. Encontro sobre Gravidez na Adolescência, promovido pela Secretaria de Governo Municipal de São Paulo, em 13 de novembro de 1993. Disponível em:

[http://portal.prefeitura.sp.gov.br/noticias/sec/comunicacao\\_e\\_informacao/2003/11/0031](http://portal.prefeitura.sp.gov.br/noticias/sec/comunicacao_e_informacao/2003/11/0031).

Acesso em: 10 dez. 2006.

forma de informações, por vezes, equivocadas através da mídia<sup>40</sup> que chega a todos sem distinção de classe sócio-econômica.

As figuras femininas apresentadas pelas redes de comunicação são sensuais e símbolos de modernidade, influenciando diretamente a construção da identidade feminina. Este alicerce, na maioria das vezes, é pautado na iniciação sexual da mulher, apresentando seus primeiros encontros com a prática sexual, mas nem sempre levando em conta os riscos sociais e para a saúde dessas adolescentes.

As “mulheres modernas” que se apresentam nos programas televisivos raramente contraem DSTs, vírus da AIDS e/ou engravidam, e quando sim, o final da história é sempre como no conto de Lewis Carroll, “Alice no País das Maravilhas”, isto é, no final depois de todas as intempéries tudo acaba bem e todos são felizes. Receber informações desencontradas e desconexas da realidade é por vezes mais complexo do que não ter informação alguma, pois como poderá ser visto a seguir os adolescentes procuram em revistas e outros meios de comunicação informações sobre a sexo e sexualidade.

De acordo com pesquisa da Agência de Notícias dos Direitos da Infância (ANDI)<sup>41</sup>, no trimestre maio/junho/julho de 1997, as questões relativas à sexualidade corresponderam a 39,5% do total registrado. No trimestre agosto/setembro/outubro, este número cresce um pouco mais atingindo 41,9%. Entretanto, este valor não chega a atingir 2% das matérias ou reportagens gerais.

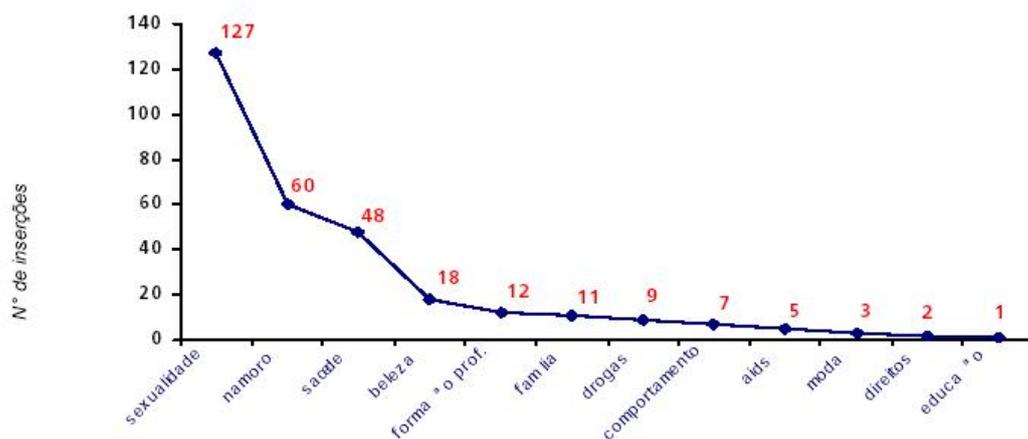
O gráfico a seguir demonstra, de acordo com a Agência, quais os assuntos de interesse dos jovens ao lerem as Colunas de Consulta:

#### Gráfico 1 O que os jovens querem saber nas colunas de consulta

---

<sup>40</sup> Entende-se, nesse trabalho, por mídia os meios de comunicação como: televisão, rádio, revistas, etc.

<sup>41</sup> A pesquisa *Os jovens na mídia*, da Agência de Notícias dos Direitos da Infância (ANDI) discorre sobre o que os jovens mais procuram em revistas (voltadas para as adolescentes) e em cadernos/páginas de jornais que possuem “Coluna de Consulta”, que é o espaço destinado aos jovens para fazerem perguntas e tirarem dúvidas.



Fonte: ANDI, 1997.

Agosto, setembro e outubro de 1997.  
Total de inserções: 303

A análise do gráfico comprova a considerável procura dos adolescentes sobre o tema sexualidade, o que também evidencia uma possível falha na comunicação com a família, restando como recurso de conhecimento revistas voltadas para o assunto.

Numa análise dos textos correspondentes ao período de março a setembro daquele ano, por exemplo, encontram-se os seguintes índices de acordo com o tema “Sexualidade”:

- Orgasmo e Erotismo – 28%
- Saúde – 18%
- Reprodução e Anticoncepção – 17%
- Primeira Transa – 13%
- Aids e DSTs – 8%
- Camisinha – 6%

A pesquisa conclui que:

O papel desempenhado por estas seções das revistas e cadernos de jornais não deve ser subestimado. Para muitos jovens, representam a principal – e em muitos casos a única – fonte de aconselhamento sobre sexualidade. Com o nível de diálogo em casa tendendo do limitado ao repressivo e com a escola ainda iniciando seu trabalho no que toca à educação sexual, é importante que a mídia contribua para esclarecer e orientar o leitor adolescente – no que, vale destacar, anda se saindo muito bem (ANDI, 1997).

#### 4.1 Classe social e gravidez na adolescência

Ao estudar a gravidez na adolescência percebe-se que a categoria “Classe Social” é desconsiderada em várias pesquisas devido à conclusão precipitada de que o tema ocorra apenas nas classes menos favorecidas economicamente. Embora esse estudo abranja apenas algumas regiões administrativas do Distrito Federal, pode-se aludir desvendar com estudos posteriores o mito de que a classe social seja um fator determinante para a gravidez na adolescência, apesar de os números referentes às classes média e alta não serem conhecidos com fidedignidade, talvez não pela escassez de trabalhos científicos e sim pela falta de dados oficiais discriminarem as descobertas na área pela classe social.

Acredita-se que todas as adolescentes independentemente da classe social a que pertençam podem estar expostas às mesmas chances de uma gravidez e mesmos risco de contaminação por HIV/AIDS e outras DSTs. O diferencial principal encontra-se nas possibilidades de inserção no mercado de trabalho:

Entre as classes economicamente mais favorecidas, observa-se a valorização da formação acadêmica e profissional, devendo a maternidade e/ou a constituição de uma família ser adiados de forma a não comprometer a futura inserção no mercado de trabalho e a conseqüente aquisição da autonomia financeira.

Entre as classes populares, alijadas do sistema educacional desde as séries iniciais e, sem maiores perspectivas frente ao mercado de trabalho, as fontes de gratificação e reconhecimento permanecem, para a mulher, ligadas ao desempenho dos papéis de esposa e mãe (Pinheiro, 2000).

A resposta para tal fenômeno não pode se limitar a uma discussão de classe econômica, não devendo ser usada como determinante da gravidez na adolescência, afinal os estudos recentes comprovam que as adolescentes conhecem os métodos contraceptivos, mas não os utilizam. A relevância no estudo de classe em que se insere a adolescente se dá quando ocorre a gravidez, porque a sua situação de vulnerabilidade é exponenciada, como por exemplo, quanto à manutenção dos estudos, a inserção no mercado de trabalho, a disponibilidade de creches governamentais, e tantas outras questões sociais decorrentes da pobreza.

Segundo o médico Dráuzio Varella (2000) o número de mortes tanto de crianças, por meio de violência e maus tratos em decorrência da não aceitação de seu nascimento, como de adolescentes, por suicídio ou aborto, poderia diminuir caso fosse pensada uma política de prevenção.

De acordo com Desser (1990) o direito à sexualidade deve abranger todos os adolescentes, independente de classe. Para a autora é um equívoco afirmar que somente as adolescentes de média e alta camada da sociedade teriam o pleno direito à sexualidade já que estão relativamente asseguradas pela mudança de valores e comportamentos, o que pressupõe que estejam mais aptas para a iniciação sexual, por conhecerem com mais propriedade os métodos contraceptivos.

Outro ponto de fundamental importância é o de dar visibilidade à condição de pai adolescente o que não aparece com frequência nos estudos relacionados ao tema, mesmo sofrendo pressões sociais que devem ser questionadas em pesquisas e ter relevância na elaboração da política social de prevenção.

A fim de demonstrar que a diferença social não favorece nem desfavorece as adolescentes quanto à gravidez/DST será feita uma comparação entre duas pesquisas. A primeira foi realizada por Vitiello entre janeiro de 1982 e dezembro de 1984 em consultórios particulares com adolescentes pertencentes à classe econômica alta, com faixa etária inferior a 20 anos, demonstrou-se que as adolescentes portam-se da mesma maneira daquelas pertencentes às classes econômicas baixas.

Foram pesquisadas 314 pacientes dentre as quais 253 (80,6%) provocaram aborto (ver tabela 1). Sendo assim, houve o acompanhamento de apenas 61 adolescentes até o término da gestação, portanto os dados referem-se aquelas que levaram a gravidez a termo.

Tabela 1 Perfil do total de entrevistadas<sup>42</sup>

Idade	Nº de pacientes	Nº de abortos provocados	Porcentagem de abortos provocados por faixa etária	Nº pacientes que levaram a gravidez a termo espontâneo
14	5	5	100%	0
15	21	21	100%	0
16	34	30	88,2%	4
17	53	40	75,4%	13
18	68	47	69%	21
19 <sup>43</sup>	133	110	82%	23
<b>Total</b>	<b>314</b>	<b>253</b>	<b>80,6%</b>	<b>61</b>

Fonte: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 1986.

O número de abortos identificado na pesquisa é bastante relevante e não deve ser desprezado. Afinal, a Lei Brasileira de 1940<sup>44</sup> permite o aborto, mediante permissão judicial, apenas nos casos em que a concepção se der através de estupro ou causar risco de saúde para a mulher. Contudo, os abortos são realizados em todo o país e por todo tipo de clínica, por vezes já especializadas neste procedimento.

<sup>42</sup> Adaptação dos dados das tabelas 1 e 2.

<sup>43</sup> Levei em conta os dados das pacientes com idade de 19 anos devido sua grande importância numérica, e a possibilidade da concepção ter acontecido ainda nos 18 anos, já que a pesquisa não aborda tal fato.

<sup>44</sup> Código Penal, Título I Dos Crimes Contra A Pessoa, Capítulo I Dos Crimes Contra A Vida, arts. 124 a 128.

Tabela 2 Antecedentes obstétricos

Antecedentes	Nº de pacientes	%
1ª gestação	35	57,4
2ª gestação	10	16,4
3ª gestação	7	11,5
4ª gestação	1	1,6
5ª gestação	8	13,1
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Fonte: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 1986.

Tabela 3 Distribuição das 61 pacientes quanto ao uso ou não de metodologia anticoncepcional.

Uso de anticoncepção	Nº pacientes	%
NÃO	14	22,9
SIM	47	77,1
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>100</b>

Fonte: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 1986.

Tabela 4 O uso de contraceptivos

Métodos contraceptivos	Nº de pacientes	%
Abstinência sexual	27	57,45
Camisinha (condom)	13	27,66
Diafragma	4	8,51
DIU	1	2,12
Anticoncepcional oral	2	4,26
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

Fonte: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 1986.

Pode-se notar que 42,6% das pacientes não eram primigestas<sup>45</sup>, um número muito elevado e que evidencia a contradição entre a atitude e o comportamento dos indivíduos, se comparados com os dados da Tabela 3 que diz da utilização dos métodos contraceptivos, cujo uso é declarado em 77,1% dos casos. Da mesma forma, permeada de informações desencontradas, na Tabela 5 percebe-se que 57,45% disseram preferir a abstinência sexual como método anticoncepcional, lançando mão da “sorte” como responsável pelo acontecimento da gravidez. Sendo assim, atuar junto a essa questão requer uma discussão para além da informação sobre o “como usar” os métodos contraceptivos, mas sim vislumbrar estratégias que sensibilizem os

<sup>45</sup> Primigesta: aquela que está na primeira gestação.

adolescentes quanto aos riscos de uma gravidez precoce e também a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis.

Tabela 5 Patologias diagnosticadas durante a gestação

Patologias	Nº de pacientes
Sífilis	2
Gonorréia	3
Hepatite	1
Infecção urinária	4
Toxemia gravídica <sup>46</sup>	5
<b>Total</b>	<b>15</b>

Fonte: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 1986.

As doenças sexualmente transmissíveis se apresentaram com alto número de portadoras, dois casos de sífilis e três de gonorréia, o que mais uma vez coloca em foco a educação sexual brasileira. Também é pertinente o número elevado na incidência de toxemia gravídica que foi bastante semelhante à da média da população (9,4%).

Quanto aos aspectos sociais, a pesquisa demonstra maior aceitação pelas famílias das adolescentes grávidas o que pode se dar pelo medo de escândalos na *high society* ou mesmo por apoio incondicional às filhas. Tanto quanto o casamento quando há a gravidez, algumas famílias no número de 4 das 61 adolescentes preferiram que este não ocorresse para que a filha pudesse alcançar ascensão social com os estudos pretendidos.

Um contraponto para essa pesquisa de Vitiello é a realizada no estado do Ceará, a partir da avaliação do PNDS (1996), onde foram analisadas 367 adolescentes pertencentes à classe econômica baixa.

Este último estudo não traz os temas doenças sexualmente transmissíveis e a utilização dos métodos contraceptivos, mas torna-se relevante por ter o nordeste,

---

<sup>46</sup>A toxemia gravídica é doença multissistêmica, ocorrendo habitualmente no final da prenhez, e caracterizada por manifestações clínicas associadas e peculiares: hipertensão, edema e proteinúria. Nas suas formas graves, em virtude da irritabilidade do sistema nervoso central, instalam-se convulsões e a doença é denominada eclampsia; ausente de crises convulsivas trata-se de pré-eclampsia. Juntamente com as hemorragias e as infecções, está entre as três principais causas de morte materna no ciclo gestatório (Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 1986).

segundo a PNDS (1996), o segundo maior número de adolescentes grávidas no Brasil, cerca de 21% do total de 1.313 adolescentes entrevistadas.

Tabela 6 Número de adolescentes quanto ao planejamento da gravidez<sup>47</sup>

Quanto ao planejamento	Nº de adolescentes	%
Planejada	138	37,60
Não-planejada	229	62,40
<b>Total</b>	<b>367</b>	<b>100</b>

Fonte: Seminário gravidez na adolescência, 1998.

Tabela 7 Número de abortos espontâneos e induzidos<sup>48</sup>

Aborto	Nº de ocorrência	%
Espontâneo	51	34,93
Induzido	95	65,07
<b>Total</b>	<b>146</b>	<b>100</b>

Fonte: Seminário gravidez na adolescência, 1998.

Os dados apresentados pela Tabela 6 evidenciam o grande número de adolescentes da classe baixa que declararam a gravidez inesperada, 62,40%, que se aproxima relativamente ao índice das adolescentes pertencentes a um nível sócio-econômico mais elevado. Também são igualmente alarmantes os números que seguem na Tabela 7, quanto à ocorrência de aborto 65,07% das adolescentes o induziram.

Os dois trabalhos apresentados procuram evidenciar a necessidade de proteção aos adolescentes que iniciam sua vida sexual. Apesar de respostas positivas no que concerne ao conhecimento dos métodos de prevenção, a realidade se mostra bastante diferente.

Colocar a gravidez na adolescência no patamar de questão de saúde pública visa revelar os custos sociais decorrentes da falta de políticas públicas, levando-se em conta a grande necessidade de creches comunitárias; de atendimentos hospitalar e ambulatorial de crianças que apresentam alto índice de desnutrição; também é

<sup>47</sup> Adaptação da tabela 1.

<sup>48</sup> Adaptação da tabela 1.

pertinente a negligência e violência doméstica contra crianças e adolescentes o trabalho infantil e tantos outros pontos evitáveis caso fossem investidos esforços para elaboração de uma política de prevenção à gravidez na adolescência.

É curioso examinar índices que demonstram o número elevado de adolescentes que morrem devido a complicações no decorrer da gravidez, e mesmo assim notar que o tema ainda não foi agendado pelo poder público sob a forma de políticas sociais de prevenção.

Oferecer, sem mitos e preconceitos, condições para o pleno desenvolvimento do adolescente é, segundo o Estatuto da Criança e do Adolescente, Título I, das Disposições Preliminares, art. 4º:

[É] dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Ainda de acordo com o ECA art. 4º, parágrafo único, que diz da garantia de prioridade (alíneas b,c,d), a criança e o adolescente têm direitos a:

- b) precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- c) preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- d) destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Contudo, a proteção integral à criança e ao adolescente não está se dando de maneira eficaz. Segundo o Ministério da Saúde<sup>49</sup> há 51 milhões de jovens na faixa etária de 10 a 24 anos, e cerca de 26 mil jovens entre 10 e 19 anos de idade morrem em acidentes, suicídios, violência, doenças decorrentes da gravidez na adolescência.

Apesar de todo o histórico de lutas e conquistas na saúde, a realidade ainda se mostra longe do previsto em leis. Os esforços envidados por algumas unidades

---

<sup>49</sup> Fonte: site do Ministério da Saúde, [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br), visitado em setembro de 2004.

públicas de saúde a partir de ações de prevenção acontecem em sua grande maioria, nas reuniões de pré-natal, sendo assim possível diminuir as chances de uma segunda gravidez. É preciso questionar também discursos preconceituosos e repletos de moralismos utilizados nessas ações, a fim de evitar constrangimento das adolescentes, logo é importante o treinamento dos profissionais para o pleno desenvolvimento do trabalho.

Acresce a esta questão a importância da realização de pesquisa quantitativa e qualitativa que possa dar visibilidade a este importante segmento social, identificando o imaginário social, a peculiaridade, as demandas, e os fatores que levam à gravidez na adolescência. Tais dados são relevantes para o mapeamento dos indicadores negativos e positivos, fornecendo subsídios à elaboração de uma política social capaz de contemplar ações de prevenção à maternidade e paternidade precoces, cumprindo assim o que determina o Estatuto da Criança e Adolescente em seu Título II Dos Direitos Fundamentais, Capítulo I Do Direito à Vida e a Saúde,

Art. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e a saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

A prevenção à gravidez na adolescência ultrapassa a esfera de atendimento por parte de um Programa, o que se apresenta hoje na sociedade merece uma ação estatal verdadeiramente eficiente, que poderá ser alcançada a partir de um olhar específico e centrado neste tema, por isso a relevância da elaboração de uma política pública de prevenção.

#### 4.2 A resposta do Estado

O Estado responde a tal problemática através do Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), do ano de 1989, instituído por meio de Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM de 21/12, que se fundamenta numa política de Promoção de

Saúde, de identificação de grupos de risco, detecção precoce dos agravos, com tratamento adequado e reabilitação. Com competência a nível federal, o PROSAD apóia os estados e municípios quando há elaboração de material normativo e educativo, mantém um canal permanente de informação e é considerado uma das áreas prioritárias de ação à saúde reprodutiva.

O atendimento é voltado para os jovens entre 10 e 19 anos e caracterizado pela integralidade das ações e pelo enfoque preventivo e educativo, visando garantir aos adolescentes o acesso à saúde, com ações de caráter multiprofissional, intersetorial, interinstitucional.

No ano de 1991 o Distrito Federal, baseado nas normas do PROSAD, implantou, por meio da Secretaria de Estado de Saúde, o Programa de Atenção Integral ao Adolescente<sup>50</sup> (PRAIA) que se materializa a partir de um conjunto de ações com o propósito de atender o (a) adolescente numa visão biopsicossocial enfatizando a promoção da saúde, prevenção dos agravos, diagnóstico precoce e tratamento e reabilitação, visando, sobretudo, a melhoria da qualidade de vida do adolescente e sua família. As áreas prioritárias do programa compreendem: Crescimento e desenvolvimento;

1. Sexualidade e saúde reprodutiva;
2. Abuso de álcool e drogas;
3. Saúde mental;
4. Violência e maus tratos.

Um total de onze Regionais Administrativas possui o PRAIA em funcionamento, e cinco ainda estão em fase de implantação.

Algumas questões não são abordadas de forma expressiva, como por exemplo, a discussão de gênero. Outro ponto é a busca voluntária pelas reuniões, o que deixa de fora uma parte significativa do grupo em questão.

---

<sup>50</sup> Para saber mais sobre o PRAIA consulte o site: <[www.saude.df.gov.br](http://www.saude.df.gov.br)>.

## Capítulo V

### Apresentando os Resultados

Para compreender a dinâmica da maternidade na adolescência, houve a necessidade de se realizar um projeto<sup>51</sup> de pesquisa que buscasse aproximar os princípios legais do Estatuto da Criança e Adolescência (ECA), que preconizam a (o) adolescente nas políticas de saúde, e a realidade em que elas e eles se inserem, para tanto foi feita uma seleção entre as dezesseis Regionais<sup>52</sup> de Saúde do Distrito Federal, hospitais e centros de saúde (incluindo o ADOLESCENTRO<sup>53</sup>), em busca de uma unidade de saúde que realizasse ou o pré-natal ou o planejamento familiar voltado especificamente para as (os) adolescentes, o resultado foi que apenas o Hospital Regional do Paranoá se enquadrava neste quesito, os outros encaminhavam ao PRAIA que por não ser porta de entrada obrigatória para as adolescentes grávidas, foi desconsiderado como campo de pesquisa.

A escolha deste campo de análise se deu pela imperativa necessidade das adolescentes procurarem ou um centro de saúde ou um hospital para o acompanhamento da gestação ou para o parto.

Diante disto o objetivo desta pesquisa é investigar a adesão aos métodos contraceptivos por parte das adolescentes, vislumbrando conhecer o impacto da gravidez em suas vidas, e as percepções dos profissionais de saúde que trabalham junto a elas, no grupo de pré-natal realizado no Hospital Regional do Paranoá no Distrito Federal.

A hipótese levantada é que no campo representacional os profissionais de saúde e as adolescentes têm posicionamentos diametralmente diferentes sobre a gravidez na adolescência, e partindo do princípio que não há uma pesquisa para ouvir as demandas das adolescentes, todas as fases de elaboração de uma ação preventiva são comprometidas, tornando o processo verticalizado, tão logo, não sendo possível a apropriação daquilo que é apresentado nas reuniões de pré-natal do Hospital Regional do Paranoá no Distrito Federal.

---

<sup>51</sup> Cabe ressaltar que este projeto de pesquisa foi submetido a apreciação e foi obtida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília voltado para pesquisa com seres humanos.

<sup>52</sup> Hospital de Base, Hospital de Apoio, HSVP, Asa Sul, Asas Norte, Taguatinga, Gama Ceilândia, Samambaia, Planaltina, Sobradinho, Paranoá, Guará, Brazlândia, São Sebastião, Núcleo Bandeirante.

<sup>53</sup> Centro de Pesquisa, Capacitação e Atenção ao Adolescente e Família.

## 5.1 Universo de Pesquisa

### 5.1.1. Caracterização sócio-demográfica do Paranoá<sup>54</sup>

No ano de 1957, deu-se início as obras da Barragem do Paranoá, o que gerou a necessidade da criação da Vila Paranoá para abrigar os operários e suas famílias, até o ano de 1960, quando foi inaugurada a cidade de Brasília, já existiam mais de 3 mil habitantes naquela região, assentados em cerca de 800 barracos.

A criação da Região Administrativa do Paranoá ocorreu em 10 de dezembro de 1964, através da Lei 4.545, porém, somente em 25 de outubro de 1989, o Decreto nº. 11.921 fixou os novos limites da Região Administrativa (RA-VII), e nesse mesmo ano foram realizadas as transferências dos barracos e o assentamento definitivo dos trabalhadores.

### 5.1.2 Área geográfica e população

Localizado a 28 km de Brasília, o Paranoá ocupa uma área de 853,33 km<sup>2</sup>, e possui cerca de 64 mil habitantes, o que corresponde a 14,74% da população do Distrito Federal.

Na RA-VII, existe um elevado número de condomínios, concentrados principalmente na DF 001, que liga a Escola de Administração Fazendária (ESAF) à barragem do Lago Paranoá.

Além de condomínios, vários Núcleos Rurais pertencentes a outras Regiões Administrativas têm proximidade com a cidade e utilizam os serviços e o comércio do Paranoá.

### 5.1.3 Economia

Hoje, a principal atividade econômica é o comércio. Na Avenida Principal é possível encontrar uma variedade de produtos.

A Região Administrativa é grande produtora agrícola. Tem *status* de maior produtora de feijão da América Latina.

### 5.1.4 Área Rural

---

<sup>54</sup>Fonte: Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central (Codeplan); Diretoria de Patrimônio Histórico e Artístico do DF (DePHA); Secretaria de Estado de Coordenação das Administrações Regionais (Sucar).

Altiplano Leste, Boqueirão, Buriti Vermelho, Café Sem Troco, Capão Seco, Cariru, Granja Progressos, Jardim II Itapeti, Lamarão, Núcleo Rural Assentamento Três Conquistas, Núcleo Rural Rajadinha, PAD/DF, Quebrada dos Guimarães, Quebrada dos Néri, São Bernardo, Sobradinho dos Melos, Sussuarana.

### 5.1.5 Educação

O nível de instrução dos moradores do Paranoá ainda estão muito abaixo do previsto no Plano Nacional de Educação, cerca de 75% parou de estudar antes mesmo de completar o ensino fundamental, quase 8% são ou analfabetos ou são analfabetos funcionais, apenas 1,73% têm curso superior completo, como demonstra a tabela abaixo:

Tabela 1 - Grau de Instrução dos Membros da Família, segundo os Níveis de Escolaridade.

Níveis	Percentual
Analfabeto	4,85
Sabe ler e escrever	2,37
Pré-escola	3,56
1º grau incompleto	74,75
1º grau completo	8,58
2º grau incompleto	4,27
2º grau completo	9,52
Superior incompleto	0,80
Superior completo	1,73
Menores de 7 anos sem escola	10,5

Fonte: SEPLAN / CODEPLAN

Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD 2004.

### 5.1.6 Saúde

O Paranoá possui três unidades de saúde: o Hospital Regional Paranoá – HRPa; o Centro de Saúde do Paranoá; e o Posto de Saúde do Programa de Assentamento Dirigido do Distrito Federal (PAD/DF), situado no Núcleo Rural.

## 5.2 Perfil da gravidez na adolescência:

Foi realizada pesquisa nos dados estatísticos da Secretaria de Saúde do Distrito Federal referentes ao número de gravidezes totais (envolvendo adultos e adolescentes) e o número relativo a adolescência, abrangendo o período de 2003 a 2006.

Porém, os dados do ano de 2003 foram descartados devido as diferenças existentes na classificação por idade das pacientes, tendo a divisão sido feita agrupando indivíduos da faixa etária entre 15 e 34 anos de idade, desconsiderando as adolescentes abaixo dos 15 anos de idade, e as que se encontravam na faixa etária entre 15 e 19 anos de idade. Tal discrepância vai de encontro com a orientação da Organização Mundial de Saúde que classifica o adolescente como aquele que pertence à faixa etária de 10 a 19 anos de idade.

Foram analisados os dados relativos ao Distrito Federal e a Regional de Saúde do Paranoá.

### a) Distrito Federal

O número de partos realizados no Distrito Federal nos últimos 11 anos (ver tabela 2 e gráfico 1) apesar de apresentar picos no número de nascimentos no período de 1997 a 2000, demonstra uma tendência clara de queda, de aproximadamente 10%.

Tabela 2. Evolução do Número de Nascimentos Ocorridos entre os anos de 1996 e 2005

Anos	Total	Variação Percentual	
	Quantitativo	Relação ao ano anterior	Relação com 1996
1996	43.389	-	-
1997	46.101	6,3	6,3
1998	47.429	2,9	9,3
1999	48.352	1,9	11,4
2000	47.138	-2,5	8,6
2001	45.948	-2,5	5,9
2002	44.998	-2,1	3,7

2003	44.621	-0,8	2,8
2004	43.926	-1,6	1,2
2005	43.812	-0,3	1,0

Fonte: SUPLAN - Relatório Estatístico Mensal das Diretorias Regionais de Saúde

Gráfico 1



No período de 2004 a 2006 o número total de partos realizados sofreu uma queda de aproximadamente 2% (ver tabela 1, 3). Quando analisados os dados referentes ao número de partos em adolescentes verifica-se um acréscimo no período de 2004 a 2005, se configurando da seguinte forma, adolescentes abaixo de 15 anos, um aumento de 2%, e de 15 a 19 anos de idade um acréscimo foi de 7%. No período de 2005 a 2006 se apresenta um decréscimo no número de partos, adolescentes abaixo de 15 anos, uma queda de 6%, e de 15 a 19 anos de idade a diminuição de 2%.

O número de partos total apresentou um aumento de 7% no período de 2004 a 2005, e uma queda de 3% no período de 2005 a 2006 (ver gráfico 2).

### Tabela 3. Número total de partos em adultos e adolescentes

Fonte: SUPLAN - Relatórios Estatísticos Mensais das Diretorias Regionais de Saúde

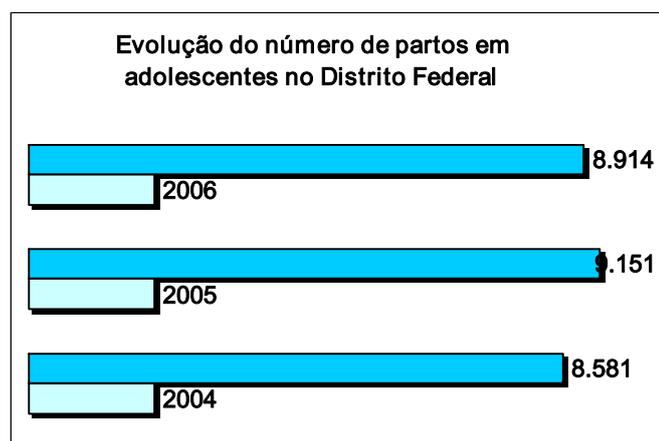
## Dados do Distrito Federal

Ano	Total de partos (adultos e adolescentes)		Abaixo de 15 anos de idade*		Entre 15 e 19 anos de idade		Total de partos em adolescentes	
	F	Var <sup>1</sup> %	f	Var %	f	Var %	f	Var %
2004	43.501	-	390	-	8.191	-	8.581	-
2005	43.435	-0,2	397	+2	8.754	+7	9.151	+7
2006	42.659	-2	368	-6	8.546	-2	8.914	-3

\*Número absoluto.

<sup>1</sup>Var % : variação percentual

Gráfico 2



### b) Paranoá.

Os dados relativos ao Paranoá se restringem ao Hospital Regional do Paranoá, por ser a única unidade de saúde com tal competência, que apesar de ter sido inaugurado no ano de 2001, atendia a obstetrícia apenas em caráter de emergência, ou seja, quando o parto já estava em andamento e não mais se podia transferir a parturiente para o Hospital Regional da Asa Norte ou para o Hospital de Base.

No ano de 2006 foi inaugurado o centro obstétrico na regional do Paranoá, podendo agora as mulheres serem atendidas desde o pré-natal até o parto na mesma instituição de saúde.

Devido a esta mudança estrutural o número apresentado pela SES não caracterizam o aumento de gravidezes, mas de partos realizados em emergência (ver tabela 2). Portanto, não é possível calcular a evolução do número de partos em adolescentes desde o ano de 2004, prendendo-se a análise ao ano de 2006.

O centro obstétrico propiciou um aumento de 666% no número de partos no ano de 2006, sendo 11 em adolescentes abaixo de 15 anos e 205 na faixa etária entre 15 e 19 anos de idade (ver tabela 4). Do total de partos realizados 22% (n=216) foram em adolescentes e 78% (n=757) em mulheres adultas (ver gráfico 3).

Tabela 4. Número total de partos no Paranoá

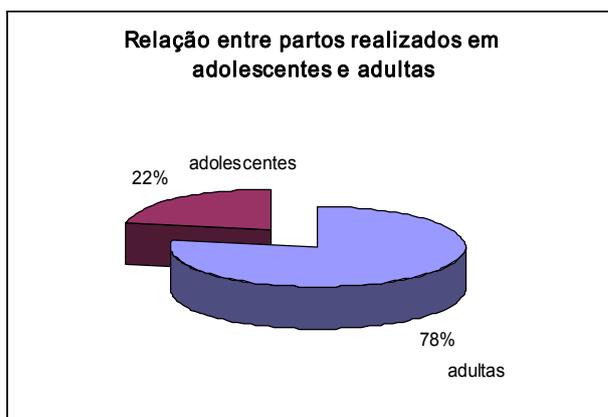
Dados do Paranoá

Ano	Total de partos		Abaixo de 15 anos de idade*		Entre 15 e 19 anos de idade		Total de partos em adolescentes	
	f	Var <sup>1</sup> %	F	Var %	f	Var %	f	Var %
2004	104	-	-	-	16	-	16	-
2005	127	+22	-	-	25	+56	25	+56
2006	973	+666	11	-	205	+720	216	+764

Fonte: SUPLAN - Relatórios Estatísticos Mensais das Diretorias Regionais de Saúde

<sup>1</sup>Var % : variação percentual

Gráfico 3



### 5.3 Caracterização do espaço institucional

O Hospital Regional do Paranoá é o espaço institucional no qual foi realizado este estudo. Trata-se da única unidade de saúde que mantém em funcionamento reuniões de pré-natal que tem não somente a preocupação de resguardar a gestação atual, mas também um cunho preventivo quanto a gravidez e a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST/AIDS), abrangendo as regiões do Paranoá, Varjão, Lago Sul, Lago Norte, Condomínios e São Sebastião.

Os centros de saúde das referidas regiões encaminham as adolescentes grávidas que chegam à busca de pré-natal até este hospital, podendo assim, realizar este atendimento diferenciado.

O trabalho desenvolvido ocorre, a cada quinze dias, e se divide em duas grandes fases:

1ª Fase: Aconselhamento.

Esta ocorre quando a adolescente chega pela primeira vez no hospital, já encaminhada pelo posto de saúde. E compreende quatro momentos específicos:

1º momento: ao chegar ao hospital é feito o primeiro atendimento pelas técnicas em enfermagem, onde é verificada a pressão, feita a pesagem e são passados os primeiros exames pré-natal. É feita a indicação da palestra que se torna obrigatória devido a entrega do cartão e a marcação da próxima consulta ao seu final.

2º momento: ocorre uma dinâmica de grupo, onde os temas abordados são as peculiaridades da adolescência, aconselhamento sobre HIV/AIDS, informações sobre DST's.

3º momento: é realizada uma avaliação odontológica por profissional capacitado (odontólogo), onde é verificada a dentição das gestantes e ministrados ensinamentos sobre a saúde bucal da gestante e do bebê, tendo as adolescentes prioridade no atendimento e já saem da palestra com consulta marcada para realização de procedimentos.

4º momento: Cuidados importantes durante a gestação, evidenciando práticas de higiene e prevenção às doenças comuns no período gestacional.

2ª Fase: Encontro das adolescentes entre a trigésima e trigésima quinta semana de gestação.

Nesta fase são abordados assuntos relativos aos momentos que antecedem a hora do parto, como ruptura da placenta, dilatação, etc.; bem como cuidados com o pós-parto. Também são destacados os cuidados básicos com o bebê.

Durante todo o processo gestacional as adolescentes são acompanhadas pela equipe de enfermagem, composta por quatro enfermeiros e dois técnicos em enfermagem, e um (a) ginecologista infato-puberal.

## 5.4 Caracterização da pesquisa

Para alcançar êxito na investigação do objeto proposto foram utilizados os métodos de pesquisa quantitativa e qualitativa.

É fator *sine qua non* entender que não existe uma regra de continuidade necessária a ser seguida quando da utilização dos dois métodos acima citados, “a diferença entre qualitativo-quantitativo é de natureza<sup>55</sup>” enquanto o primeiro trabalha as questões do significado das ações e relações humanas, o segundo traz uma visão estatística dos dados. Contudo:

O conjunto de dados quantitativos e qualitativos, porém, não se opõem. Ao contrário, se complementam, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia<sup>56</sup>.

O método de pesquisa qualitativa para Minayo (1996, p. 10) é: “...entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais”.

## 5.5 Processo de investigação

Após dois meses de acompanhamento da rotina dos profissionais de saúde e das adolescentes pertencentes ao grupo de pré-natal do Hospital Regional do Paranoá, foram selecionados os sujeitos de os instrumentos de pesquisa, quais sejam:

### 5.5.1 Sujeitos de pesquisa:

#### a) Adolescentes

Foram entrevistadas vinte e cinco adolescentes gestantes do 1º ao 3º trimestre, o que representa a média mensal de atendimento no grupo.

#### b) Profissionais de saúde

Foram selecionados seis profissionais que atuam diretamente no atendimento junto às adolescentes grávidas.

---

<sup>55</sup> Minayo, 1996, p. 22.

<sup>56</sup> *Ibidem*, p. 22.

### 5.5.2 Instrumentos de pesquisa:

Foram utilizados como métodos de coleta de informações e análise a observação participante, realizada através de um contato direto do observador com o fenômeno a ser observado, com a finalidade de obter informações sobre a realidade e o contexto do objeto a ser investigado (Neto, 1994). A importância desta técnica está na possibilidade de captar detalhes, situações ou fenômenos diretamente ligados ao processo a ser investigado.

Foi utilizado também o diário de campo, que segundo Neto (1994, p. 63):

esse diário é um instrumento ao qual recorreremos em qualquer momento da rotina do trabalho que estamos realizando. Ele, na verdade, é um "amigo silencioso" que não pode ser subestimado quanto à sua importância. Nele diariamente podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas.

Os instrumentos utilizados foram elaborados após observação participante desde o primeiro atendimento realizado na "Sala da mulher" até as palestras do pré-natal. Os mesmos foram testados e reavaliados até se chegar ao mais adequado a realizar uma análise sócio-demográfica dos sujeitos de pesquisa e do campo representacional sobre a adesão aos métodos contraceptivos e a gravidez na adolescência.

Os dados foram coletados por meio de questionários e guia de entrevista, foi realizada a gravação das entrevistas<sup>57</sup>.

A aplicação dos instrumentos teve início no mês de julho de 2006 e terminou no mês de janeiro de 2007.

Após a pesquisa de campo os dados foram analisados por meio de dois métodos de análise, são eles:

- a) Análise de classificação hierárquica descendente, com vistas a identificar as classes temáticas organizadoras do discurso dos participantes (coletados a partir das entrevistas);
- b) Análise estatística descritiva simples (frequência e percentual) dos dados obtidos a partir dos questionários de cunho quantitativo;

Todos os participantes tomaram conhecimento dos objetivos da pesquisa, bem como assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver anexo 1), de

---

<sup>57</sup> Gravações realizadas com prévia autorização do entrevistado.

acordo com as determinações da Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, Capítulo IV que trata do Consentimento Livre e Esclarecido<sup>58</sup>.

A fim de responder as questões propostas e confirmar ou negar a hipótese lançou-se mão de dois estudos empíricos:

*1º Estudo Empírico: Adolescentes e a adesão aos métodos contraceptivos:* Propõe-se a responder questões como: Qual o perfil das adolescentes atendidas neste grupo de pré-natal? Porque as adolescentes não utilizaram os métodos contraceptivos? Porque engravidaram?

*2º Estudo Empírico: O paradigma da gravidez na adolescência na voz dos profissionais da saúde.* Guarda o propósito de investigar as indagações: O que pensam sobre a gravidez na adolescência? O que pensam sobre a adolescente que engravida? Quais repercussões na comunidade a partir do trabalho que é desenvolvido?

## **ESTUDO EMPÍRICO 1**

### **Adolescentes e a adesão aos métodos contraceptivos**

Este estudo tem o objetivo de conhecer a realidade a qual pertencem as adolescentes, qual o grau de conhecimento sobre os métodos contraceptivos, o porquê da não adesão aos métodos contraceptivos, como compreendem a gravidez na adolescência e quais expectativas de mudança quanto ao nascimento do filho (a).

#### **Metodologia**

##### **1. Sujeitos:**

Foram entrevistadas vinte e cinco adolescentes do sexo feminino com idade entre 13 e 19 anos de idade, todas residindo no Paranoá, 56% (n=14) residem com o

---

<sup>58</sup>O Consentimento Livre e Esclarecido determina que “o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos sujeitos, indivíduos ou grupos que por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”. Fonte: Resolução 196/96, p. 4.

parceiro, e apenas 28% (n=7) se dizem solteiras. A grande maioria, 52% (n=23) parou os estudos, contudo todas alegaram já estarem afastadas antes da gravidez. Apenas 8% (n=2) afirmaram estar estudando e demonstraram intenção de dar continuidade.

Um total de 80% (n=20) estava na sua primeira gestação, 16% (n=4) já tem 1 filho e 4% (n=1) tem 2 filhos, tendo estas engravidado a primeira vez na faixa etária entre 14 e 16 anos.

Quanto ao planejamento das gestações, 64% (n=16) garantem não ter planejado engravidar, enquanto que 36% (n=9) escolheram ter um filho.

## 2. Instrumento

Os instrumentos utilizados foram divididos em quatro partes para melhor atender a necessidade de investigação da pesquisa, sendo assim dispostos:

- a. Instrumento de pesquisa/parte 1: buscou fazer a análise sócio-demográfica (ver anexo 2) das 25 adolescentes pertencentes ao grupo de pré-natal, onde se questiona a idade, cidade/bairro residencial, estado civil, com quem reside, a situação escolar, o número de filhos e a idade com que ficou grávida a primeira vez;
- b. Instrumento de pesquisa/parte 2: o Questionário Informacional (ver anexo 3) contém 19 perguntas fechadas com respostas do tipo “sim”, “não” e “tenho dúvidas”, onde a adolescentes é orientada a marcar com um “X” a que lhe for mais conveniente de acordo com as informações que ela detém sobre os métodos contraceptivos;
- c. Instrumento de pesquisa/parte 3: o Questionário Comportamental (ver anexo 4) contém 13 perguntas fechadas com respostas do tipo “sim” e “não”, onde a adolescente é orientada a selecionar a que mais se aproximar do seu comportamento quanto aos métodos contraceptivos;
- d. Instrumento de pesquisa/parte 4: o Guia de Entrevista em Profundidade (ver anexo 5) contém 5 perguntas abertas visando conhecer o campo representacional das adolescentes quanto a sua gravidez, como também sobre os métodos contraceptivos.

### **3. Procedimento de coleta**

Os dados deste estudo foram coletados no próprio Hospital Regional do Paranoá, as entrevistas foram realizadas nos dias de reunião do pré-natal, na sala de espera.

As adolescentes que se encontravam acompanhadas pelos responsáveis legais foram informadas sobre a pesquisa e convidadas a participar mediante autorização dos mesmos. Também tomaram conhecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a necessidade de sua assinatura.

Em seguida foram submetidas aos quatro instrumentos de pesquisa já mencionados (ver anexos 2, 3, 4, 5).

Vinte e cinco adolescentes foram submetidas aos instrumentos de pesquisa 1, 2 e 3, contudo apenas dezoito adolescentes responderam ao Guia de Entrevista em Profundidade, este último número se deu pela repetição do discurso.

### **4. Análise dos dados**

Os dados quantitativos foram analisados levando em consideração a frequência e o percentual que as respostas apresentaram.

Os dados qualitativos foram apreciados de acordo com a classificação hierárquica descendente, e posterior análise das respostas, traçando uma linha comparativa entre elas.

### **5. Resultados/discussão**

Foram analisados os dados do Questionário Informacional (ver tabela 1) e do Questionário Comportamental (ver tabela 2) e feita posterior comparação das respostas (ver tabela 3) a fim de compreender a relação existente entre a informação e o comportamento das adolescentes.

Também foi analisado o Campo Representacional das adolescentes (ver tabela 4) de acordo com as respostas do Guia de Entrevista em Profundidade (ver anexo 5).

Tabela 1. Análise do Questionário Informativo

*Quanto a informação que detêm:*

Itens		Sim		Não		Dúvidas	
		f	%	f	%	f	%
1	Camisinha masculina	25	100	-	-	-	-
2	Pílula do dia seguinte	14	56	7	28	4	16
3	Camisinha feminina	25	100	-	-	-	-
4	DIU	9	36	12	48	4	16
5	Uso da pílula anticoncepcional	12	48	12	48	1	4
6	Coito interrompido	1	4	22	88	2	8
7	Engravidar antes da primeira menstruação	9	36	10	40	6	24
8	Pegar (gratuitamente) a camisinha masculina e a pílula anticoncepcional	21	84	4	16	-	-
9	Engravidar durante a menstruação	21	84	4	16	-	-
10	“Tabelinha”	10	40	10	40	5	25
11	Engravidar três dias antes e depois do dia fértil	18	72	1	4	6	24
12	Contraceção de emergência	-	-	25	100	-	-
13	Confiança na “tabelinha”	2	8	16	64	7	28
14	Segurança no uso da camisinha masculina	15	60	8	32	2	8
15	Possibilidade de uso da camisinha masculina junto com a camisinha feminina	3	12	15	60	7	28
16	Diafragma	5	20	18	72	2	8
17	Necessidade de indicação médica para uso de métodos anticoncepcionais	22	88	2	8	1	4
18	Possibilidade de gravidez na primeira relação sexual	20	80	2	8	3	12

f: frequência das respostas em número absoluto.

Ao analisar as informações que as adolescentes têm perante a utilização dos métodos contraceptivos conclui-se que 70% (n=18) já ouviram falar, ou teve contato com algum deles. Os mais conhecidos são o preservativo masculino e feminino,

ambos com 100% (n=25), e a pílula anticoncepcional com 48% (n=12). O uso de contracepção não se apresenta de forma regular, visto que 20% (n=5) utilizam pílulas anticoncepcionais, e preservativos ocasionalmente.

As adolescentes se mostram informadas quanto à fertilidade e possibilidade de gravidez, como por exemplo: 84% (n=18) sabem que a mulher pode engravidar durante a menstruação; 72% (n=18) identificam o dia fértil. Contudo, 40% (n=10) pensam que a mulher não engravida antes da primeira menstruação, o que é um equívoco já que não se sabe quando esta irá ocorrer, e tão logo se torna imprevisível o primeiro dia fértil, sendo necessário a prevenção.

Quanto à confiabilidade nos métodos, a camisinha masculina apresentou um índice de 60% de aprovação, apesar de um considerável número relatando insatisfação, quando 32% (n=8) não acreditam ser capaz de proteger tanto a gravidez quanto a DST/AIDS, e 8% (n=2) tem dúvidas sobre a forma de utilização.

Quanto à utilização, chama atenção o dado que 12% (n=3) entendem ser possível usar a camisinha masculina junto com a feminina com o intuito de aumentar a proteção, e 28% (n=7) diz ter dúvidas quanto a este item, o que demonstra a importância de ressaltar estas informações de forma mais clara.

Tabela 2. Análise do Questionário Comportamental

*Quanto à atitude:*

Itens		Sim		Não	
		f	%	f	%
1	Método contraceptivo	13	52	12	48
2	Camisinha feminina	4	16	21	84
3	Pílula do dia seguinte	4	16	21	84
4	Diafragma	-	-	25	100
5	"Tabelinha"	8	32	17	68
6	Pegar (gratuitamente) pílula anticoncepcional	3	12	22	88
7	DIU	1	4	24	96
8	Comprar camisinha masculina	13	52	12	48
9	Uso de métodos anticoncepcionais por indicação médica	10	40	15	60
10	Pílula anticoncepcional	10	40	15	60
11	Coito interrompido	1	4	24	96

12	Pegar (gratuitamente) camisinha masculina	10	<b>40</b>	15	<b>60</b>
13	Camisinha masculina	13	<b>52</b>	12	<b>48</b>

f: frequência das respostas em número absoluto.

Os dados revelam que 52% (n=13) das adolescentes utilizam pelo menos um método contraceptivo, e o mais utilizado é a camisinha masculina com 52% (n=13), seguido da pílula anticoncepcional com 40% (n=10).

As adolescentes, em sua maioria, 60% (n=15) demonstraram utilizar métodos contraceptivos sem a indicação médica. E de não pegar gratuitamente nos postos de saúde tanto a camisinha, 60% (n=15), quanto a pílula anticoncepcional, 88% (n=22).

Tabela 3. Comparação entre a Informação e o Comportamento

Itens	Informação que detêm <sup>1</sup>		Comportamento (quanto a atitude)	
	f	%	f	%
Camisinha feminina	25	<b>100</b>	4	<b>16</b>
Camisinha masculina	25	<b>100</b>	13	<b>52</b>
Pílula do dia seguinte	14	<b>56</b>	4	<b>16</b>
Pílula anticoncepcional	12	<b>48</b>	10	<b>40</b>
“Tabelinha”	10	<b>40</b>	8	<b>32</b>
DIU	9	<b>36</b>	1	<b>4</b>
Diafragma	5	<b>20</b>	-	-
Coito interrompido	1	<b>4</b>	1	<b>4</b>
Pegar (gratuitamente) camisinha masculina	21	<b>84</b>	10	<b>40</b>
Pegar (gratuitamente) pílula anticoncepcional	21	<b>84</b>	3	<b>12</b>
Necessidade de indicação médica para uso de métodos anticoncepcionais	22	<b>88</b>	10	<b>40</b>

f: frequência das respostas em número absoluto.

<sup>1</sup> Dados referentes as respostas “sim”.

A comparação entre a informação que as adolescentes detêm e o seu comportamento esclarece que apesar de conhecer o método contraceptivo a maioria opta por não utilizá-lo, em ordem decrescente pode-se verificar que a camisinha masculina e a camisinha feminina apesar de serem conhecidas por todas as

entrevistadas, apenas a utilizam ou utilizaram, respectivamente, 52% (n=13) e 16% (n=4). A pílula do dia seguinte é conhecida por 56% (n=14) e 16% (n=4) já utilizaram. A pílula anticoncepcional foi o terceiro método contraceptivo mais conhecido 48% (n=12) e utilizado por 40% (n=10). A “Tabelinha” se encontra na quarta posição com 40% (n=10) de adolescentes que a conhecem, e 32% ainda a utilizam. O DIU, o diafragma, e o coito interrompido foram os três métodos menos conhecidos dentre as entrevistadas, apresentando respectivamente 36% (n=9), 20% (n=5) e 4% (n=1), e quando levado em conta a utilização destes os números caem para zero em relação ao diafragma e a 4% (n=1) tanto para o DIU quanto para o coito interrompido.

Quando é analisada a aquisição de métodos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) por meio dos Postos de Saúde os dados tornam-se contrastantes, pois 84% (n=21) sabem que o posto de saúde fornece camisinha masculina gratuitamente, mas 60% (n=15) nunca participaram deste projeto.

A necessidade de indicação médica para o uso de métodos anticoncepcionais foi apontado como fator preponderante na escolha da prevenção, 88% (n=22), mas apenas 40% (n=10) procuraram o auxílio de um profissional de saúde.

As contradições apresentadas acima demonstram a discordância entre a informação obtida pelas adolescentes e o que elas colocam em prática em suas vidas. A relevância deste fato encontra-se na necessidade de se conhecer a demanda das (os) adolescentes quanto as suas dúvidas sobre os métodos contraceptivos, sendo sua participação fator decisivo na elaboração de qualquer projeto que envolva esse tema.

O campo representacional das adolescentes quanto aos métodos contraceptivos e as mudanças em suas vidas após a gravidez foram descritos nas tabelas 4, 5, 6, 7, e 8 para análise e discussão das respostas.

Os dados revelaram que 90% (n=23) das entrevistadas ao serem questionadas sobre suas dúvidas sobre os métodos contraceptivos não compreendiam o significado do termo “métodos contraceptivos”, o que demonstra a necessidade de usar palavras que façam parte da linguagem cotidiana das adolescentes. Uma parcela significativa, 83,3% (n=15) tem dúvidas sobre a utilização dos contraceptivos.

Tabela 4 Com quem a adolescente conversa sobre os métodos contraceptivos

Itens		Comportamento <sup>1</sup>	
		f	%
1	Ninguém	7	31,8
2	Mãe	4	18,1
3	Amigos (as)	3	13,6
4	Parceiro	3	13,6
5	Pessoas mais experientes	2	9
6	Médico	1	4,5
7	Irmã	1	4,5
8	Professor	1	4,5
<b>Total</b>		<b>22</b>	<b>100</b>

f: freqüência das respostas em número absoluto.

<sup>1</sup> Porcentagem calculada a partir da freqüência de respostas.

As entrevistadas elencaram oito possibilidades de esclarecer suas dúvidas sobre os métodos contraceptivos, sendo assim apresentados em ordem decrescente, 31,8% (n=7) não têm com quem conversar sobre o assunto, a mãe foi citada por 18,1% (n=4), 13,6% (n=3) fizeram referência aos amigos, as pessoas com mais experiência nesta temática também foram citadas apresentando 9% (n=2) das indicações, três itens se mostraram de forma igual percentualmente, quais sejam o médico, a irmã, e o professor, todos com 4,5% (n=1).

Os dados acima demonstram que a grande maioria das adolescentes não tem com quem conversar sobre suas dúvidas, mas a figura materna ainda tem um peso considerável na decisão das entrevistadas, seguido das relações externas (amigos e parceiro).

Quando as entrevistadas foram inquiridas sobre sua participação em grupos de discussão que envolva a temática sexo e sexualidade, 55,6% (n=10) declararam já terem feito parte de pelo menos um grupo, o que demonstra interesse em buscar orientação para dissolver suas dúvidas, e 44,4% (n=8) disseram nunca ter freqüentado.

Tabela 5 Quanto à participação em grupos de discussão

Itens		Comportamento <sup>1</sup>	
		f	%
1	Não conhecem nenhum grupo	7	38,8
2	PRAIA	5	27,7
3	Posto de Saúde	4	22,2
4	Escola	1	5,5
5	Agente Jovem	1	5,5
<b>Total</b>		<b>18</b>	<b>100</b>

f: frequência das respostas em número absoluto.

<sup>1</sup> Porcentagem calculada a partir da frequência de respostas.

Dentre os grupos citados o PRAIA foi o mais procurado pelas adolescentes, 27,7% (n=5), tendo sido indicadas por amigas que já freqüentaram tal programa. O posto de saúde também foi apontado como um lugar de discussão com 22,2% (n=4), a escola e o agente jovem foram ambos mencionados por 5,5% (n=1) das entrevistadas.

Tais dados dizem da importância da atuação do Estado em pelo menos duas frentes: uma que busque atrair a atenção e interesse do adolescente quanto ao tema; e outra que vise resgatar e fortalecer a ação de educador da escola.

As entrevistadas em sua maioria acreditam haver um momento da vida certo para engravidar, um total de 55,6% (n=10). Foi pedido que elas citassem condições para se ter um filho, isto gerou a tabela abaixo.

Tabela 6 Momento certo para engravidar

Itens		Comportamento <sup>1</sup>	
		f	%
1	Assumir responsabilidade	12	42,8
2	Garantir condições financeiras, casa, ter um trabalho	8	28,6
3	Ter terminado os estudos	5	17,9
4	Não sabe	2	7,1
5	Engravidar cedo é normal	1	3,6
<b>Total</b>		<b>28</b>	<b>100</b>

f: frequência das respostas em número absoluto.

<sup>1</sup> Porcentagem calculada a partir da frequência de respostas.

A responsabilidade foi a condição mais citada para analisar a possibilidade de engravidar, 42,8% (n=12), seguida da garantia de condições financeiras, de uma casa própria, e de ter um trabalho, 28,6% (n=8), terminar os estudos também foi identificado como preponderante apresentando 17,9% (n=5). No entanto, 7,1% entendem que engravidar cedo é normal, 3,6% (n=1), e 7,1% (n=2) não souberam responder.

O que torna curioso estes dados são as contradições que se apresentam nas falas das adolescentes, porque a maioria não estuda 52% (n=23), e declara que já haviam parado antes da gestação. Outro fato é que nenhuma delas trabalhava antes da gestação, o que compromete a independência financeira citada por elas.

As adolescentes em sua maioria, 64% (n=16), garantem não ter planejado engravidar, enquanto que 36% (n=9) escolheram ter um filho. E quando questionadas sobre a causa da gravidez não planejada a culpabilização pela falha do método e sua não utilização foram os itens mais destacados, apresentando os maiores índices a o preservativo masculino 54% (n=7) e, o anticoncepcional oral 15,3% (n=2).

Tabela 7 Falha do método

Itens		Comportamento <sup>1</sup>	
		f	%
1	Camisinha masculina	7	54
2	Pílula anticoncepcional	2	15,3
3	Nada	2	15,3
4	Injeção	1	7,7
5	Coito interrompido	1	7,7
<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>100</b>

f: frequência das respostas em número absoluto.

<sup>1</sup> Porcentagem calculada a partir da frequência de respostas.

Ao serem questionadas na entrevista em profundidade sobre as mudanças que ocorrerão em suas vidas após o nascimento do bebê (ver tabela 8), o que se apresentou como comum a 77,8% (n=14) das adolescentes foi a mudança brusca em suas vidas após o parto, Os dados mostram a preocupação das entrevistadas com as responsabilidades que vêm a reboque de uma gravidez, 29% (n=9) citou a responsabilidade e a dificuldade em manter os estudos 25,8% (n=8) como principais obstáculos a serem transpostos. Tornar-se dona de casa, “parar de brincar”, e sair da casa dos pais, se divertirem, foi elencado por 22,6% (n=7) como a terceira maior

alteração. Ter que sair para trabalhar e considerar o bebê como companhia apresentaram ambos 9,7% (n=3) e as mudanças com o corpo 3,2% (n=1).

Tabela 8 Mudanças após o nascimento do bebê

Itens		Comportamento <sup>1</sup>	
		f	%
1	Responsabilidade	9	29
2	Dificuldade em manter os estudos	8	25,8
3	Ser dona de casa, parar de brincar, Sair da casa dos pais, se divertir	7	22,6
4	Ter que trabalhar	3	9,7
5	Ter o bebê como companhia	3	9,7
6	Mudança no corpo	1	3,2
<b>Total</b>		<b>31</b>	<b>100</b>

f: frequência das respostas em número absoluto.

<sup>1</sup> Porcentagem calculada a partir da frequência de respostas.

## Conclusões

As adolescentes demonstram conhecer e ter tido contato pelo menos uma vez com algum método contraceptivo dentre eles os menos conhecidos são o Dispositivo Intra-Uterino (DIU), o diafragma, contracepção de emergência. Mas 48% (n=12) revelam nunca terem utilizado alguma prevenção.

A questão posta é: *por que as adolescentes não utilizam os métodos contraceptivos?*

A resposta pode ser didaticamente, dividida em duas vertentes: a primeira há falta de confiabilidade no método; e a segunda o desejo de engravidar.

A escolha do método se dá por meio de indicação de amigas, e apesar de 88% (n=22) acreditar que um profissional de saúde é o único com capacidade a orientar quanto ao método mais apropriado a ser utilizado, apenas 9% (n=1) buscou esse serviço.

Sendo assim, a possibilidade de erros no uso torna-se iminente, como demonstram os dados, onde 64% (n=16) indicam a gravidez não planejada como resultado de falha do método escolhido. Outro fato é que 28%(n=7) utilizam esporadicamente alguma contracepção, o que também reduz a confiabilidade. O resultado deste comportamento é a crença na ineficiência dos métodos contraceptivos

escolhidos, levando ao abandono dos mesmos. Este fato se propaga, tornando como “aliada” a sorte para àquele que mantém relações sexuais.

Outro foco de análise é o desejo de ser mãe, 36% (n=9) disseram ter escolhido engravidar e apesar de demonstrar ansiedade com as mudanças decorrentes do nascimento, como a responsabilidade com um bebê, dificuldade de manter ou voltar aos estudos, ter que trabalhar, elas não se arrependem.

Pelo menos três variáveis podem ser apontadas, mediante a fala das adolescentes, como motivo para este comportamento, quais sejam: a falta de família estruturada<sup>59</sup> (levando a idealização de uma família e posterior necessidade de construir uma); repetição do comportamento da mãe (que também engravidou na adolescência); e reprodução do comportamento das amigas. A fala de uma adolescente evidencia isto:

Eu sempre quis ser mãe. Minha mãe também me teve cedo, e é bom que a gente cresce junto. Acho normal ter filho cedo, porque todas as minhas amigas têm!

Pode-se concluir que as adolescentes se dividem em dois grupos, o primeiro ou não tem informação ou esta se encontra distorcida, desacreditando assim nos métodos contraceptivos, o que leva a sua não utilização. E outro que decidiu engravidar por pensar ser a melhor forma de construir uma família. Embora a grande maioria aponte que o momento da vida não é o ideal para a concepção.

## **ESTUDO EMPÍRICO 2**

### **O paradigma da gravidez na adolescência na voz dos profissionais da saúde**

Torna-se fundamental conhecer os profissionais de saúde que trabalham com as adolescentes grávidas porque é deles que parte a elaboração das ações desenvolvidas no Hospital Regional do Paranoá. Portanto, este estudo pretende analisar o campo representacional dos profissionais em relação à gravidez na adolescência, e as dificuldades na realização do trabalho junto às adolescentes.

## **Metodologia**

### **1. Sujeitos:**

---

<sup>59</sup> Entende-se por família estruturada aquela que oferece aos seus membros educação, proteção, confiança e segurança.

Foram pesquisados os seis profissionais de saúde do sexo feminino com idade entre 26 e 50 anos, residindo fora do Paranoá. 66% (n=4) têm o curso superior completo de enfermagem, 16,6% (n=1) é técnico em enfermagem e cursa a faculdade de enfermagem, 16,6% (n=1) é técnico em enfermagem. Apenas duas entrevistadas, 33% (n=2), têm o curso de pós-graduação *latu senso* na área de Saúde Coletiva e em Auditoria e Administração.

Nenhuma profissional recebeu curso específico para trabalhar com a adolescência e as temáticas que a envolve. Os cursos oferecidos pela Secretaria de Saúde inserem a temática gravidez na adolescência no âmbito da gravidez de médio e alto risco, não destacando os cuidados necessários no que tange a parte social desta faixa etária.

O tempo de trabalho na área da saúde gira em torno de 10 anos e 3 anos de trabalho com o pré-natal com as adolescentes.

## 2. Instrumento

Os instrumentos utilizados foram divididos em três partes, sendo assim dispostos:

- a. Instrumento de pesquisa/parte 1: buscou fazer a análise sócio-demográfica (ver anexo 6) das 6 profissionais que trabalham no grupo de pré-natal, onde se questiona a idade, cidade/bairro residencial, escolaridade, formação acadêmica, tempo de trabalho na área da saúde e tempo de trabalho no setor de pré-natal;
- b. Instrumento de pesquisa/parte 2: o Formulário de Percepção (ver anexo 7) contém quinze possibilidades de respostas, onde os entrevistados são orientados a escolher cinco motivos que levaram as adolescentes a engravidar (foram descritos apenas aqueles itens que apresentaram resultado maior ou igual a 60% das respostas);
- c. Instrumento de pesquisa/parte 3: o Guia de Entrevista em Profundidade (ver anexo 8) contém 7 perguntas abertas visando conhecer o campo representacional dos profissionais quanto a gravidez na adolescência, como também sobre o trabalho que é por eles desenvolvido.

### **3. Procedimento de coleta**

A coleta de dados se deu no próprio Hospital Regional do Paranoá, as entrevistas foram realizadas nos dias de reunião do pré-natal e em dias previamente agendados com os profissionais.

Todas tomaram conhecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a necessidade de sua assinatura.

Em seguida foram submetidas aos três instrumentos de pesquisa já mencionados (ver anexos 6, 7, 8).

As seis entrevistadas foram submetidas aos instrumentos de pesquisa 1, 2 e 3.

### **4. Análise dos dados**

Os dados quantitativos foram analisados levando em consideração a frequência e o percentual que as respostas apresentaram.

Os dados qualitativos foram apreciados de acordo com a classificação hierárquica descendente, e posterior análise das respostas, traçando uma linha comparativa entre elas.

### **5. Resultados/discussão**

Ao serem questionados sobre o porquê das adolescentes engravidarem (ver tabela 1), três respostas obtiveram igual valor: 13% (n=4) acreditam que a família desestruturada, a imaturidade, e a falta de educação sexual são os motivos mais relevantes. Das entrevistadas, 10% (n=3), acreditam que as adolescentes engravidam para sair de casa e não utilização os métodos contraceptivos por influência das amigas. A falta de conhecimento dos métodos contraceptivos, promiscuidade, a falta de previsão do futuro, dificuldade no diálogo com a família, influência da mídia foram consideradas por 7% (n=2) como motivo da gravidez não planejada. E apenas 3% (n=1) citaram a vergonha de utilizar algum método contraceptivo e relações sexuais antes do casamento.

Percebe-se que segundo os profissionais a abordagem que inclua a família e a escola podem favorecer a diminuição da gravidez na adolescência.

Tabela 1 O porquê da gravidez na adolescência

Itens		Comportamento <sup>1</sup>	
		f	%
1	Falta de conhecimento dos métodos contraceptivos	2	7
2	Família desestruturada	4	13
3	Promiscuidade	2	7
4	Imaturidade	4	13
5	Falta de juízo (não previsão do futuro)	2	7
6	Dificuldade no diálogo com a família	2	7
7	Vergonha de usar métodos contraceptivos	1	3
8	Intimidade antes do casamento	1	3
9	Influência da Mídia (jornal, televisão, internet, rádio)	2	7
10	Falta de educação sexual	4	13
11	Sair de casa	3	10
12	Influência das (os) amigas (os)	3	10
<b>Total</b>		<b>30</b>	<b>100</b>

f: frequência das respostas em número absoluto.

<sup>1</sup> Porcentagem calculada a partir da frequência de respostas.

Ao serem inquiridas sobre as dificuldades encontradas no trabalho que é desenvolvido foram elencadas quatro itens (ver tabela 2), sendo os mais citados a dificuldade de adesão por parte das adolescentes e a falta de capacitação profissional ambos com 33% (n=2) cada. Atingir a demanda das adolescentes 17% (n=1), e o tempo para ouvir a demanda também com 17% (n=1).

Tabela 2 Dificuldades no trabalho desenvolvido

Itens		Dificuldades <sup>1</sup>	
		f	%
1	Dificuldade de adesão por parte das adolescentes	2	33
2	Falta de capacitação profissional	2	33
3	Atingir a demanda das adolescentes	1	17
4	Tempo para ouvir a demanda	1	17
<b>Total</b>		<b>6</b>	<b>100</b>

f: frequência das respostas em número absoluto.

<sup>1</sup> Porcentagem calculada a partir da frequência de respostas.

Os profissionais avaliaram o trabalho que é desenvolvido (ver tabela 3) a partir de cinco itens dentre eles o atendimento diferenciado para as adolescentes, 30,7% (n=4), possibilidade de conhecimento para o profissional, 23% (n=3), adesão das adolescentes, 15% (n=2), possibilidade de conhecimento para as adolescentes, 23% (n=3), e a motivação profissional, 7,6% (n=1).

Tabela 3 Avaliação do trabalho desenvolvido

Itens		Avaliação <sup>1</sup>	
		f	%
1	Atendimento diferenciado para as adolescentes	4	31
2	Possibilidade de conhecimento para o profissional	3	23
3	Possibilidade de conhecimento para as adolescentes	3	23
4	Adesão das adolescentes	2	15
5	Motivação profissional	1	8
<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>100</b>

f: frequência das respostas em número absoluto.

<sup>1</sup> Porcentagem calculada a partir da frequência de respostas.

As entrevistadas foram questionadas sobre as diferenças percebidas na comunidade depois da implantação do grupo de pré-natal e 50% (n=3) acreditam ter havido uma mudança positiva já que a adesão ao pré-natal se torna cada vez maior e o número de adolescentes que deixaram de frequentar os serviços do Hospital de Base e o do Hospital Regional da Asa Norte, dando preferência ao Hospital Regional do Paranoá, o que demonstra um aumento da confiabilidade. 33% (n=2) não acreditam numa interferência positiva, já que o serviço continua lotado, e 17% (n=1) não souberam responder.

Todas as entrevistadas acreditam que ouvir a demanda das adolescentes facilitaria o trabalho, mas para tanto seria necessário dispor de mais tempo tanto junto às adolescentes quanto com a equipe de profissionais, o que torna inviável esse processo já que todos têm suas rotinas hospitalares repletas de afazeres. Contudo, elas citaram o porquê é importante ouvir as adolescentes (ver tabela 4), dentre elas a melhora do atendimento, 50% (n=5), facilitaria a elaboração das palestras, 20% (n=2), possibilidade de aproximação maior junto às adolescentes, 20% (n=2), compreender a cultura e educação delas, 10% (n=1), trazendo assim uma real dimensão das suas necessidades.

Tabela 4 O porquê de ouvir a demanda

Itens		Dificuldades <sup>1</sup>	
		f	%
1	Melhora do atendimento	5	50
2	Facilitaria a elaboração das palestras	2	20
3	Possibilidade de aproximação maior junto às adolescentes	2	20
4	Compreender a cultura e educação delas	1	10
<b>Total</b>		<b>10</b>	<b>100</b>

f: frequência das respostas em número absoluto.

<sup>1</sup> Porcentagem calculada a partir da frequência de respostas.

As dificuldades em falar sobre sexo e sexualidade para as adolescentes (ver tabela 5) se apresentaram da seguinte forma: falta de concentração das adolescentes nas palestras, 31% (n=4), acreditar que o que é dito nas palestras não vai acontecer com elas, 23% (n=3), os pais acreditarem que ter conhecimento é o mesmo que liberar o sexo indiscriminadamente, 23% (n=3), falar a linguagem das adolescentes, 15% (n=2), vergonha das adolescentes esclarecerem suas dúvidas, 8% (n=1).

Tabela 5 Dificuldades em falar sobre sexo e sexualidade

Itens		Avaliação <sup>1</sup>	
		f	%
1	Falta de concentração das adolescentes	4	31
2	Acreditar que não vai acontecer com elas	3	23
3	Pais	3	23
4	Falar a linguagem das adolescentes	2	15
5	Vergonha em esclarecer as dúvidas	1	8
<b>Total</b>		<b>13</b>	<b>100</b>

f: frequência das respostas em número absoluto.

<sup>1</sup> Porcentagem calculada a partir da frequência de respostas.

Quando questionadas sobre o momento de vida ideal para engravidar (ver tabela 5) foram apontados cinco itens desta foram decrescente: responsabilidade, 43% (n=6), condição financeira estabilizada, 21,4% (n=3), terminado o período escolar, 21,4% (n=3), maturidade biológica, 7,1% (n=1), ser casada, 7,1% (n=1).

Percebe-se que a responsabilidade, a condição financeira e os estudos ainda pesam na decisão de ter um filho segundo a opinião das entrevistadas.

Tabela 6 Momento ideal para engravidar

Itens		Comportamento <sup>1</sup>	
		f	(%)
1	Responsabilidade	6	43
2	Condição financeira estabilizada	3	21,4
3	Terminado o período escolar	3	21,4
4	Maturidade biológica	1	7,1
5	Ser casada	1	7,1
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>100</b>

f: frequência das respostas em número absoluto.

<sup>1</sup> Porcentagem calculada a partir da frequência de respostas.

### Conclusões

A pesquisa realizada com os profissionais de saúde demonstra a grande necessidade em capacitar todo aquele que for trabalhar com o (a) adolescente, tornando-se ainda mais relevante quando há gravidez. Todas as falas remetem à importância de saber o *como* interagir, sem ser evasivo, e sem melindrar as famílias com os assuntos relacionados à sexualidade, afinal ainda existe o mito do “incentivo a transa” quando o tema é proposto e discutido.

A família acredita que se falar sobre sexo com as crianças está dizendo “olha! Eu tô falando para você utilizar de imediato” quando não é isso! Porque saber do nosso corpo é obrigação nossa! Não importa se você tem vida sexual ativa ou não! (B. 50 anos).

Alguns itens foram apontados como dificultadores do trabalho desenvolvido, quais sejam: a não adesão das adolescentes quanto aos exames, medicação, quando necessários; falta de capacitação profissional, a fim de facilitar a comunicação com as adolescentes; a falta de tempo para dedicação exclusiva ao trabalho.

O fator comum a todos os entrevistados é a relevância de ouvir a demanda das adolescentes com o intuito de compreender as variáveis que cercam o seu imaginário sobre temas relativos a sexo e sexualidade, dentre elas, permitir reconhecer a cultura que permeia estas jovens, podendo enfim construir uma ação capaz de atingir os objetivos almejados.

## Considerações Finais

As informações que as adolescentes têm sobre métodos contraceptivos se apresentam de formas desconexas, dificultando a assimilação tanto dos termos quanto ao seu uso. E apesar do impacto em suas vidas causado pela gravidez, foi unânime a aceitação da gestação e do nascimento do filho, mesmo quando não planejado.

Há que se ter atenção para não minimizar o desejo de ser mãe de 44,6% das entrevistadas, devendo ser analisado este dado em outro trabalho científico, a fim de compreender o porquê da falta de perspectiva profissional apresentada por quase 50% das adolescentes pertencente a este grupo. Quanto àquelas que não planejaram a gestação, um total de 55,6%, declararam ter tido problemas com a utilização dos métodos contraceptivos escolhidos.

O imaginário social dos profissionais de saúde quanto à adolescência gira em torno da formação escolar como meio de manter o jovem mais afastado do mundo do trabalho, adiando a sua entrada na vida adulta, o que significa retardar a conquista da independência financeira e a responsabilidade.

Os entrevistados percebem o adolescente como em constante crise, imaturo, incapaz de realizar tarefas sozinho, sem responsabilidades, o que já os coloca numa posição inferior no caso de discussão sobre temáticas definidas.

Também foi abstraída a vinculação ao paradigma biológico, onde as condições físicas são exaltadas como motivos para o risco de uma gestação. A fala de uma entrevistada explicita estes fatos:

As adolescentes não gostam de responsabilidade, é mais fácil para elas não estudar, isso está longe da realidade delas, é mais fácil ser mãe e casar. Não utilizar camisinha pode ser por desinteresse, imaturidade, não está nem aí para a vida, não pensa no futuro, e quando começa a transar, ele cai num emaranhado, porque ele vai acabar numa responsabilidade de ser pai ou mãe muito cedo, e aí acaba a vida profissional, acaba a juventude, e até retomar tudo isso vai demorar. (A, 26 anos)

Através da comparação entre os itens apresentadas pelos profissionais de saúde e as adolescentes quanto ao momento ideal para engravidar, demonstrado na tabela 1, pode-se notar que ambos elencaram a responsabilidade como o principal eixo na decisão de engravidar, seguido de condição financeira estabilizada e a importância de término do período escolar. Aqui se apresenta a contradição entre o discurso e o comportamento, afinal as adolescentes discursam conforme a maioria, mas

apresentam uma atitude contrária, haja vista que 100% (n=25) não trabalham, e apenas 8% (n=2) estudavam a época da gravidez.

As adolescentes escolheram um “*momento ideal*”, mas este está longe da realidade em que elas vivem, das possibilidades que lhes são ofertadas. Em seus discursos é exaltada a formação de uma família como projeção de futuro.

Tabela 1 Comparação entre profissionais e adolescentes

Itens				Itens		
Adolescentes		f	%	Profissionais		
		f	%	f	%	
1	Responsabilidade	12	44	Responsabilidade	6	43
2	Condição financeira estabilizada	8	30	Condição financeira estabilizada	3	21,4
3	Terminado o período escolar	5	19	Terminado o período escolar	3	21,4
4	Ser casada	1	3,7	Ser casada	1	7,1
5	Transformações no corpo	1	3,7	Transformações no corpo	1	7,1
Total		27	100	Total	14	100

Sendo assim, a hipótese foi comprovada, já que no campo representacional os itens apresentados pelos profissionais de saúde têm seu eixo na educação como meta para uma futura entrada no mercado de trabalho, e as adolescentes se voltam para a construção da família, onde a responsabilidades com o bebê e a casa são destacadas.

Portanto, torna-se fundamental ouvir a demanda das adolescentes quanto às temáticas: sexo, sexualidade, gravidez a fim de minimizar o risco social a que se expõem esses indivíduos ao praticarem o ato sexual de forma despreocupada e desprotegida.

Também é ponto comum discutir a função das escolas na abordagem dessas temáticas, o que é comprovada na fala de todos os profissionais e de 5,5% (n=1) das adolescentes que citaram a escola como meio de informação.

A elaboração de uma política pública de prevenção deve ser de caráter *bottom-up* de tal sorte a trazer as adolescentes à discussão e permitir maior adesão aos métodos contraceptivos. Difundir a utilização correta da contracepção entre os adolescentes visa garantir melhores condições econômicas e sociais destes indivíduos.

Entre as principais barreiras à promoção de uma boa saúde reprodutiva de adolescentes estão uma disseminada falta de políticas e programas eficazes e a falha em envolver jovens em qualquer atividade promocional existente. Frequentemente, não há uma política coerente para a proteção e manutenção da saúde reprodutiva em

adolescentes, ou a política existente é inadequada para responder às necessidades atuais e futuras<sup>60</sup>.

---

<sup>60</sup>. OMS, UNFPA, UNICEF.

## Referências bibliográficas

ALMEIDA, Ângela M. A pesquisa em representações sociais: fundamentos teórico metodológicos. *Revista Ser Social*, Brasília, n. 09, p.129-162, jul./dez. 2001.

\_\_\_\_\_ Adolescentes em manchete (policial). In: PAVIANI, Aldo; FERREIRA, Ignez C. B.; BARRETO, FREDERICO, F. P. Dimensões da Brasília Urbana. Brasília: Ed. Universidade de Brasília, 2005, p. 218-249.

\_\_\_\_\_ Formas contemporâneas de pensar a crianças e o adolescente. *Estudos Vida e Saúde*, Goiás, v. 31, n 4, p. 637-660, abr. 2004.

AMORIM, Luciana dos Reis. A Prática Educativa dos Educadores Sociais de rua no Distrito Federal – uma análise da metodologia de ação. Dissertação de Mestrado em Política Social. Brasília, 1998.

ARIÈS, Philippe. História Social da Criança e da Família. 2ª ed., Rio de Janeiro: LTC editora, 1978. Tradução: Dora Flaksman. Título original: *L'Enfant et la Vie familiale sous l'Ancien Regime*.

BADINTER, Elisabeth. Um amor conquistado: O mito do amor materno. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BEHRING, Elaine R., Política Social no capitalismo tardio. 2ª ed., São Paulo: Cortez, 2002.

BENTES, Ana Lúcia Seabra. Tudo como Dantes no D'Abrantes: estudo das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1999.

BOSCHETTI, Ivanete F., Implicações da Reforma da Previdência Social na Seguridade Social. *Revista Psicologia e Sociedade*. São Paulo: ABRAPSO, 2003.

BRAVO, Maria I. de S. e MATOS, Maurílio C. A saúde no Brasil: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria I. de S. e PEREIRA, Potyara A. P. (orgs).

Política Social e Democracia. Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Ed Cortez, 2001.

BOTTOMORE, Tom. Dicionário do pensamento Marxista. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001. Título original: *A dictionary of marxist thought*.

CARNOY, Martin. Estado e Teoria Política. 10ª ed. São Paulo: Papyrus Editora, 2004.

CASTRO, Mary Garcia; ABRAMOVAY, Miriam; SILVA, Lorena Bernadete. Juventude e Sexualidade. Brasília: UNESCO Brasil, 2004.

COUTINHO, Carlos Nelson. Marxismo e política: a dualidade dos poderes e outros ensaios. 2ª ed. São Paulo: Editora Cortez, 1996.

COHN, A. *et al.* Saúde no Brasil – Políticas e Organização de serviços. 2ª edição. São Paulo: Cortez/CEDEC, 1998.

CUNHA, Gleicimar Gonçalves. Brincadeiras, Sexualidade, Trabalho e Sabedoria, assim definem nosso desenvolvimento. Brasília, 2000. 171 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia Universidade de Brasília.

DESSER, Nanete Ávila. Adolescência: sexualidade e culpa. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, Brasília, DF, 1993.

DEMO, Pedro. Participação é Conquista – Noções de Política Social Participativa. 5. ed., São Paulo: Cortez, 2001.

DOURADO, Elias N. As políticas públicas em Vitória da conquista – BA como base para sustentabilidade no seu desenvolvimento. Brasília – DF, 2002.

DRAIBE, Sonia. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas, In: Prioridades e Perspectivas de Políticas Públicas para Década de 90, Vol. 04, Brasília: IPEA, 1989.

\_\_\_\_\_. As Políticas Sociais e o neoliberalismo. In Revista USP 17, São Paulo, 1994.

FALEIROS, Vicente de Paula. O que é política Social. 3ª edição. São Paulo: Editora brasiliense, 1988.

FARIAS, Carlos Aurélio. Idéias, conhecimento e políticas públicas: um inventário sucinto das principais vertentes analíticas recentes. Revista Brasileira de Ciências Sociais, fev. 2003, vol 18, nº 51, p. 21-30. ISSN 0102-6909.

FONSECA, Tânia Maria Galli. Gênero, subjetividade e trabalho. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Daniele. In Revista Estudo Feministas nº 3, Rio de Janeiro: CIEC, 1994.

HÖFLING, Eloísa de M. Estado e políticas (públicas) sociais, In: Cadernos Cedes, ano XXI, n. 55, São Paulo, 2001, p. 30-41.

IAMAMOTO, Marilda. A questão social no capitalismo. In: TEMPORALIS. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - APEPSS, 2 ed. ano 2, n. 3 (jan-jul.2001), Brasília: APEPSS, 2004, p.9-32.

KINGDON, Jonh W. *Agend's alternative and public policies*. New York: Longman, 1995.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. Em: D. Jodelet (org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 17-44, 2001.

LEFÈVRE, Fernando. LEFÈVRE, Ana Mº Cavalcanti. O discurso do sujeito coletivo. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Rio Grande do Sul: EDUCS, 2003.

MARX, Karl. O Capital. Edição resumida por Julian Borchardt. Rio de Janeiro, 1969: Zahar.

\_\_\_\_\_. Legislação fabril: cláusulas sanitárias e educacionais e sua generalização na Inglaterra. In O Capital, Vol I, Tomo II. São Paulo: Editora Cultural, 1994.

MARSHALL, T. H. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1967.

MARTINS, Sergio P. Direito da Seguridade Social. 13. ed., São Paulo: Atlas, 2000.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Representações da cura no catolicismo popular. In Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

MOLINA. Carlos Gerardo. *Modelo de Formación de Políticas y Programs Sociales. Notas de Clase.* [Washington]: BID/INDES, 2002. Mimeo. 23 p. <http://indes.iadb.org/verpub.asp?id42>.

MOSCOVICI, S. Representações sociais. Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_ La psychanalyse, son image et son public, Paris: PUF, 1961.

\_\_\_\_\_ Psicología de las minorias activas. Madrid: Ed. Morata, 1981.

MUSS, Rolf E. Teorias da Adolescência. Belo Horizonte: Interlivros, 1966.

MUSZKAT, Malvina; Seabra, Zelita. Identidade Feminina. Petrópolis: Vozes, 1985.

MOLINA. Carlos Gerardo. *Modelo de Formación de Políticas y Programs Sociales. Notas de Clase.* [Washington]: BID/INDES, 2002. Mimeo. 23 p. <http://indes.iadb.org/verpub.asp?id42>.

MONTAÑO, Carlos. Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 2. ed., São Paulo: Cortez, 2003.

MOREIRA, Vânia de Castro. Gravidez na adolescência: Maternidade Precoce ou Expressão de uma Época? São Paulo: 1997. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

MÜLLER, Pierre; SUREL, Yves. Análise de políticas públicas. Edições Montchrestien, Paris, 1998. Tradução livre Elcylene Leocádio.

NETTO, Jerusa M<sup>a</sup> Figueiredo. Breve esboço sobre as teorias do desenvolvimento da sexualidade humana. Artigo, 1990.

NETO, O. C. *et al.* O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade (M. C. S. Minayo, org.), Petrópolis: Editora Vozes, 1994.

PERROT, Michele. Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

PINTO, Céli Regina Jardim. Uma história do feminismo no Brasil. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

POLANY, K. A grande transformação: as origens de nossa época. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1980.

PEREIRA, Potyara A. P. A metamorfose da questão social e a reestruturação das políticas sociais. In Capacitação em Serviço Social e Política Social: Módulo 1: Crise contemporânea, questão social e serviço social. Brasília, CEAD, 1999, p. 45-58.

\_\_\_\_\_ Crítica Marxista da teoria e da prática da política social no capitalismo- peculiaridades da experiência brasileira. Brasília – DF, 1987

\_\_\_\_\_ Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_ Perspectivas teóricas sobre a questão social no serviço social. (s.d.). Mimeo.

PERROT, Michele. Os excluídos da história: operários, mulheres e prisioneiros. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

PIERSON, C. Beyond the Welfare State?, Cambridge. Polity Press, 1991, pp.102 a 140. resumo preparado por Potyara A. P. Pereira, a partir da tradução do texto original.

PINTO, Célia Regina Jardim. Uma história do feminismo no Brasil. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2003.

PINHEIRO, Verônica de Souza. Repensando a Maternidade na adolescência Estudos de Psicologia, 2000.

POLANYI, Karl. A grande transformação: as origens da nossa época. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

RAPOSO, Theremilza Cristina. Aspectos da sexualidade humana. Artigo, 1990.

Revista Temática nº 17: Horizontes antropológicos – sexualidade e AIDS. Rio Grande do Sul, 2002.

RIZZINI, Irene. A arte de governar Crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil. IIN. Rio de Janeiro: Editora Santa, 1995.

ROSANVALLON, Pierre. A nova questão social: repensando o Estado Providência. Brasília: Instituto Teotônio Vilela, 1998.

RUA, Maria das Graças. Análise de Políticas Públicas: conceitos básicos. (s.d.), 19 p.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. In Educação e Realidade, Porto Alegre, 16(2), S-12, Jul/Dez, 1990.

SILVA, João Luiz Pinto. Jornal Brasileiro de Ginecologia. Aspectos biológicos e sociais da gravidez na adolescência. Campinas, 1984.

SPRINTHALL, Norman A.; COLLINS, W. Andrew. Psicologia do adolescente: uma abordagem desenvolvimentista. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

SOUZA, Celina. "Estado do campo" da pesquisa em políticas públicas no Brasil. Revista Brasileira Cidadania e Sociedade. Volume 18, nº 51. São Paulo, 2003.

TEIXEIRA, Sônia Fleury (coord.). Antecedentes da Reforma Sanitária. Rio de Janeiro, 1988.

TOLEDO, Cecília. Mulheres: o gênero nos une, a classe nos divide. Xamã, São Paulo, 2001.

VIANNA, Maria L. T. W. O silencioso desmonte da seguridade social no Brasil. In: BRAVO, Maria I. de S. e PEREIRA, Potyara A. P. (orgs). Política Social e Democracia. Rio de Janeiro, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Ed Cortez, 2001.

VIANA, Ana L. D., FAUSTO, Márcia C. R. e LIMA, Luciana D. Política de saúde e equidade. Rev. São Paulo em perspectiva, 2003, vol. 17, no.1, p. 58

VIEIRA, Elizabeth Meloni. *et al.* Seminário gravidez na adolescência. Associação Saúde da Família. Rio de Janeiro, 1998.

VITIELLO, Nelson. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Gestação em adolescentes de bom nível sócio-econômico. Santo André, São Paulo, 1986.

VOLPI, Mário (org.). O adolescente e ato infracional. 3ª edição, São Paulo: Cortez, 1999.

### **Documentos pesquisados**

Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990.

Estudos feministas. IFCS/UFRJ, Vol.4, nº 2, 1996.

Estudos feministas. IFCS/UFRJ, Vol.5, nº 1, 1997.

Instituto Brasileiro GE, 1990.

\_\_\_\_\_, 2000.

\_\_\_\_\_, 2001.

Instituto de Estudos, Pesquisas e Projetos da Universidade Estadual do Ceará. O Projeto de Pesquisa e a Monografia: etapas fundamentais do trabalho científico. Fortaleza, Ceará, 2000.

IPEA. Radar Social, Brasília, 2005.

Pesquisa ANDI: os jovens na mídia. A atuação das revistas e dos cadernos de jornais voltados para adolescentes.

Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, 1996.

Portaria do Ministério da Saúde nº 980/GM de 21/12

Saúde da mulher brasileira. In Revista Promoção da Saúde. Ano 3 nº 6, out 2002.

Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação. OMS/FNUAP/UNICEF, Genebra, 1989.

Sistema Único de Saúde e o Controle Social. In Ministério da Saúde: Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. Brasília, 1998.

### **Sites pesquisados**

[www.saudeemmovimento.com.br](http://www.saudeemmovimento.com.br), acesso em 19 de fevereiro de 2007.

[www.scielo.br](http://www.scielo.br), último acesso em 05 de fevereiro de 2007.

[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br), último acesso em 25 de fevereiro de 2007.

[www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br), último acesso em 01 de março de 2007.

[www.saude.df.gov.br](http://www.saude.df.gov.br), último acesso em 15 de março de 2007.

**ANEXOS**

Anexo 1**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, Aparecida Velasco, estou desenvolvendo minha dissertação de mestrado em Política Social pelo Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília – UnB, intitulado: Gravidez na Adolescência: uma Questão de Saúde Pública.

Este documento visa solicitar sua participação e, se for o caso, de seu responsável, na pesquisa sobre as Representações Sociais que cercam as adolescentes grávidas e os profissionais que atuam junto a elas, com o objetivo de contribuir com as ações desenvolvidas no Hospital Regional do Paranoá, esta é composta de entrevistas individuais que serão gravadas e posteriormente transcritas na íntegra. Será garantido o sigilo e o anonimato das informações obtidas, sendo utilizado pseudônimo quando houver referência ao nome da pessoa pesquisada.

Desta forma, solicito a sua participação, todo o processo de pesquisa se dará em conformidade com os seguintes princípios:

1. Garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento em relação a dúvidas acerca dos procedimentos, regras e outros relacionados com a pesquisa;
  2. Liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento deixando assim de participar da pesquisa sem quaisquer prejuízos;
  3. A garantia de segurança de que não será identificado e que o caráter confidencial da informação será mantido;
  4. A garantia de ter livre acesso, posteriormente, aos resultados desta pesquisa.
- Se você aceitar este convite, solicito assinar seu nome na linha abaixo.

*“Declaro estar ciente das informações constantes neste ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’, e entender que serei resguardado pelo sigilo absoluto de meus dados pessoais e de minha participação na Pesquisa. Poderei pedir, a qualquer tempo, esclarecimentos sobre esta Pesquisa; recusar a dar informações que julgue prejudiciais à minha pessoa, solicitar a não inclusão em documentos de quaisquer informações que já tenha fornecido e desistir, a qualquer momento, de participar da Pesquisa”.*

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

Participante: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Como responsável pelo (a) adolescente  
\_\_\_\_\_ declaro o meu consentimento para sua  
participação nesta pesquisa.

Assinatura do participante, ou do responsável  
legal: \_\_\_\_\_

Pesquisadora: Aparecida Velasco do N. Souza. Telefones: 3203-4246 / 9293-2093.

E-mail: cidavelasco@unb.br. Endereço: QI 20 conj. B casa 54, Guará 1, Guará – DF.

Assinatura do Pesquisador: \_\_\_\_\_

Anexo 2

## INSTRUMENTAL DE PESQUISA

Modelo 1/adolescente

FICHA DE CADASTRAMENTO**1ª parte**

Idade:

\_\_\_\_\_  
Cidade/Bairro residencial:\_\_\_\_\_  
Com quem mora:\_\_\_\_\_  
Estado civil:\_\_\_\_\_  
Está estudando: sim( ) não ( )

Série escolar:

Nº de filhos anteriores:

\_\_\_\_\_  
1º filho com quantos anos:

Anexo 3

## INSTRUMENTAL DE PESQUISA

## Modelo 2/adolescente

## 2ª parte

QUESTIONÁRIO INFORMACIONAL

1. Você conhece a camisinha masculina?  
 Sim ( )                      Não ( )                      Tenho dúvidas ( )
2. Você sabe o que é a pílula do dia seguinte?  
 Sim ( )                      Não ( )                      Tenho dúvidas ( )
3. Já ouviu falar da camisinha feminina?  
 Sim ( )                      Não ( )                      Tenho dúvidas ( )
4. Você conhece o DIU?  
 Sim ( )                      Não ( )                      Tenho dúvidas ( )
5. Você aprendeu a usar a pílula anticoncepcional?  
 Sim ( )                      Não ( )                      Tenho dúvidas ( )
6. Você sabe o que é o coito interrompido?  
 Sim ( )                      Não ( )                      Tenho dúvidas ( )
7. Você acha que a mulher pode engravidar antes da primeira menstruação?  
 Sim ( )                      Não ( )                      Tenho dúvidas ( )
8. Você sabe onde pegar de graça a camisinha masculina e a pílula anticoncepcional?  
 Sim ( )                      Não ( )                      Tenho dúvidas ( )
9. Você acha que a mulher pode engravidar quando estiver menstruada?  
 Sim ( )                      Não ( )                      Tenho dúvidas ( )
10. Você sabe o que é o método da "tabelinha"?  
 Sim ( )                      Não ( )                      Tenho dúvidas ( )
11. Você acha que a mulher pode engravidar três dias antes e depois do dia fértil?  
 Sim ( )                      Não ( )                      Tenho dúvidas ( )
12. Você sabe o que é contracepção de emergência?  
 Sim ( )                      Não ( )                      Tenho dúvidas ( )
13. Você confia no método da tabelinha?  
 Sim ( )                      Não ( )                      Tenho dúvidas ( )

14. Você acha seguro usar a camisinha masculina?

Sim ( )

Não ( )

Tenho dúvidas ( )

15. Você acha que pode ser usada a camisinha masculina junto com a feminina?

Sim ( )

Não ( )

Tenho dúvidas ( )

16. Você sabe o que é diafragma?

Sim ( )

Não ( )

Tenho dúvidas ( )

17. Você acha que é preciso ir ao médico para usar algum método anticoncepcional?

Sim ( )

Não ( )

Tenho dúvidas ( )

18. Você acha que a mulher pode engravidar na primeira relação sexual?

Sim ( )

Não ( )

Tenho dúvidas ( )



Anexo 5

## INSTRUMENTAL DE PESQUISA

## Modelo 4/adolescente

GUIA DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

1. Você tem dúvidas sobre os métodos contraceptivos? Com quem você conversa sobre este assunto?
2. Já participou de algum grupo que fale sobre sexo (sexualidade, AIDS, virgindade, etc.)? Onde?
3. Você acha que existe um momento certo da vida para engravidar?
4. Essa gravidez foi planejada? (e as outras? Se houver) Como esta gravidez aconteceu? Vocês usaram algum método contraceptivo?
5. O que você acha que vai mudar na sua vida após a chegada do bebê?

Anexo 6

## INSTRUMENTAL DE PESQUISA

## Modelo 1/profissional

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO E CADASTRAMENTO**1ª parte**

Idade:

Cidade/Bairro residencial:

Escolaridade:

Formação acadêmica:

Tempo de trabalho na área da saúde:

neste setor:

Anexo 7

## INSTRUMENTAL DE PESQUISA

Modelo 2/profissional

2ª parte

FORMULÁRIO DE PERCEPÇÃO*Representações Sociais quanto a Gravidez na Adolescência.***Por que as adolescentes engravidam?**

Falta de conhecimento dos métodos contraceptivos	
Inocência, pureza	
Família desestruturada	
Promiscuidade	
Paixão pelo namorado	
Imaturidade	
Falta de juízo (não previsão do futuro)	
Dificuldade no diálogo com a família	
Evitar a traição do namorado	
Vergonha de usar métodos contraceptivos	
Intimidade antes do casamento	
Influência da Mídia (jornais, televisão, internet, rádio)	
Falta educação sexual	
Sair de casa	
Influência das (os) amigas (os)	

- Escolha 5 (cinco) itens;

**Anexo 8****INSTRUMENTAL DE PESQUISA****Modelo 3/profissional****GUIA DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE**

1. Você recebeu algum curso específico para lidar com a gravidez na adolescência? E sobre sexualidade? Especifique.
2. Quais as dificuldades encontradas no desenvolvimento deste trabalho?
3. Qual sua avaliação (relevância) sobre este trabalho que está sendo desenvolvido?
4. Você percebeu alguma diferença, a partir deste trabalho, na comunidade?
5. Você acha que ouvir a demanda das adolescentes ajudaria numa participação maior destas nas palestras? Por quê? Há um espaço de fala das adolescentes quanto às suas dúvidas?
6. A partir da sua experiência, quais as dificuldades de se falar sobre sexo e sexualidade para adolescentes?
7. Você acha que existe um momento de vida ideal para engravidar?